Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme

Bericht der Kommission

Inhaltsverzeichnis

Vorwort des Kommissionsvorsitzenden ... 3

Kurzfassung ... 5

Die Kommission ... 23

1 Einleitung ... 45

1.1 Problemstellung und Zielsetzung der Kommissionsempfehlungen ... 45

1.2 Zum Begriff der Nachhaltigkeit ... 48

2 Demografische und ökonomische Rahmenbedingungen ... 51

2.1 Demografische Entwicklung ... 51
2.1.1 Determinanten der Bevölkerungsentwicklung ... 52
2.1.2 Bevölkerungsentwicklung ... 54
2.1.3 Erwerbspersonenpotenzial ... 56

2.2 Wirtschaftswachstum und Arbeitsmarktentwicklung ... 61

3 Reformvorschläge zur Gesetzlichen Rentenversicherung ... 65

3.1 Besondere Problemlage und Ziele ... 65

3.2 Stand und Entwicklungsperspektiven der Gesetzlichen Rentenversicherung ... 68
3.2.1 Grundprinzipien der Gesetzlichen Rentenversicherung ... 68
3.2.2 Anpassung der Rentenversicherung an sich ändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen ... 72
3.2.2.1 Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Rentenversicherung ... 72
3.2.2.2 Ausbau der eigenständigen Alterssicherung von Frauen ... 75
3.2.2.3 Absicherung unsteter Erwerbsverläufe ... 80

3.3 Maßnahmen zur nachhaltigen Systemstabilisierung ... 81
3.3.1 Anhebung des gesetzlichen Rentenalters ... 82
3.3.1.1 Ausgangssituation ... 83
3.3.1.2 Lösungsansatz: Anhebung der Regelaltersgrenze ... 83
3.3.1.3 Erwerbsminderungsrenten ... 92
3.3.1.4 Flankierende Maßnahmen für besonders langjährig Versicherte ... 94
3.3.2 Ergänzung der Rentenanpassungsformel ... 96

3.3.2.1 Geltendes Recht – Konflikt zwischen Beitragssatzziel und Niveausicherungsklausel 97
3.3.2.2 Veränderung der Rentenanpassungsformel 100
3.3.3 Wirkungsanalyse 105
3.3.3.1 Beitragssatz und Rentenniveau 105
3.3.3.2 Intergenerative Verteilungswirkungen 108

3.4 Abgelehnte Reformvorschläge 109
3.4.1 Systemwechsel zu einem steuerfinanzierten Grundrentensystem 110
3.4.2 Staffelung der Beiträge oder der Renten nach der Anzahl der Kinder 114
3.4.2.1 Beitragsstaffelung nach der Kinderzahl 114
3.4.2.2 Rentenstaffelung nach der Kinderzahl 116
3.4.3 Differenzierung der Rentenanpassung nach der Rentenhöhe 118
3.4.4 Differenzierung des abschlagsfreien Rentenzugangs nach der Anzahl der Beitragsjahre 119
3.4.5 Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage 120
3.4.6 Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises 122
3.4.6.1 Beamte 123
3.4.6.2 Selbständige 125

3.5 Weiterer Handlungsbedarf zur Förderung der Nachhaltigkeit in der Alterssicherung 126
3.5.1 Aufstockung der Schwankungsreserve 126
3.5.2 Ergänzende kapitalgedeckte Altersvorsorge 128

3.6 Minderheitenvoten 135

4 Reformvorschläge zur Gesetzlichen Krankenversicherung 143

4.1 Problemlage und kurzfristige Maßnahmen 143

4.2 Grundprinzipien und Ziele der Gesundheitsreform 146

4.3 Konzeptionelle Alternativen zur lohnzentrierten Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung 147
4.3.1 Die Bürgerversicherung 149
4.3.1.1 Kernelemente und Ziele 149
4.3.1.2 Versichertenkreis 151
4.3.1.3 Beitragsbemessungsgrundlagen und Beitragserhebung 154
4.3.1.4 Quantifizierung von Finanzierungs- und Verteilungseffekten 159
4.3.1.5 Fazit 160
4.3.2 Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich 161
4.3.2.1 Kernelemente und Ziele 161
4.3.2.2 Versichertenkreis und Rolle der privaten Krankenversicherung 167
4.3.2.3 Versicherung von Ehepartnern ohne eigenes Einkommen 170
4.3.2.4 Quantifizierung von Finanzierungs- und Verteilungseffekten 171
4.3.2.5 Fazit 174
4.3.3 Bürgerversicherung und Gesundheitsprämien: Gegenüberstellung und Diskussion 174
4.4 Minderheitenvoten 177

5 Reformvorschläge zur Sozialen Pflegeversicherung ... 185

5.1 Besondere Problemlage und Ziele ... 185
5.1.1 Status quo der Sozialen Pflegeversicherung ... 185
5.1.2 Zukünftige Entwicklung im Referenzmodell ... 188
5.1.3 Ziele der Reformmaßnahmen ... 190

5.2 Grundlegende Komponenten des Reformkonzepts ... 191
5.2.1 Grundlegende Reformidee - Intergenerativer Lastenausgleich ... 191
5.2.2 Dynamisierung der Leistungen ... 192
5.2.3 Finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege ... 193
5.2.4 Familienlastenausgleich ... 196
5.2.5 Leistungsausweitungen für Demenzkranke durch Umfinanzierung der Behandlungspflege ... 197
5.2.6 Personenbezogene Budgets ... 199

5.3 Der intergenerative Lastenausgleich ... 200
5.3.1 Konkrete Ausgestaltung ... 201
5.3.2 Verfassungsrechtliche Bewertung des Reformkonzepts des intergenerativen Lastenausgleichs ... 208

5.4 Abgelehnte Reformoptionen ... 210
5.4.1 Einführung eines Bundespflegeleistungsgesetzes ... 210
5.4.2 Zusammenlegung von Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung ... 212
5.4.3 Systemwechsel zur privaten kapitalgedeckten Pflegeversicherung ... 215

5.5 Minderheitenvoten ... 219

6 Querschnittsanalyse ... 225

6.1 Gender-Mainstreaming ... 225
6.1.1 Einführung ... 225
6.1.2 Einzelmaßnahmen in den einzelnen Sozialversicherungszweigen ... 226
6.1.2.1 Gesetzliche Rentenversicherung ... 226
6.1.2.2 Gesetzliche Krankenversicherung ... 230
6.1.2.3 Soziale Pflegeversicherung ... 231

6.2 Gesamtwirkungen der Reformvorschläge ... 232
6.2.1 Wirkungen auf Lohnzusatzkosten ... 233
6.2.2 Auswirkungen auf Löhne und Renten ... 234
6.2.3 Intertemporale Verteilungswirkungen ... 236

Anhang
Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen, Gutachten von Dr. C. Bork ... 239

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: Zusammengefasste Geburtenziffern ... 53
Abbildung 2-2: Lebenserwartung von 65-Jährigen in den Alten Bundesländern ... 54
Abbildung 2-3: Wanderungen von Ausländern ... 55
Abbildung 2-4: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ... 56
Abbildung 2-5: Alterspyramide im Jahr 2000 und 2040 ... 57
Abbildung 2-6: Potenzialerwerbsquoten nach Alter und Geschlecht in Deutschland ... 58
Abbildung 2-7: Potenzialerwerbsquoten von Frauen im internationalen Vergleich ... 59
Abbildung 2-8: Potenzialerwerbsquoten von Männern im internationalen Vergleich ... 60
Abbildung 2-9: Arbeitsmarktbilanz ... 63
Abbildung 2-10: Erwerbstätigenquoten im internationalen Vergleich ... 63
Abbildung 3-1: Beitragssatz und Bruttorentenniveau nach geltendem Recht ... 99
Abbildung 3-2: Veränderung der Bruttoentgelte je Beschäftigtem und der versicherungspflichtigen Entgelte je Beitragszahler ... 102
Abbildung 3-3: Entwicklung des Rentnerquotienten bis zum Jahr 2040 ... 105
Abbildung 3-4: Intergenerativer Renditevergleich ... 110
Abbildung 3-5: Entwicklung der Schwankungsreserve (in Monatsausgaben zu eigenen Lasten) ... 128
Abbildung 3-6: Finanzierungssalden der Gesetzlichen Rentenversicherung (in Monatsausgaben zu eigenen Lasten) ... 129
Abbildung 3-7: Förderverfahren nach dem Altersvermögensgesetz ... 134
Abbildung 4-1: Prävalenzen von Versicherten nach Altersklassen und Krankheitsgruppen ... 153
Abbildung 5-1: Pflegefallwahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2002 ... 188
Abbildung 5-2: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2040 ... 189
Abbildung 5-3: Finanzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung ohne Reformen bei einem Beitragssatz von 1,7 % ... 190
Abbildung 5-4: Entwicklung des Gesamtbeitrags der Aktiven im Zeitablauf ... 204
Abbildung 5-5: Beitragssatzentwicklung im Vergleich zum Status quo ... 205
Abbildung 5-6: Finanzielle Belastung durch die Reform nach Geburtsjahrgängen von Standardrentnern ... 206
Abbildung 5-7: Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung mit Reformmaßnahmen ... 207
Abbildung 5-8: Beitrag zur Pflegeversicherung bei Durchschnittsverdienst und Aufbau des Kapitalstocks für Altersrückstellungen ... 216
Abbildung 5-9: Beitragssatzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung im Auslaufmodell 218
Abbildung 6-1: Reduktion der Nachhaltigkeitslücke durch die Reformpakete ... 236

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Bevölkerungsentwicklung – Anteile der Altersgruppen ... 55
Tabelle 2-2: Bevölkerung und Erwerbspersonenpotenzial in Mio. ... 60
Tabelle 2-3: BIP, Produktivität und Beschäftigung ... 61
Tabelle 3-1: Modellrechnungen zu Rentenansprüchen aus Kindererziehung ... 74
Tabelle 3-2: Neuregelung der Altersgrenzen ... 90
Tabelle 3-3: Abschläge bei Erwerbsminderungsrenten ... 94
Tabelle 3-4: Altersrente für besonders langjährig Versicherte ... 95
Tabelle 3-5: Verteilung der Rentenzugänge des Jahres 2002 in Deutschland ... 97
Tabelle 3-6: Entwicklung der Löhne und Renten nach geltendem Recht ... 100
Tabelle 3-7: Auswirkung der Anhebung der Altersgrenzen ... 101
Tabelle 3-8: Auswirkungen der Reformmaßnahmen auf Beitragssatz und Rentenniveau ... 106
Tabelle 3-9: Bruttolöhne und Bruttorenten – Reformszenario gegenüber geltendem Recht ... 107
Tabelle 3-10: Berücksichtigung der Anhebung der Altersgrenze bei der Standardrente im Reformszenario ... 107
Tabelle 3-11: Gesamtversorgungsniveau im Reformszenario ... 108
Tabelle 3-12: Sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer in der Privatwirtschaft mit betrieblicher Altersversorgung ... 130
Tabelle 4-1: Auswirkungen einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze auf die Belastung der Arbeitgeber nach Branchen ... 161
Tabelle 5-1: Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten am Jahresende 2002 ... 186
Tabelle 5-2: Beitragssatzentwicklung zur Sozialen Pflegeversicherung (GPV) ... 204
Tabelle 5-3: Beitrag der Rentnerinnen und Rentner zur Pflegeversicherung ... 205
Tabelle 6-1: Entwicklung der Beiträge zur Renten- und Pflegeversicherung ... 234
Tabelle 6-2: Auswirkungen auf die Einkommensentwicklung von Erwerbstätigen ... 234
Tabelle 6-3: Auswirkungen auf die Einkommensentwicklung von Rentnerinnen und Rentnern ... 235

Verzeichnis der Kästen

Kasten 1-1: Messkonzepte für Generationengerechtigkeit (Alterssicherung) ... 47
Kasten 3-1: Die Gesetzliche Rentenversicherung ... 65
Kasten 3-2: Säulen der Alterssicherung ... 67
Kasten 3-3: Renten wegen Alters in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten nach geltendem Recht ... 84
Kasten 3-4: Anhebung des tatsächlichen oder des gesetzlichen Renteneintrittsalters? ... 86
Kasten 3-5: Möglichkeiten zur Stärkung der Erwerbsbeteiligung Älterer ... 87
Kasten 3-6: Zur Ermittlung „fairer“ Rentenabschläge ... 88
Kasten 3-7: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ... 92
Kasten 3-8: Nettorentenniveau ... 99
Kasten 3-9: Funktionsweise des Nachhaltigkeitsfaktors ... 104
Kasten 3-10: Zur Berechnung „impliziter Renditen“ ... 109
Kasten 3-11: Grundproblem des Übergangs vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren 112
Kasten 3-12: Ein Grundrentenmodell ... 112
Kasten 3-13: Berücksichtigung der Kindererziehung im Rentenrecht ... 117
Kasten 3-14: Zur Diskussion um eine Berücksichtigung gruppenspezifischer Lebenserwartungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung ... 121
Kasten 3-15: § 7 AltZertG: Informationspflicht des Anbieters ... 132
Kasten 4-1: Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen – Stärkung der Verbraucher- und Patientensouveränität ... 147
Kasten 4-2: Positive Beschäftigungseffekte eines Gesundheitsprämiensystems ... 164
Kasten 4-3: Kapitaldeckung in der Krankenversicherung ... 168
Kasten 4-4: Portabilität von Alterungsrückstellungen in der privaten kapitalgedeckten Krankenversicherung ... 169
Kasten 5-1: Grundzüge der Sozialen Pflegeversicherung ... 187
Kasten 5-2: Prävention und Rehabilitation vor Pflege ... 196
Kasten 5-3: Ausbaumöglichkeiten demenzspezifischer Betreuungsangebote ... 199
Kasten 6-1: Wirksame Reformen der Sozialen Sicherungssysteme erfordern aussagekräftige Daten und Analysen ... 233

Vorwort des Kommissionsvorsitzenden

Aufgabe der Kommission war es, umsetzbare und langfristig tragfähige Vorschläge zu erarbeiten, die gleichermaßen geeignet sind, im Interesse einer Verbesserung der Beschäftigung die Lohnzusatzkosten zu dämpfen wie aus Gründen der generativen Gerechtigkeit die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Gesetzlichen Rentenversicherung, der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung zu erhöhen.

Diesem Auftrag ist die Kommission mit den vorgeschlagenen Maßnahmen zur Reform der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung nachgekommen. Für den Krankenversicherungsbereich diskutierte die Kommission zwei alternative Finanzierungskonzeptionen, eine dem Leistungsfähigkeitsprinzip verpflichtete Bürgerversicherung und ein dem Äquivalenzprinzip verpflichtetes Konzept pauschaler Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Sozialausgleich. Die Politik wird aufgefordert, bald die gesellschaftspolitisch wichtige Entscheidung zwischen diesen beiden Optionen zu fällen.

Ich bin überzeugt, dass die Kommissionsvorschläge nicht nur den Auftraggebern in der nächsten Zeit einiges an politischen Auseinandersetzungen bereiten werden. Ebenso sicher bin ich aber auch, dass die Modernisierung und Zukunftssicherung dieser Systeme diese Mühen mehr als rechtfertigen.

Mein erster Dank gilt allen Kommissionsmitgliedern für die jederzeit engagierte Mitarbeit und immer offene Diskussion. Einen besonderen Dank möchte ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle aussprechen. Ohne deren Einfallsreichtum, Fleiß und auch Leidensfähigkeit gäbe es diesen Bericht nicht. Schließlich und endlich gebührt auch dem Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung unser Dank, die Unterstützung hätte nicht besser sein können.

Ich bin sicher, dass alle, die engagiert am Zustandekommen des vorliegenden Berichts mitgearbeitet haben, diese Kommissionsarbeit als anregend und aufregend, aber auch in vielerlei Hinsicht lehrreich empfunden haben.

Bert Rürup

Kurzfassung

1 Einführung

Die Kommission unterbreitet der Politik mit dem vorliegenden Bericht realistische und umsetzbare Lösungswege zur nachhaltigen finanziellen Stabilisierung der Sozialen Sicherungssysteme. Die sich ändernden sozioökonomischen Rahmenbedingungen, d. h. insbesondere die zunehmende Alterung der Gesellschaft, werden – sofern die Politik nicht entschlossen reagiert – zu Funktionsverlusten der Gesetzlichen Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung führen. Mehr Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme ist eine Voraussetzung zum Erhalt der Systeme. Erforderlich hierfür sind auch ein hoher Beschäftigungsstand und ein angemessenes Wirtschaftswachstum.

Soziale Sicherungssysteme müssen stetige und vorhersehbare Leistungen garantieren, denn es geht um die individuell planbare Absicherung großer Lebensrisiken, die der Einzelne nicht bewältigen kann. Damit dies auch für die künftigen Generationen gewährleistet ist, müssen die Einnahmen der Sozialversicherungszweige insgesamt unabhängiger werden von der demografischen und konjunkturellen Entwicklung. Dazu muss die enge Bindung zwischen dem Einnahmenstrom der Sozialversicherung einerseits und den Kosten des Faktors Arbeit andererseits gelockert werden. Die Sozialen Sicherungssysteme dürfen Wachstum und Beschäftigung nicht entgegenstehen.

Die Sozialen Sicherungssysteme in ihrer jetzigen Ausgestaltung sind Arbeitnehmerversicherungen, d. h. ihre Finanzierung basiert im Wesentlichen auf Beiträgen, die auf das Einkommen abhängig Beschäftigter erhoben werden. Diese lohnzentrierte Finanzierungsweise hat zur Folge, dass steigende Altenquotienten einen zunehmenden Druck auf die Beitragssätze zur gesetzlichen Sozialversicherung erzeugen. Damit stehen hohe lohnbezogene, d. h. in die Arbeitskosten eingehende Sozialbeiträge der Schaffung von Arbeitsplätzen entgegen. Eine zentrale Vorgabe bei dem Versuch, die Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme nachhaltiger auszugestalten, ist es daher, die Kosten des Faktors Arbeit auch bei steigenden Kosten der sozialen Sicherung nicht ständig weiter ansteigen zu lassen. Die Begrenzung des Anstiegs der Lohnzusatzkosten hat im Zusammenhang mit der Diskussion um mehr Nachhaltigkeit der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme politische Priorität. Jede Reformempfehlung im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung muss daraufhin beurteilt werden, wie sie sich langfristig auf Wachstum und Beschäftigung auswirkt.

Mehr Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme bedeutet darüber hinaus, die steigenden Kosten der sozialen Sicherung in einer alternden Gesellschaft gleichmäßiger zwischen allen Generationen zu verteilen. Dies ist eine zentrale Voraussetzung für die Akzeptanz und Legitimität der Systeme in der gesamten Bevölkerung. Die Sozialen Sicherungssysteme sollen die Solidarität zwischen den Generationen stärken, nicht schwächen. Dafür ist es erforderlich, dass sich das Beitrags-Leistungsverhältnis der Systeme nicht einseitig zu Lasten der Jüngeren verschiebt. Eine am Ziel der generativen Gleichbehandlung ausgerichtete Politik wird die demografischen Verschiebungen nur durch intergenerative Umverteilung, d. h. eine Um-

schichtung zu Gunsten der Jüngeren und noch nicht Geborenen, bewältigen können. Eine Reform der Sozialen Sicherungssysteme mit dem Ziel, die Nachhaltigkeit zu gewährleisten, ist somit eine Antwort auf die demografische Entwicklung und trägt dazu bei, die Systeme zu erhalten und zugleich die Prinzipien intergenerativer Gerechtigkeit zur Geltung zu bringen.

Die Kommission ist der Ansicht, dass mehr Nachhaltigkeit in der Finanzierung sozialer Sicherung auch die langfristige Stabilisierung eines ausreichenden Sicherungsniveaus für die jetzigen und zukünftigen Generationen umfasst. In der Alterssicherung bedeutet dies die effektive Vermeidung von Altersarmut und ein angemessenes Versorgungsniveau auch für künftige Generationen, in der Krankenversicherung die Gewährleistung der notwendigen und ausreichenden Versorgung mit medizinischen Leistungen auf einem hohen technischen Stand unabhängig von Alter und Einkommen der Versicherten und in der Pflegeversicherung – im gegebenen Rahmen der Teildeckung des Risikos Pflegebedürftigkeit – eine Anpassung der Pflegeversicherungsleistungen an die Produktivitäts- und Preisentwicklung.

Der Auftrag an die Kommission bezieht sich in erster Linie auf die Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. In der Analyse der Reformoptionen orientiert sich die Kommission daher prioritär an den einnahmenseitigen Auswirkungen ihrer Reformvorschläge. Dies entspricht dem Kommissionsauftrag. Die Kommission hat dabei in ausführlicher Weise auch die Verteilungswirkungen der jeweiligen Reformvorschläge diskutiert. Die Kommission ist sich bewusst, dass die Nachhaltigkeitsreformen auch schmerzliche Eingriffe in Leistungen und zusätzliche Belastungen nicht zuletzt für Rentnerinnen und Rentner nach sich ziehen. Sie ist aber der Meinung, dass diese Eingriffe zur langfristigen Stabilisierung der Systeme notwendig sind.

Die Empfehlungen der Kommission stützen sich auf große Mehrheiten. Abweichende Meinungen sind in Minderheitenvoten zu den Kapiteln 3, 4 und 5 dokumentiert.

Demografische und ökonomische Annahmen

Realistische Ziele und Optionen setzen realistische Szenarien zur künftigen demografischen und ökonomischen Entwicklung voraus. Modellrechnungen über einen Zeithorizont von 30 und mehr Jahren sind zwar naturgemäß mit großen Unsicherheiten behaftet. Dennoch können auf der Grundlage von bereits heute erkennbaren Trends Wirkungszusammenhänge abgebildet werden, aus denen sich plausible Entwicklungslinien ableiten lassen. Um ein aktuelles und von der Wissenschaft akzeptiertes Szenario zu erarbeiten, hat die Kommission führende Expertinnen und Experten der Bevölkerungs- und Wirtschaftsforschung im Rahmen eines Hearings um deren Einschätzungen zur langfristigen demografischen bzw. ökonomischen Entwicklung gebeten. Die Kommission ist überzeugt, dass sie damit ihren Analysen ein realistisches Szenario zu Grunde legt.

Die Kommission nimmt auf der Basis der Ergebnisse des Expertenhearings an, dass sich der Trend der steigenden Lebenserwartung fortsetzen wird. Die fernere Lebenserwartung von 65-Jährigen wird annahmegemäß bis zum Jahr 2030 bei Männern (Frauen) um 2,6 Jahre (3,1 Jahre) auf 18,4 Jahre (22,6 Jahre) ansteigen. Damit werden 65-jährige Männer im Jahr 2030 im Durchschnitt 83,4 Jahre alt, Frauen sogar 87,6 Jahre. Zugleich wird die Anzahl der 15- bis 64-Jährigen kontinuierlich zurückgehen. Nach Auffassung der Kommission wird die mit der demografischen Entwicklung verbundene Alterung der Gesellschaft bis zum Jahr 2030 allerdings nur begrenzt auf die Arbeitsmarktentwicklung durchschlagen. Gegenüber dem Jahr 2000 wird die Anzahl der Beschäftigten im Jahr 2030 nur etwa eine Mio. niedriger liegen. Die Ursachen für diesen nur relativ geringen Rückgang liegen zum einen in dem nur unterproportional sinkenden Erwerbspersonenpotenzial, d.h. vor allem einer künftig stärkeren Erwerbsbeteiligung von Frauen, und zum anderen im Abbau der Arbeitslosigkeit begründet. Voraussetzung hierfür ist nach Auffassung der Kommission, dass die Politik zusätzlich zu den notwendigen Reformen der

Sozialen Sicherungssysteme flankierende familien- und bildungspolitische Maßnahmen ergreift. Vor allem muss die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die Voraussetzung zur lebenslangen innerbetrieblichen Qualifizierung insbesondere älterer Beschäftigter verbessert werden.

Das Szenario der Kommission zur demografischen und ökonomischen Entwicklung stellt insgesamt einen in sich konsistenten und plausiblen Entwicklungspfad dar. Während die langfristige Finanzentwicklung für die Renten- und Pflegeversicherung auf der Grundlage des Kommissionsszenarios mit Hilfe von Projektionsmodellen berechnet werden kann, ist dies im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung allerdings kaum möglich, da z.B. die Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Kosten- und Beitragssatzentwicklung nicht abgeschätzt werden können.

2 Gesetzliche Rentenversicherung

Die auch in Zukunft weiter steigende Lebenserwartung ist eine erfreuliche und erwünschte Folge des steigenden Wohlstandes und der besseren medizinischen Versorgung. Sie stellt die Gesetzliche Rentenversicherung aber vor erhebliche finanzielle Probleme. Bliebe das heutige Rentenrecht unverändert, so würde die Rentenbezugsdauer, die im Vergleich zum Jahr 1960 heute bereits um zwei Drittel höher liegt, weiter steigen. Dies wäre gleichbedeutend mit einer Ausweitung des Leistungsvolumens und könnte nur mit höheren Beitragssätzen finanziert werden. Das Verhältnis von Rentnern zu Beitragszahlern verändert sich aber nicht nur aufgrund der zunehmenden Rentenlaufzeit zu Lasten der Beitragszahler. Hinzu kommt eine Geburtenrate, die unter dem für die Bestandserhaltung der Bevölkerung notwendigen Niveau liegt. Derzeit profitieren die Sozialen Sicherungssysteme noch davon, dass die geburtenstarken Jahrgänge der fünfziger und sechziger Jahre im erwerbsfähigen Alter stehen. Nach 2010 werden diese jedoch nach und nach ihr Rentenalter erreichen und Druck auf die Finanzlage der Rentenversicherung ausüben.

Mit der Rentenreform 2001 wurden bereits wichtige Schritte eingeleitet, um den Anstieg des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Rentenversicherung zu dämpfen. Dennoch wird das mit dieser Reform festgelegte Ziel, den Beitragssatz bis zum Jahr 2030 nicht über 22 % ansteigen und gleichzeitig das Netto-Standardrentenniveau nicht unter 67 % sinken zu lassen, nicht erreicht werden. Auf der Basis des von der Kommission – unter Mitwirkung ausgewiesener Bevölkerungs- und Wirtschaftswissenschaftler – erstellten neuen Szenarios für die langfristige demografische und ökonomische Entwicklung zeigt sich, dass der Beitragssatz bis zum Jahr 2030 vielmehr auf über 24 % ansteigen dürfte. Gleichzeitig wird das Rentenniveau sinken. Ein für alle Jahrgänge geltendes einheitliches Netto-Rentenniveau wird es künftig allerdings nicht mehr geben, weil die nachgelagerte Besteuerung der Renten (bei gleichzeitiger Ausweitung der Steuerfreiheit der Beiträge) voraussichtlich über eine kohortenspezifische Anhebung des steuerpflichtigen Rentenanteils eingeführt werden wird.

Anhebung des gesetzlichen Rentenalters

Vor diesem Hintergrund spricht sich die Kommission dafür aus, das gesetzliche Rentenalter von derzeit 65 Jahren auf 67 Jahre anzuheben. Aus Gründen des Vertrauensschutzes soll diese Anhebung aber erst ab dem Jahr 2011 in kleinen Schritten von einem Monat pro Jahr erfolgen. Der volle Umstellungsprozess wird sich mithin über 24 Jahre erstrecken. Voraussetzung für eine Anhebung des gesetzlichen Rentenalters ist allerdings eine deutliche Verbesserung der Arbeitsmarktlage im Vergleich zur heutigen Situation.

Eine längere Lebensarbeitszeit erfordert, dass Ältere eine tatsächliche Chance zur Weiterarbeit haben. Hier wird die – schon aus demografischen Gründen zu erwartende – Besserung der Arbeitsmarktlage allein nicht ausreichen. Vielmehr müssen die Anreize für längere Erwerbsbiografien auch durch gesetzgeberische Maßnahmen gestärkt werden. Der internationale Vergleich zeigt, dass die Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei geeigneten Rahmenbedingungen und entsprechender Politikgestaltung durchaus veränderbar ist. So weisen Länder, in denen die Frühverrentung nicht als arbeitsmarktpolitisches Instrument eingesetzt wurde, höhere Erwerbsquoten Älterer auf. Wichtig ist die Einsicht, dass Frühverrentung durch den damit verbundenen Anstieg der Lohnzusatzkosten eher Arbeitslosigkeit schafft als verringert.

Darüber hinaus wird der Aspekt der lebenslangen Weiterqualifizierung entscheidende Bedeutung haben. Hier sind die Unternehmen gefordert, entsprechende Angebote zu schaffen. Auf Arbeitnehmerseite setzt dies aber eine Bereitschaft voraus, solche Angebote auch anzunehmen. Schließlich müssen die gesundheitlichen Voraussetzungen für eine verlängerte Lebensarbeitszeit gegeben sein. Insofern werden auch der Präventions- und der Rehabilitationsgedanke in Zukunft größeres Gewicht erlangen. Um zu überprüfen, ob die Rahmenbedingungen für eine Anhebung der Altersgrenzen gegeben sind, sollte der Rentenversicherungsbericht spätestens ab dem Jahr 2008 um eine detaillierte Darstellung ergänzt werden, wie sich die Anhebung der Altersgrenzen auf die wirtschaftliche und soziale Situation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auswirkt.

Auch wenn die Regelaltersgrenze auf 67 Jahre angehoben wird, soll es nach Vorstellung der Kommission bei der bisherigen Möglichkeit des um drei Jahre vorgezogenen Rentenbezugs unter Inkaufnahme von Abschlägen bleiben. Die Altersgrenzen für die Möglichkeit des vorzeitigen Rentenbeginns sollen parallel zur Regelaltersgrenze um zwei Jahre angehoben werden. Die Kommission geht davon aus, dass die geltende Abschlagshöhe von 0,3 % für jeden Monat des vorzeitigen Bezugs fortbesteht, um die mit der verlängerten Rentenlaufzeit einhergehende Mehrbelastung für die Versichertengemeinschaft auszugleichen.

Flankierende Massnahmen zur Altersgrenzenanhebung

Von der Abschlagsregelung darf es nach Ansicht der Kommission keine Ausnahmen für bestimmte Personen – wie z. B. Versicherte mit einer großen Zahl von Beitragsjahren (z. B. 45) oder Versicherte, die aufgrund schwerer körperlicher Arbeit einem außergewöhnlichen Verschleiß unterliegen – geben. Es wäre kaum möglich, den Personenkreis besonders belasteter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eindeutig zu bestimmen und abzugrenzen. Vor allem aber würde das tragende rentenrechtliche Prinzip der Beitragsbezogenheit der Renten verletzt: Bei gleicher Beitragsleistung würden diejenigen durch höhere Rentengesamtleistungen bevorzugt, bei denen sich die Beitragsleistung über einen längeren Zeitraum erstreckt hat. Im Übrigen hat die Kommission festgestellt, dass Personen, die wegen körperlich anstrengender Arbeit gesundheitlich beeinträchtigt sind, durch die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bereits nach geltendem Recht umfassend abgesichert werden.

Im Hinblick auf Versicherte mit 45 oder mehr Beitragsjahren schlägt die Kommission mit der „Altersrente für besonders langjährig Versicherte“ eine systemadäquate Regelung zur Flankierung der Altersgrenzenanhebung vor: Versicherte, die 45 Jahre mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit sowie mit Zeiten der Kindererziehung oder mit Berücksichtigungszeiten für die Erziehung eines Kindes oder die nicht erwerbsmäßige Pflege eines Pflegebedürftigen aufweisen, können unter Inkaufnahme entsprechender Abschläge bis zu fünf Jahre vorzeitig eine Rente wegen Alters beziehen.

Auch bei einer verbesserten Arbeitsmarktsituation wird es aufgrund der Altersgrenzenanhebung Versuche geben, in eine vorzeitige Rente ohne bzw. mit geringeren Abschlägen auszuweichen. Hier wird vor allem auf die Erwerbsminderungsrenten ein erheblicher Druck entstehen. Die Kommission hält es daher für notwendig, die geltende Abschlagsregelung bei den Erwerbsminderungsrenten beizubehalten und die Berechnung der Abschläge an die neue Altersgrenze anzupassen. Der maximale Abschlag bleibt bei 10,8 %.

Darüber hinaus spricht sich die Kommission dafür aus, langfristig, d.h. vor dem Hintergrund einer verbesserten Arbeitsmarktsituation, die so genannte konkrete Betrachtungsweise auf den Prüfstand zu stellen: Zurzeit gewährt die Rentenversicherung auch dann eine volle Erwerbsminderungsrente, wenn nach rein medizinischer Beurteilung nur eine Teilrente gerechtfertigt wäre, für den bzw. die Versicherte aber kein entsprechender Arbeitsplatz nachgewiesen werden kann. Insoweit trägt die Rentenversicherung wenig sachgerecht das Arbeitsmarktrisiko älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit.

Handlungsbedarf sieht die Kommission auch hinsichtlich der Altersrente für schwerbehinderte Menschen, bei der die Abschläge auf ein niedrigeres Bezugsalter als bei den anderen Altersrenten berechnet werden und somit bei gleichem Renteneintrittsalter niedriger ausfallen. Hier ist bereits gegenwärtig ein Anstieg der Inanspruchnahme zu beobachten. Diese Tendenz dürfte sich bei einer Anhebung der Regelaltersgrenze verstärken. Da eine bislang zum Rentenbezug berechtigende Schwerbehinderung nicht notwendigerweise mit einer rentenrechtlich relevanten Minderung der Erwerbsfähigkeit einhergeht, hält es die Kommission für grundsätzlich gerechtfertigt, diese Altersrente langfristig entfallen zu lassen.

Ergänzung der Rentenanpassungsformel um einen Nachhaltigkeitsfaktor

Neben der Anhebung der Altersgrenzen schlägt die Kommission vor, den Anstieg der Renten in Zukunft zu dämpfen und damit die Beitragszahlerinnen und -zahler zu entlasten. Hierzu sollte die Rentenanpassungsformel um einen Nachhaltigkeitsfaktor ergänzt werden. Dieser Nachhaltigkeitsfaktor bewirkt, dass die jährliche Rentenanpassung reduziert wird, wenn sich das Verhältnis von Rentnern zu Beitragszahlern (Rentnerquotient) zu Lasten der Beitragszahler verändert. Umgekehrt kann es aber auch zu höheren Rentenanpassungen kommen, wenn z.B. durch eine höhere Erwerbsbeteiligung die Zahl der Beitragszahlerinnen und -zahler deutlich zunimmt. Um den Anstieg der Lohnzusatzkosten zu begrenzen, wird der Rentnerquotient mit dem Faktor 1/4 gewichtet. Damit soll sichergestellt werden, dass der Beitragssatz zur Rentenversicherung bis zum Jahr 2030 nicht über 22 % steigt. In den Vorausberechnungen der Kommission führt der Nachhaltigkeitsfaktor dazu, dass die Rentenerhöhungen im Durchschnitt um etwa einen halben Prozentpunkt pro Jahr niedriger ausfallen als nach der gegenwärtigen Rentenanpassungsformel.

Der Nachhaltigkeitsfaktor unterscheidet sich deutlich von dem – mit der Rentenreform 1999 eingeführten, jedoch nie in Kraft getretenen – demografischen Korrekturfaktor. Durch den Demografiefaktor sollte die Rentenanpassung verringert werden, wenn sich die fernere Lebenserwartung erhöht. Die daraus resultierenden Kosten sollten hälftig auf Beschäftigte und Rentnerinnen und Rentner verteilt werden. Der Nachhaltigkeitsfaktor stellt dagegen auf die Relation von Beitragszahlern und Leistungsempfängern ab und berücksichtigt somit neben der Lebenserwartung vor allem auch die Entwicklung der Geburten sowie Zu- und Abwanderungen und nicht zuletzt die Veränderung der Erwerbsbeteiligung. Der Nach-

haltigkeitsfaktor hat eine selbststabilisierende Funktion, weil er automatisch auf Verschiebungen der Demografie und der Erwerbstätigkeit reagiert: Er erhöht die Renten bei einer Erhöhung der Erwerbstätigkeit und senkt sie, wenn die Zahl der Leistungsempfänger schneller steigt als die der Beitragszahler.

Auswirkungen der vorgeschlagenen Massnahmen

Unter Berücksichtigung der höheren Rentenaltersgrenzen und des Nachhaltigkeitsfaktors wird ein Anstieg des Beitragssatzes bis zum Jahr 2030 auf über 24 % vermieden. Die 22 %-Marke kann eingehalten werden. Gleichzeitig wird das Brutto-Standardrentenniveau bei etwa 40 % liegen. Derzeit beträgt das Bruttorentenniveau noch 48 % und wäre auch ohne weitere Maßnahmen bis 2030 auf 42 % gesunken. Dies verdeutlicht, dass der größte Teil der Leistungseinschränkungen bereits im geltenden Recht angelegt ist. Trotz dieser deutlichen Rückführung des Leistungsniveaus wird die Kaufkraft der Renten nicht zurückgehen. Bei einer unterstellten realen Lohnsteigerung von 1,5 % pro Jahr wird die inflationsbereinigte Standardrente von heute 1.170 € pro Monat auf 1.429 € im Jahr 2030 steigen. Ohne die von der Kommission vorgeschlagenen zusätzlichen Maßnahmen läge sie zum gleichen Zeitpunkt bei 1.496 €.

Geht man davon aus, dass die Anhebung der Altersgrenzen auch eine entsprechende Verlängerung der Lebensarbeitszeit nach sich zieht und dass zudem die mit der Riester-Rente geschaffene neue Möglichkeit zur staatlich geförderten privaten und betrieblichen Altervorsorge genutzt wird, so kann das Brutto-Gesamtversorgungsniveau im Jahr 2030 wieder den Ausgangswert von 48 % erreichen. Die Gesetzliche Rentenversicherung wird durch diese Maßnahmen auf eine nachhaltigere Finanzierungsgrundlage gestellt und die Altersvorsorge, die seit der Reform von 2001 auch die staatlich geförderte private und betriebliche Ergänzung umfasst, insgesamt auf einem ausreichenden Niveau gehalten.

Unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten ist auch nach den intergenerativen Verteilungswirkungen zu fragen, die mit Hilfe der jahrgangsspezifischen impliziten Renditen gemessen werden können. Dabei zeigt sich, dass die Rendite für die heutigen Beitragszahlerinnen und -zahler nach Umsetzung der Kommissionsvorschläge geringer ausfallen wird. Künftige Beitragszahler könnten dagegen mit einem Renditeanstieg rechnen. Insgesamt wird der nach Geburtsjahrgängen fallende Verlauf der Renditekurve zu Lasten der früher und zu Gunsten der später Geborenen gedreht. Die Kommission sieht hierin einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Generationengerechtigkeit innerhalb der Gesetzlichen Rentenversicherung.

Durch die vorgeschlagenen Maßnahmen ergibt sich im Jahr 2030 eine Beitragssatzersparnis von 2,2 Prozentpunkten. Davon entfallen auf die Wirkung des Nachhaltigkeitsfaktors 1,4 Prozentpunkte und auf die Heraufsetzung der Regelaltersgrenze 0,6 Prozentpunkte. Darüber hinaus resultiert aus einer Verschiebung der Rentenanpassung vom 1.7. des Jahres auf den 1.1 des Folgejahres eine Beitragssatzersparnis von 0,2 Prozentpunkten. Durch die bereits im Altersvermögensergänzungsgesetz 2001 beschlossenen Maßnahmen geht das Bruttorentenniveau von derzeit 48 % auf 42 % im Jahr 2030 zurück. Die von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen führen zu einer weiteren Senkung dieses Rentenniveaus um etwa 2 Prozentpunkte auf etwa 40 %.

Weitere Reformvorschläge

Darüber hinaus spricht sich die Kommission dafür aus, die Schwankungsreserve in der Gesetzlichen Rentenversicherung aufzustocken, sobald dies ohne eine Anhebung des Beitragssatzes möglich ist. Neben der reinen Liquiditätssteuerung sollte die Schwankungsreserve eine konjunkturstabilisierende und damit die Nachhaltigkeit erhöhende Funktion übernehmen können.

Immer größere Bedeutung kommt schon heute der zusätzlichen privaten oder betrieblichen Altersvorsorge zu. Hierzu sind mit der Rentenreform 2001 bereits wichtige Schritte unternommen worden. Erste Erfolge sind im Bereich der betrieblichen Altersvorsorge bereits zu beobachten. Die Kommission sieht aber noch Verbesserungsbedarf insbesondere bei der privaten und betrieblichen Altersvorsorge (sog. Riester-Renten). Hier sollte der in die Förderberechtigung einbezogene Personenkreis auf alle Steuerzahlerinnen und -zahler ausgeweitet werden, auch um Unsicherheiten über die eigenen Voraussetzungen für eine Förderung zu begegnen. Darüber hinaus sieht die Kommission Möglichkeiten und die Notwendigkeit, das Zulageverfahren zu vereinfachen und die Transparenz für die Versicherten zu erhöhen.

Abgelehnte Reformoptionen

Neben den vorgeschlagenen Maßnahmen hat sich die Kommission auch ausführlich mit weiteren Reformvorschlägen befasst, die Gegenstand der aktuellen Diskussion sind. Sie hält diese Vorschläge im Hinblick auf eine nachhaltige Finanzierung jedoch nicht für geeignet. So wird ein Systemwechsel zu einer steuerfinanzierten Grundrente abgelehnt. Neben der unvermeidlichen Übergangsproblematik wäre mit der Grundrente eine völlige Aufgabe der vorleistungsbezogenen Rente verbunden. Dies wäre unter Anreizgesichtspunkten kontraproduktiv. Die Kommission spricht sich vielmehr für ein Festhalten am für die Gesetzliche Rentenversicherung konstitutiven Prinzip der Teilhabeäquivalenz aus.

Vielfach wird gefordert, die Beiträge oder die Renten nach der Kinderzahl zu staffeln, weil die Kindererziehung einen materiellen Beitrag zur Erhaltung des Systems darstelle. Tatsächlich wird im geltenden Rentenrecht die Kindererziehung bereits rentensteigernd berücksichtigt. Die rentenrechtliche Bewertung von Kindererziehungszeiten ist in den letzten Jahren in mehreren Schritten erheblich verbessert worden. Allerdings werden diese Maßnahmen nicht durch Beiträge, sondern über steuerfinanzierte Mittel aus dem Bundeshaushalt finanziert. Die Kommission hält diese Regelung für sachgerecht, weil Kindererziehung nicht nur für die Gesetzliche Rentenversicherung von großer Bedeutung ist, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aufzufassen ist.

Die Kommission sieht auch in der selektiven Kürzung der Rentenleistungen für höhere Einkommensgruppen keine Lösung des langfristigen Finanzierungsproblems. Vielmehr würde damit die Vorleistungsbezogenheit der Rente eingeschränkt und die Rentenversicherung mit Umverteilungsaufgaben belastet. Negative Anreizeffekte insbesondere auf das Arbeitsangebot wären die Folge. Zudem lässt sich von der Höhe der Rente im Einzelfall kein Rückschluss auf das Gesamteinkommen eines Haushalts treffen.

Auch eine Differenzierung der Renten nach der Anzahl der Beitragsjahre wird wegen der Verletzung des die Rentenversicherung konstituierenden Prinzips der Teilhabeäquivalenz abgelehnt.

Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze oder die Einbeziehung von weiteren Einkunftsarten in die Beitragspflicht würde nur vorübergehend niedrigere Beitragssätze ermöglichen. Auf Dauer würden die Finanzierungslasten künftiger Generationen ausgeweitet, wenn den zusätzlichen Beiträgen auch höhere Rentenleistungen gegenüber stünden. Dies wäre kein Beitrag zur Förderung der finanziellen Nachhaltigkeit. Die Einbeziehung von Zins- und Mieteinkünften würde unter Beibehaltung einer Beitragsbemessungsgrenze kaum nachvollziehbare Verteilungswirkungen zeitigen. In diesem Fall würden vor allem untere und mittlere Einkommen zusätzlich belastet, während höhere Einkommen auch ohne ihre

zusätzlichen Einkünfte die Beitragsbemessungsgrenze bereits überschreiten.

Auch die Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf Beamte und Selbständige könnte nur vorübergehend eine Entlastung für den Beitragssatz bewirken. Neben der verfassungsrechtlichen Verankerung der Beamtenversorgung ist zu beachten, dass Pensionen bereits im Umlageverfahren finanziert werden. In der Rentenversicherung käme es nur dann zu einer vorübergehenden finanziellen Entlastung, wenn die Pensionen weiterhin aus Steuermitteln finanziert und gleichzeitig Beiträge für die Beamten gezahlt würden. Die Entlastung in der Rentenversicherung ginge dann auf Kosten einer Belastung der Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden. Unabhängig von den Bedenken gegenüber einer Einbeziehung von Beamten in die Gesetzliche Rentenversicherung spricht sich die Kommission aber dafür aus, Leistungseinschränkungen für die gesetzlich Rentenversicherten wirkungsgleich auf die Altersversorgung der Beamten zu übertragen.

Hinsichtlich der Selbständigen ist zu beachten, dass hier oftmals bereits eine freiwillige oder obligatorische Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Rentenversicherung besteht. In den übrigen Fällen dominieren in der Regel kapitalgedeckte Vorsorgeformen. Diese durch die umlagefinanzierte Rentenversicherung zu ersetzen, trägt nicht zur Verbesserung der finanziellen Nachhaltigkeit bei. In der Abwägung hält die Kommission diese Gründe für gravierender als die unter dem Aspekt der Gleichbehandlung möglicherweise gerechtfertigte Einbeziehung der Selbständigen in den Solidarausgleich der Gesetzlichen Rentenversicherung.

Minderheitenvoten zum Bereich Rentenversicherung wurden abgegeben von Ursula Engelen-Kefer, Frank Nullmeier, Nadine Schley, Manfred Schoch, Barbara Stolterfoht und Klaus Wiesehügel.

3 Gesetzliche Krankenversicherung

Die Kommission ist der Auffassung, dass eine Gesetzliche Krankenversicherung eine Reihe von Anforderungen erfüllen muss. An erster Stelle steht die Sicherstellung der Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen, d.h. die Gewährleistung einer medizinisch hoch stehenden Versorgung für alle Versicherten. Dabei sind Reformvorschläge für das Gesundheitswesen auch im Hinblick auf die zu erwartenden Effekte für den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung („Public Health“) zu bewerten, d.h. auch im Hinblick auf Versorgungsstrukturen, auf die Qualität medizinischer Leistungen und auf den Zugang zu medizinischen Leistungen.

Um die angestrebten Ziele zu erreichen, ist eine Versicherungspflicht ebenso unverzichtbar wie der Kontrahierungszwang auf der Seite der Krankenversicherungen. Eine Selektion nach dem Gesundheitszustand oder bestimmten Risikoprognosen ist abzulehnen. Die Anreize zu einer solchen Selektion müssen – auch durch einen geeigneten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – minimiert werden. Die Kommission spricht sich in diesem Zusammenhang deutlich gegen altersabhängige Leistungsausgrenzungen aus. Neben dem als selbstverständlich anzusehenden Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken sollte auch ein Ausgleich zwischen Alten und Jungen stattfinden, damit für ältere Versicherte die Gesundheitsabsicherung bezahlbar bleibt. Eine Differenzierung der Beiträge nach Männern und Frauen wird abgelehnt. Ein Ausgleich zwischen Versicherten mit Kindern und Versicherten ohne Kinder ist familienpolitisch geboten. Und schließlich muss ein sozialer Ausgleich sicherstellen, dass alle Versicherten unabhängig vom Einkommen vollen Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen erhalten.

Die Beitragssatzsteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten Jahrzehnten waren und sind Ausgangspunkt für Diskussionen über den Reformbedarf im Gesundheitswesen. Diese Steigerungen sind

sowohl ausgabenseitig wie einnahmenseitig bedingt.

Bei Gesundheitsleistungen handelt es sich um Güter, deren Nachfrage mit wachsendem Volkseinkommen überproportional zunimmt. Daher entsprechen im Trend steigende Gesundheitsausgaben durchaus den Präferenzen in der Bevölkerung, mehr und bessere Gesundheitsleistungen zu erhalten. Gerade in einer alternden Gesellschaft mit vergleichsweise hohem Einkommensniveau ist der Gesundheitsmarkt ein bedeutender Wachstumsbereich mit entsprechenden Beschäftigungspotenzialen.

Gleichzeitig zeigt sich in den steigenden Beitragssätzen aber auch deutlicher Reformbedarf. So ist ein Teil auf Unwirtschaftlichkeiten in der Leistungserbringung zurückzuführen, die in Strukturmängeln des Systems begründet sind. Andererseits bringt die Lohnzentrierung der Beitragsbemessung die Gesetzliche Krankenversicherung in Phasen einer steigenden und sich verfestigenden Arbeitslosigkeit an ihre finanziellen Belastungsgrenzen. Die steigenden Lohnzusatzkosten stellen ein Hemmnis für mehr Beschäftigung und Wachstum dar. Zusätzlich wirkt die Beitragsfinanzierung der Ausgaben wie ein konjunktureller Destabilisator, wenn allein aufgrund einer Konjunkturabschwächung der Beitragssatz angehoben werden muss. Zukünftig werden demografische Veränderungen die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung zusätzlich belasten. Der wachsende Anteil von Rentnerinnen und Rentnern, die in einem lohnbezogenen Finanzierungssystem bei überdurchschnittlichem Leistungsbedarf nur unterdurchschnittliche Beiträge zahlen, erfordert weitere Beitragssatzsteigerungen.

Im Rahmen der Diskussion über die Finanzierungssituation werden zunehmend auch die Verteilungswirkungen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung problematisiert. Von Kritikern wird hervorgehoben, dass die privat Krankenversicherten mit ihren in der Regel überdurchschnittlichen Einkommen nicht an der beitragsfinanzierten Einkommensumverteilung innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt sind. Außerdem weist auch der soziale Ausgleich innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung Inkonsistenzen und erhebliche Mängel auf. Letztlich werden die angestrebten Umverteilungswirkungen nur mit unerwünschten „Nebenwirkungen“ erreicht.

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung kann nur durch grundlegende Reformen nachhaltig gesichert werden. Dazu gehört auch der gezielte Ausbau von Prävention und Rehabilitation sowie die Erhöhung der Versicherten- und Patientensouveränität. Ungeachtet dessen sind ausgabenseitige Strukturreformen unverzichtbar, ja vorrangig erforderlich. Diese ausgabenseitigen Reformen sollten über mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung explizite Anreizmechanismen für ein wirtschaftliches Verhalten aller Akteure enthalten. Die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven allein ist jedoch keine nachhaltige Finanzierungsquelle. In der Kommission wurden deshalb zwei konzeptionelle Alternativen diskutiert, mit denen eine dauerhaft ergiebige und beschäftigungsfreundliche Finanzierung sichergestellt werden soll:

- Eine die gesamte Bevölkerung umfassende Bürgerversicherung, welche von allen Bürgerinnen und Bürgern in Orientierung am Leistungsfähigkeitsprinzip über einkommensabhängige Beiträge zu finanzieren ist, wobei die personelle Einkommensumverteilung integrierter Bestandteil des Systems bleibt.

- Das Konzept pauschaler Gesundheitsprämien, das sich am Prinzip der Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung orientiert, bei dem die personelle Einkommensumver-

teilung aus dem Gesundheitsbereich ausgegliedert und dem Steuer-Transfer-System zugewiesen wird.

Beide Vorschläge sind in sich geschlossene Konzeptionen. Ihnen ist gemeinsam, dass sie eine medizinisch hoch stehende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung sicherstellen. Beiden ist ebenfalls gemeinsam, dass sie sich von der beschäftigungsfeindlichen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung fast ausschließlich über die Löhne lösen und alle anderen Einkommensarten zur Finanzierung der Gesundheitskosten sowie des sozialen Ausgleichs mit heranziehen.

Alternative: Bürgerversicherung

Die Bürgerversicherung zielt bei der Finanzierung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf eine umfassendere Verwirklichung des Prinzips der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Einzelnen und somit auf eine personelle Einkommensumverteilung innerhalb des Krankenversicherungssystems ab. Der Versichertenkreis und die Beitragsgrundlagen werden auf alle Bürgerinnen und Bürger und alle Einkunftsarten ausgeweitet, die Versicherungspflichtgrenze wird abgeschafft und die Beitragsbemessungsgrenze angehoben, die Beiträge bleiben einkommensabhängig. Für die lohnabhängigen Beitragsteile bleibt es bei der paritätischen Finanzierung. Langfristiges Ziel ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen als Vollversicherungen das medizinisch Notwendige absichern und die privaten Krankenversicherungen Zusatzversicherungen für Leistungen, die nicht medizinisch notwendig sind, anbieten. Im Übrigen ist zu prüfen, ob und wie sich die privaten Krankenversicherungen am Angebot der Bürgerversicherung beteiligen können.

Durch die Verbeitragung aller Einkommen, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 € sowie die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze bei Einführung einer Bürgerversicherung könnte der Beitragssatz kurzfristig von 14,4 Beitragssatzpunkten auf 13,1 Beitragssatzpunkte gesenkt werden. Langfristig, wenn alle Bürger in die Versicherung einbezogen sind, würde eine Beitragssatzsenkung um weitere 0,7 Beitragssatzpunkte möglich.

Nach Modellberechnungen der Kommission ergeben sich durch die Einführung einer Bürgerversicherung je nach Höhe und Zusammensetzung der Haushaltseinkommen unterschiedliche Be- und Entlastungen. Im Durchschnitt würden Haushalte mit einem Bruttojahreseinkommen unter 40.000 € begünstigt. Sie würden sofort um etwa 0,2 % und langfristig um etwa 0,5 % ihres verfügbaren Haushaltseinkommens entlastet. In den darüber liegenden Einkommensbereichen würden die Haushalte durch die Bürgerversicherung gegenüber heute belastet. Die Belastungen würden bis zu einem Einkommen in Höhe von 110.000 € kurzfristig auf bis zu 1,1 % und langfristig auf bis zu 2,2 % des verfügbaren Einkommens ansteigen. Die relative Mehrbelastung für sehr hohe Einkommen über 110.000 € nähme wieder ab.

Die Grenzbelastung des Faktors Arbeit, die angibt, welcher Anteil einer Lohnerhöhung um einen Euro den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern durch Steuern und Abgaben vorenthalten bleibt, ist ein geeigneter Indikator für die Beschäftigungswirkung von Reformmaßnahmen. Sinkende Grenzbelastungen wirken entsprechend beschäftigungsfördernd, steigende dagegen beschäftigungshemmend. Der Preis für die Senkung der Grenzbelastung des Arbeitsentgelts bis zur heutigen Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3.450 € je Monat um knapp 1 Prozentpunkt ist eine steigende Grenzbelastung von Einkommen oberhalb dieser Grenze um 7,5 Prozentpunkte. Die Grenzbelastung bei einem monatlichen Bruttoeinkommen von 5.100 € läge bei Zugrundelegung des Steuerrechts des Jahres 2003 in diesem Modell bei 75,5 %, d. h. von jedem Euro zusätzlichem Verdienst würden weniger als 25 Cent als Nettoeinkommen verbleiben.

Alternative: Pauschale Gesundheitsprämien

Das System pauschaler Gesundheitsprämien orientiert sich am Äquivalenzprinzip und zielt auf eine völlige Entkoppelung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung von den Arbeitskosten. Damit führen Beitrags- bzw. Prämienerhöhungen nicht mehr zu einer Verteuerung des Faktors Arbeit. Das Gesundheitsprämienkonzept geht davon aus, dass der soziale Ausgleich mit einer höheren Zielgenauigkeit im staatlichen Steuer- und Transfersystem realisiert werden kann. Entsprechend wird die über den krankenversicherungstypischen Solidarausgleich hinausgehende Einkommensumverteilung auf das Steuer-Transfer-System übertragen; Versicherte mit geringen Haushaltseinkommen erhalten steuerfinanzierte Prämienzuschüsse.

Angesichts der zukünftigen demografischen Herausforderungen können die privaten Krankenversicherungen als kapitalgedeckte Krankenvollversicherungen erhalten bleiben, sie sollten aber einem deutlich schärferen Wettbewerb ausgesetzt werden. Dies erfordert portable Alterungsrückstellungen. Langfristig ist an einen einheitlichen Ordnungs- und Regulierungsrahmen für gesetzliche und private Krankenversicherungen zu denken.

Bei Umstellung des Finanzierungssystems auf kassenindividuelle Gesundheitsprämien ergäbe sich derzeit im Durchschnitt über alle Krankenkassen eine monatliche Prämie von rund 210 € je erwachsenem Versicherten. Dies entspricht etwa 9,5 % des durchschnittlichen Einkommens eines Arbeitnehmers. Die effektiven Be- und Entlastungen hängen davon ab, welche Haushalte in welchem Umfang steuerfinanzierte Prämienzuschüsse erhalten, um eine übermäßige Belastung unterer Einkommensgruppen zu vermeiden und wie die Gegenfinanzierung dieser Zuschüsse über Steuern erfolgt. In einer Beispielsrechnung würden Haushalte mit einem Bruttoeinkommen bis zu 10.000 € pro Jahr leicht entlastet. Haushalte im Einkommensbereich von 10.000 € bis 40.000 € würden gegenüber dem Status quo im Durchschnitt um etwa 0,3 % des verfügbaren Einkommens belastet, maximal um bis zu 0,5 %. Im Einkommensbereich von 40.000 € bis 115.000 € würden die Haushalte entlastet. Die maximale Entlastung in Höhe von 1,3 % des verfügbaren Haushaltseinkommens würde bei einem Einkommen von 70.000 € erreicht und ginge bei höheren Einkommen zurück. Haushalte mit Einkommen oberhalb von 115.000 € würden aufgrund des progressiven Einkommensteuertarifs zunehmend belastet.

Bei dieser Gestaltung des Einkommensausgleichs im Rahmen des Gesundheitsprämienmodells steht einer Senkung der Grenzbelastung im Einkommensintervall von 1.440 € bis 3.450 € pro Monat um 10 Prozentpunkte eine Erhöhung der Grenzbelastung von Einkommen unterhalb 1.440 € um 2 Prozentpunkte gegenüber. Die Grenzbelastung bei 1.440 € beträgt dann 60 %. Die maximale Grenzbelastung bei Zugrundelegung des Steuerrechts des Jahres 2003, die bei 4.700 € erreicht wird, liegt bei 68 %, d. h. von jedem Euro zusätzlichem Verdienst würden 32 Cent als Nettoeinkommen verbleiben.

Entscheidungsbedarf

Neben den Verteilungs- und Beschäftigungswirkungen wurden weitere kritische Aspekte der Modelle diskutiert. Dabei wurde es bei der Bürgerversicherung im Hinblick auf die Nachhaltigkeit in der Finanzierung als problematisch gesehen, dass die Beitragsentwicklung angesichts der überragenden Bedeutung der Arbeitseinkommen an den Gesamteinkommen der Versicherten nach wie vor maßgeblich an die Entwicklung der Arbeitsentgelte gebunden ist. Außerdem wurden im Hinblick auf die Einbeziehung weiterer Einkommensarten konzeptionelle und administrative Schwierigkeiten diskutiert, die

sich insbesondere auf die konkurrierenden Abgrenzungen von Einkommensbegriffen im Steuerrecht einerseits und im Sozialrecht andererseits beziehen.

Im Mittelpunkt der kritischen Erörterung des Gesundheitsprämienmodells stand die Verlagerung der gesundheitsunabhängigen Umverteilung in das Steuer-Transfer-System. Es wurde als problematisch angesehen, dass damit die Abhängigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung von den Arbeitsentgelten durch die Abhängigkeit der Prämienzuschüsse von der allgemeinen Entwicklung in den öffentlichen Haushalten ersetzt wird und dadurch der soziale Ausgleich weniger sicher würde. Verteilungsmäßige Schlechterstellungen der Versicherten im Vergleich zum gegenwärtigen System können durch die Gestaltung des Zuschusssystems und seiner Finanzierung vermieden werden, allerdings ergäbe sich dann ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf und damit eine entsprechende Belastung der öffentlichen Haushalte.

Bei einer Entscheidung zwischen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämien handelt es sich nicht um eine gesundheitspolitische Entscheidung, d. h. nicht um eine Entscheidung über Umfang und Qualität des Versicherungsschutzes oder um die Notwendigkeit eines sozialen Ausgleichs. Bei dieser Entscheidung geht es vielmehr darum, auf welchem Weg Wachstums- und Beschäftigungsfreundlichkeit (Allokation) und sozialer Ausgleich (Distribution) umgesetzt werden und wer davon in welcher Form und Höhe betroffen sein soll. Die Vertreterinnen und Vertreter einer Bürgerversicherung gehen davon aus, dass der soziale Ausgleich zuverlässiger und nachhaltiger innerhalb eines beitragsorientierten Krankenversicherungssystems geregelt wird. Bei den Vertretern des Gesundheitsprämienmodells stehen Wachstums- und Beschäftigungseffekte im Vordergrund und sie sehen die Möglichkeit, den sozialen Ausgleich über das staatliche Steuer-Transfer-System nachhaltiger und zielgenauer zu gestalten.

Die Kommission empfiehlt der Politik, diese gesellschaftspolitische Grundsatzentscheidung über die zukünftige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zügig zu treffen und damit die Voraussetzung für eine schrittweise, an einem Gesamtkonzept ausgerichtete Finanzierungsreform zu schaffen. Unabhängig davon erachtet es die Kommission für erforderlich, die den Wettbewerb stimulierenden ausgabenseitigen Reformen voranzutreiben.

Minderheitenvoten zum Bereich Krankenversicherung wurden abgegeben von Claus-Michael Dill, Ursula Engelen-Kefer, Edda Müller, Eckhard Nagel, Frank Nullmeier, Helmut Platzer, Bernd Raffelhüschen, Nadine Schley, Manfred Schoch, Barbara Stolterfoht und Klaus Wiesehügel.

4 Soziale Pflegeversicherung

Mit Einführung der obligatorischen Pflegeversicherung im Jahr 1995 und dem damit einhergehenden Ausbau der Pflegeinfrastruktur hat sich die Situation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland deutlich verbessert. Gleichzeitig wurden die Kommunen als Träger der Sozialhilfe entlastet. Die Staffelung von Leistungspauschalen in drei Stufen sowie in die unterschiedlichen Leistungen Pflegegeld, ambulante Leistungen, stationäre und teilstationäre Pflegesachleistungen soll den Pflegebedürftigen eine ihren Bedürfnissen entgegenkommende Pflege ermöglichen. Zudem hat die Pflegeversicherung zur Schaffung von Qualitätsstandards im Bereich der Pflege beigetragen.

Die Kommission spricht sich deshalb dafür aus, die Soziale Pflegeversicherung als Sozialversicherung zu erhalten und zu modernisieren. Einen Systemwechsel zu einem Bundespflegeleistungsgesetz, bei dem Pflegeleistungen in vollem Umfang für Bedürftige aus Steuermitteln zu entrichten wären, bzw. Umstiegsvarianten auf ein vollständig kapitalgedecktes privates System lehnt die Kommission ab. Auch eine Zusammenlegung von Gesetzlicher Kran-

kenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung hat die Kommission abgelehnt. Die Einführung eines Bundespflegeleistungsgesetzes wäre mit der Abschaffung der obligatorischen Pflegeversicherung für alle Bürger verbunden. Ein Systemwechsel zur kapitalgedeckten Pflegeversicherung würde erhebliche Mehrbelastungen für die Erwerbstätigen über einen Zeitraum von mindestens 35 Jahren mit sich bringen, da sie den Übergang vom Umlageverfahren zur Kapitaldeckung finanzieren müssten.

Es ist absehbar, dass die Soziale Pflegeversicherung ab dem Jahr 2007 vor erheblichen finanziellen Problemen stehen wird. Die wesentliche Herausforderung für die Zukunft liegt in der derzeitigen demografischen Entwicklung, infolge derer sich der Kostendruck in den nächsten Jahrzehnten noch erheblich erhöhen wird. Die Anzahl der Pflegefälle von gegenwärtig rund 1,9 Mio. dürfte bis zum Jahr 2030 auf rund 3,1 Mio. ansteigen. Erst nach 2050 ist mit einem Ende des Anstiegs zu rechnen, da bis dahin die geburtenstarken Jahrgänge zu einer steigenden Besetzung höherer Altersklassen beitragen werden. Hinzu kommt die aktuell schwierige Arbeitsmarktsituation.

Bei Einführung einer zum Erhalt des Leistungsniveaus notwendigen Dynamisierung ohne weitere Reformmaßnahmen ergäbe sich ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben. Zum Ausgleich müsste der Beitragssatz nach den Annahmen des Kommissionsszenarios zur Beschäftigungs- und Lohnentwicklung bis zum Jahr 2040 auf 3 % angehoben werden. Eine Beitragssatzanhebung sollte nach Auffassung der Kommission vermieden werden, da sie zu einem weiteren Anstieg der Lohnzusatzkosten und damit einer Belastung des Faktors Arbeit führen würde.

Ein Verzicht auf eine Dynamisierung der Leistungen würde einen Anstieg des Beitragssatzes nicht verhindern und wäre zudem nicht zielführend, weil dann das bestehende Leistungsniveau der Sozialen Pflegeversicherung nicht bewahrt werden könnte. Dies würde zu einer schleichenden Entwertung der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung führen mit der Folge, dass eine obligatorische Absicherung des Pflegerisikos kaum länger zu rechtfertigen wäre.

Zur Stärkung der Nachhaltigkeit der Sozialen Pflegeversicherung ist daher eine Anpassung des Finanzierungssystems an die sich ändernden demografischen Verhältnisse unabdingbar. Die zukünftigen unvermeidlichen Mehrausgaben erfordern Neuregelungen auf der Einnahmenseite, wobei aber aus Gründen der Generationengerechtigkeit und der Begrenzung der Lohnzusatzkosten eine möglichst gleichmäßige Verteilung der finanziellen Belastungen auf alle Generationen erfolgen muss.

Intergenerativer Lastenausgleich

Die Kommission hat ein Konzept eines intergenerativen Lastenausgleichs entwickelt, welches die Lasten aus dem demografischen Wandel gleichmäßiger verteilt und einseitige Belastungen der jüngeren Generationen vermeidet.

Dabei werden die Grundprinzipien der Sozialen Pflegeversicherung, insbesondere die Solidarität und der soziale Ausgleich, aber auch ihr „Teilkaskocharakter“, nicht in Frage gestellt. Es handelt sich vielmehr um eine gleichmäßigere Lastenverteilung, die die längere Lebenserwartung, die diesbezüglich zunehmenden Lasten der erwerbstätigen Generationen sowie das höhere Pflegerisiko der Älteren und deren Möglichkeit und Bereitschaft, mit steigendem Alter mehr für Pflegeleistungen zu entrichten, berücksichtigt. Durch die verstärkte Heranziehung der Bezieherinnen und Bezieher von Altersrenten zur Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung kann eine gleichmäßigere intergenerative Lastenverteilung erreicht wer-

den. Dieser Ausgleichsbeitrag der Älteren leistet einen Beitrag zur Finanzierung der Dynamisierung der Leistungen und schafft für die jüngeren Erwerbstätigen Freiräume, ein Pflegevorsorgesparen zu betreiben. Die Kommission sieht einen sachlich hinreichenden Rechtfertigungsgrund für die Ungleichbehandlung der Versicherten über 65 Jahre darin, dass insbesondere die Rentnerinnen und Rentner in den Genuß der durch den Ausgleichsbeitrag finanzierten Dynamisierung der Pflegeleistungen kommen.

Das Reformkonzept sieht vor, dass Altersrentnerinnen und -rentner ab dem Jahr 2010 zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung einen von ihnen allein finanzierten einkommensabhängigen generativen Ausgleichsbeitrag in Höhe von 2 % des versicherungspflichtigen Einkommens leisten.

Die zusätzlichen Finanzmittel aus diesem Ausgleichsbeitrag erlauben eine Dynamisierung der Leistungen, die überwiegend den Rentnerinnen und Rentnern selbst zugute kommt. Darüber hinaus ermöglicht der zusätzliche Altersbeitrag die Reduzierung des allgemeinen Beitragssatzes auf 1,2 %. In Höhe der Differenz zum geltenden Beitragssatz (1,7 %) ist ein obligatorisches zweckgebundenes Vorsorgesparen (Vorsorgebeitrag) vorgesehen. Diese Zusatzersparnis erfolgt auf privaten Pflegekonten, die z. B. zentral bei den Rentenversicherungsträgern geführt werden könnten. Im Rentenalter wird den Versicherten das angesparte Kapital als nicht zweckgebundene zusätzliche Leibrente ausgezahlt, damit sie auf diese Weise die demografisch bedingten finanziellen Mehrbelastungen, die sich in einem ansteigenden Ausgleichsbeitrag niederschlagen, finanzieren können. Insgesamt kann damit der von Arbeitgebern und Arbeitnehmern abzuführende Beitrag dauerhaft bei 1,7 % des versicherungspflichtigen Einkommens gehalten werden.

Da Rentnerinnen und Rentner die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes von 1,2 % selbst zu tragen haben, steigt ihr eigenfinanzierter Gesamtbeitragssatz auf 2,6 %. Damit ergibt sich ab dem Jahr 2010 eine zusätzliche Beitragsbelastung für Standardrentner von rund 20 € pro Monat.

Zwar steigen im Zeitablauf die von den Rentnerinnen und Rentnern zu tragenden Beiträge an die Soziale Pflegeversicherung durch die sich erhöhenden Ausgleichsbeiträge an. Gleichzeitig wächst aber auch das auf den Pflegekonten angesparte Kapital und damit eine sich daraus ergebende Rente. Mit dieser Rente kann der Anstieg des Gesamtbeitragssatzes weitgehend aufgefangen werden, so dass der resultierende Nettobeitrag dauerhaft bei etwa 2,6 % verbliebe. Die aus dem demografischen Wandel resultierende Nettobelastung bleibt damit für alle Generationen gleich hoch. Für die erwerbstätigen Versicherten wird der von den 1,7 % abzuführende Sparanteil sukzessive verringert. Ab dem Jahr 2030 werden die vollen 1,7 % wieder zur Finanzierung der laufenden Pflegeleistungen benötigt. Dennoch erhöht sich ab diesem Zeitpunkt das angesparte Kapital noch weiter durch die anfallenden Zinsen. Für Empfänger der bedarfsorientierten Grundsicherung empfiehlt die Kommission, den Ausgleichsbetrag auf den Zahlbetrag der Grundsicherung aufzuschlagen.

Das vorliegende Reformkonzept gewährleistet – zunächst – über einen Zeitraum von mehr als 35 Jahren eine nachhaltige und durch das Zusammenwirken von generativem Ausgleichsbeitrag der Älteren und Vorsorgebeitrag der Jüngeren auch eine generationengerechte Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung.

Dynamisierung der Leistungen

Die angemessene Dynamisierung der Pflegeleistungen ab dem Jahr 2005 ist ein weiteres Kernstück des Reformvorschlags. Durch sie kann langfristig die Teilabsicherung auf heutigem Niveau bewahrt und pflegebedingte Sozialhilfebedürftigkeit eingedämmt werden. Zudem wird mit der Leistungsdynamisierung auch mehr Generationengerechtigkeit hergestellt, indem den finanziellen Aufwendungen

der Versicherten auch noch im Zeitablauf – d. h. bei deren späterer Pflegebedürftigkeit – vergleichbare Leistungen gegenüberstehen.

Die Höhe der Dynamisierung der Leistungen soll die jährlichen Preissteigerungen für Pflegedienstleistungen ausgleichen, so dass die Pflegebedürftigen dauerhaft die gleiche „Menge" an Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen können. Die Kommission schlägt vor, die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe der Inflationsrate zuzüglich der hälftigen realen Lohnsteigerung zu dynamisieren. Dies entspricht auf der Grundlage des Kommissionsszenarios einer Leistungsanhebung von 2,25 % pro Jahr. Obwohl die Dynamisierung oberhalb der von der Kommission zugrunde gelegten durchschnittlichen Inflationsrate von 1,5 % liegt, ist damit keine reale Leistungsausweitung verbunden, da Pflegedienstleistungen überdurchschnittlich personalintensiv sind. Unter Berücksichtigung der vorhandenen Rationalisierungspotenziale, insbesondere im Bereich der Ablauforganisation, wird die Preissteigerung für Pflegeleistungen jedoch unterhalb der Nominallohnentwicklung liegen, ohne dass die Lohnsteigerungen für im Pflegebereich tätige Personen unterdurchschnittlich ausfallen müssten.

Finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege

Weiterer wesentlicher Reformbestandteil – sowohl in qualitativer als auch in finanzieller Hinsicht – ist die Umsteuerung von Finanzmitteln aus dem vollstationären in den qualitätsgesicherten ambulanten Pflegebereich ab dem Jahr 2005.

In der Pflegestufe I sollen die ambulanten und stationären Leistungspauschalen einheitlich bei 400 € festgesetzt werden, in der Pflegestufe II bei 1.000 €. Damit wird zum einen dem grundsätzlichen Vorrang von häuslicher Pflege besser entsprochen, indem vermehrt Anreize zur Inanspruchnahme entsprechender Pflegeleistungen geschaffen werden und ein differenzierter Ausbau der ambulanten Pflegeinfrastruktur gefördert wird. Zum anderen wird durch die Erhöhung der ambulanten und stationären Leistungen in der Pflegestufe III auf 1.500 € dem steigenden Kostendruck bei der Pflege Schwerstpflegebedürftiger Rechnung getragen. Das Pflegegeld bleibt in allen Pflegestufen in der jetzigen Höhe erhalten. Aus Gründen des Vertrauensschutzes werden die neuen Pflegepauschalen nur auf Neuzugänge bei den Leistungsbeziehern angewendet.

Von der Veränderung der Anreizstrukturen verspricht sich die Kommission eine Eindämmung des zu erwartenden weiteren Anstiegs bei der vollstationären Pflege in den Pflegestufen I und II. Durch die finanziellen Anreize dürften auch bislang unterrepräsentierte alternative Betreuungsformen wie das gemeinschaftliche Wohnen an Bedeutung gewinnen. Die Vereinheitlichung der Pflegeleistungen in der Pflegestufe I unterhalb des heutigen Leistungsniveaus für stationäre Leistungen ist auch fiskalisch geboten, da nur so die vorgesehene Leistungsdynamisierung finanziert werden kann, ohne den vorgesehenen Ausgleichsbeitrag für Rentnerinnen und Rentner erhöhen zu müssen. Die vorzunehmenden Einsparungen bieten sich aus pflegerischen Erwägungen sowie unter Berücksichtigung des „Teilkaskocharakters" der Pflegeversicherung an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit an, da hier eine größere Eigenbeteiligung durchaus vertretbar erscheint. Hinsichtlich möglicherweise ansteigender Sozialhilfekosten zur Finanzierung von stationärer Pflege in den Pflegestufen I und II ist zu berücksichtigen, dass das vorgelegte Reformkonzept für den ambulanten Bereich zu einer Entlastung der Träger der Sozialhilfe gegenüber dem Status quo beitragen wird; dagegen dürften sich nach Absenkung der Leistungen der Pflegeversicherung für den stationären Bereich zunächst Mehraufwendungen für die Träger der Sozialhilfe ergeben. Dadurch werden Anreize zu einem weiteren Ausbau ambu-

lanter Angebote gesetzt. In der Gesamtwirkung dürfte die vorgeschlagene Leistungsdynamisierung langfristig zu einer Entlastung der Sozialhilfeträger gegenüber dem Status quo beitragen.

Personenbezogene Budgets

Die Kommission befürwortet die Erweiterung der rechtlichen Grundlagen zur Erprobung personenbezogener Budgets im Rahmen der professionellen Pflege. Die Einführung von personenbezogenen, frei verfügbaren Budgets erlaubt den Pflegebedürftigen, auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflegedienstleistungen zu erwerben und sich flexible qualitätsgesicherte Pflegearrangements zusammenzustellen. Hierdurch würden die Selbstbestimmung und die Patientensouveränität gestärkt. Zur Qualitätssicherung und Steuerung dieser Budgets bedarf es des Aufbaus von Case-Management-Institutionen, die im Wettbewerb stehen. Diese haben die Aufgabe der Beratung und Begleitung der Pflegebedürftigen sowie in Einzelfällen auch der Verwaltung des Budgets.

Das Konzept der personenbezogenen Budgets erfordert eine Flexibilisierung des Sachleistungsprinzips, es kann aber auch mit einem konzeptionellen Übergang zum Kostenerstattungsprinzip verbunden werden. Letzteres würde den Übergang von kollektiven Vergütungsverhandlungen zur Marktpreisbildung erleichtern. Um über eine Stärkung der Nachfragemacht der Pflegebedürftigen auch Kostensenkungen zu erreichen, sind die Mechanismen und Strukturen einer unabhängigen Qualitätssicherung zu verbessern.

Leistungsausweitungen für Demenzkranke

Die Kommission spricht sich dafür aus, ab dem Jahr 2005 demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen und psychische Erkrankungen bei der Einstufung in die jeweiligen Pflegestufen durch eine pauschale Heraufsetzung des individuellen pflegerischen Zeitbedarfs um 30 Minuten zu berücksichtigen. Die darin liegende Leistungsausweitung, insbesondere für die wachsende Gruppe der Demenzkranken, kann durch die Leistungsumfinanzierung bei der stationären Behandlungspflege und den dadurch gewonnenen Finanzierungsspielraum erfolgen. Wünschenswerte Leistungsverbesserungen für diese Personengruppe müssen sich dabei aber in das Nachhaltigkeitskonzept zur finanziellen Stabilisierung der Sozialen Pflegeversicherung einfügen.

Insgesamt werden die Ziele der Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, der gleichmäßigen Belastung aller Generationen, des Erhalts des realen Leistungsniveaus sowie der dauerhaften Beitragssatzstabilität durch das vorgelegte Gesamtkonzept zur Nachhaltigkeit erreicht.

Minderheitenvoten zum Bereich Pflegeversicherung wurden abgegeben von Claus-Michael Dill, Dominique Döttling, Ursula Engelen-Kefer, Frank Nullmeier, Bernd Raffelhüschen, Nadine Schley, Manfred Schoch, Klaus Wiesehügel und Rosemarie Wilcken.

5 Die quantitativen Wirkungen der Reformvorschläge

Die Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung steigen nach den Modellrechnungen unter Status quo-Bedingungen (bei der Pflegeversicherung einschließlich der gesetzlich bisher nicht vorgesehenen Leistungsdynamisierung) gegenüber dem Status quo bis zum Jahr 2030 um insgesamt 5,7 Prozentpunkte an. Durch die von der Kommission vorgeschlagenen Reformmaßnahmen im Bereich der Rentenversicherung und der Pflegeversicherung wird eine deutliche Dämpfung des Beitragssatzanstiegs erreicht. In den Modellrechnungen zur Rentenversicherung steigt der Beitragssatz unter Berücksichtigung der Reformen bis zum Jahr 2030 nicht auf gut 24 % sondern auf 22 %. In der Pflegeversicherung wird durch das Reformkonzept eine langfristige Stabilisierung des

Beitragssatzes bei 1,7 % gewährleistet. Ein sonst zu erwartender Anstieg auf 2,7 % bis zum Jahr 2030 wird damit verhindert. Insgesamt kann durch die Reformen also eine Entlastung der Lohnnebenkosten gegenüber der Referenzentwicklung um 3,2 Prozentpunkte erreicht werden.

Der Anstieg der Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung kann durch die vorgeschlagenen Reformmaßnahmen zwar deutlich begrenzt, nicht jedoch vermieden werden, da die mit der demografischen Alterung verbundenen Ausgabensteigerungen und Einnahmenrückgänge nicht vollständig durch Leistungsrücknahmen aufgefangen werden können, wenn ein angemessenes Sicherungsniveau der Rentenversicherung nach wie vor erreicht werden soll.

In der Summe ist zu erwarten, dass die Lohnzusatzkosten insgesamt bis 2030 zurückgehen werden, da mit einem Rückgang der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aufgrund der langfristig sinkenden Arbeitslosigkeit zu rechnen ist. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass eine der beiden diskutierten Optionen zur grundlegenden Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt wird, und dass – dies ist von vorrangiger Dringlichkeit – durch wettbewerbsstimulierende Strukturreformen auf der Ausgabenseite Wirtschaftlichkeitspotenziale im Gesundheitswesen mobilisiert werden.

Insgesamt sind die von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen geeignet, einen wichtigen Beitrag zur Begrenzung der Lohnzusatzkosten und damit zu einer Verbesserung der Arbeitsmarktsituation zu leisten. Durch die damit angestrebte höhere Beschäftigungsintensität würde sich auch die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme erhöhen.

Damit werden sozialversicherungspflichtig Beschäftigte bis zum Jahr 2030 um 1,6 % entlastet. Das Durchschnittsentgelt im Jahre 2030 nach Abzug der Sozialbeiträge steigt infolgedessen um real 57 € pro Monat und das verfügbare Einkommen der Erwerbstätigen fällt insgesamt um 25 Mrd. € höher aus als in der Referenzentwicklung. Dabei sind mögliche positive Beschäftigungseffekte infolge der Begrenzung der Lohnzusatzkosten noch nicht berücksichtigt.

Die Entlastung der Beitragszahlerinnen und -zahler erfordert im Gegenzug eine Dämpfung der Rentenanpassung und auch eine etwas höhere Abgabenbelastung der Rentnerinnen und Rentner. Durch die vorgeschlagenen Reformmaßnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung wird die Relation der Brutto-Standardrente zum Brutto-Durchschnittsentgelt (Bruttorentenniveau), welches gegenwärtig bei 48 % liegt und nach geltendem Recht bis 2030 auf 42 % zurückgehen wird, um weitere zwei Prozentpunkte auf rund 40 % vermindert. Der Rentenzahlbetrag steigt unter Berücksichtigung der verlangsamten Rentenanpassung, des Ausgleichsbeitrags und der zusätzlichen Rente aus den privaten Pflegekonten bis zum Jahr 2030 auf gut 1.290 € pro Monat und liegt damit etwa 80 € oder 5,5 % niedriger als in der Referenzentwicklung. Durch die in den letzten Jahren ergriffenen und von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen werden die Rentensteigerungen in der Zukunft unter den Erhöhungen der Löhne liegen. Im Durchschnitt wird man, wenn man von der unterstellten Reallohnsteigerung von 1,5 % pro Jahr ausgeht, mit einer Differenz zwischen Lohnerhöhung und Rentenanpassung von 0,7 Prozentpunkten pro Jahr rechnen können. Auch wenn sich der Abstand zwischen Erwerbseinkommen und Renten zukünftig vergrößert, wird sich der Lebensstandard von Rentnerinnen und Rentnern auf der Grundlage der Kommissionsvorschläge weiter erhöhen, da die Zahlbeträge der Renten bis zum Jahr 2030 um inflations-

bereinigt immer noch 20 % gegenüber den heutigen Werten ansteigen.

Da die Reformvorschläge vorsehen, die Rentenanpassung zu dämpfen und einen von der Rentenhöhe abhängigen Ausgleichsbeitrag für die Soziale Pflegeversicherung zu erheben, werden Rentnerinnen und Rentner nach Maßgabe der jeweiligen Höhe ihrer Rente betroffen. Außerdem wird vorgeschlagen, die Grundsicherung um den Ausgleichsbeitrag anzuheben, so dass ein Anwachsen der Altersarmut vermieden wird.

Die Kommission

Auftrag, Mitglieder und Arbeitsweise der Kommission

Auftrag der Kommission

Am 12. November 2002 wurde von der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme eingerichtet. Die konstituierende Sitzung fand am 13. Dezember 2002 statt.

Der Auftrag dieser Kommission lautete entsprechend dem Einsetzungsbeschluss:

Aufgabe der Kommission ist es, „Vorschläge für eine nachhaltige Finanzierung und Weiterentwicklung der Sozialversicherung zu entwickeln. Insbesondere muss es darum gehen, die langfristige Finanzierung der sozialstaatlichen Sicherungsziele und die Generationengerechtigkeit zu gewährleisten sowie die Systeme zukunftsfest zu machen. Um beschäftigungswirksame Impulse zu geben, sollen Wege dargestellt werden, wie die Lohnnebenkosten gesenkt werden können. Die Vorschläge müssen auch Aspekte der Geschlechtergerechtigkeit berücksichtigen. Die internationalen Diskussionen und Erfahrungen, insbesondere in der Europäischen Union, sind einzubeziehen.

In der Gesetzlichen Rentenversicherung wird es darum gehen, den eingeschlagenen Weg des Ausbaus der kapitalgedeckten Ergänzungssysteme weiterzuführen, ihre Wirkungen zu überprüfen und an der Orientierung der Ausgaben an den Einnahmen festzuhalten. Vorschläge zur Verbreiterung der Finanzierungsbasis sind zu prüfen.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung geht es darum, im Hinblick auf die durch die Bevölkerungsentwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt bewirkte Ausgabendynamik die Finanzierung langfristig zu sichern. Darüber hinaus soll die Kommission Vorschläge entwickeln, wie zukünftig die immer stärker werdende Bedeutung der Prävention zur Vorbeugung gegen Krankheiten sowie auch zur finanziellen Stabilisierung des Systems genutzt werden kann.

Auch die Pflegeversicherung muss zukunftsfest gemacht werden und eine hohe Pflegequalität sichern. Die Bedeutung der Pflege wird in der Zukunft immer weiter wachsen. Die Kommission soll prüfen, wie die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mit ergänzenden Formen der Vorsorge kombiniert werden kann.

Viele Strukturen in der Sozialversicherung sind historisch gewachsen. Deshalb ist auch zu prüfen, ob bei der Organisation der Sozialversicherung mittel- und langfristig Reformbedarf besteht.

Die Kommission soll Vorschläge unterbreiten, wie im europäischen Rahmen zur Gewährleistung von Mobilität und Freizügigkeit der Bürgerinnen und Bürger eine unbürokratische Leistungsgewährung sichergestellt werden kann.“

Zusammensetzung der Kommission

In die Kommission wurden folgende 26 Personen berufen:

Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup
(Vorsitzender der Kommission)
Professor für Finanz- und Wirtschaftspolitik an der Technischen Universität Darmstadt; Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung; Vorsitzender des Sozialbeirats

Heinrich Tiemann
(Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung)
Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Prof. Dr. h. c. Roland Berger
Chairman and Global Managing Partner von Roland Berger Strategy Consultants GmbH, München

Prof. Axel Börsch-Supan, Ph.D.
Professor für Makroökonomik und Wirtschaftspolitik an der Universität Mannheim; Direktor des Mannheimer Forschungsinstituts Ökonomie und demografischer Wandel (MEA); Mitglied des wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit

Dr. Claus-Michael Dill
Vorsitzender des Vorstandes der AXA Konzern AG, der AXA Versicherung AG und der AXA Lebensversicherung AG, Köln

Dominique Döttling
Geschäftsführende Gesellschafterin Döttling & Partner Beratungsgesellschaft mbH, Uhingen; Gesellschafterin Eberspächer Formenbau GmbH; Mitglied des Bundesvorstandes der Wirtschaftsjunioren Deutschland (WJD)

Dr. Ursula Engelen-Kefer
Stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Gewerkschaftsbundes, zuständig für die Bereiche Sozialpolitik, Arbeitsmarktpolitik, Arbeitsrecht und Frauen

Prof. Dr. Gisela Färber
Professorin für wirtschaftliche Staatswissenschaften – insbesondere Allgemeine Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft – an der Deutschen Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer; Vorsitzende der Gesellschaft für Programmforschung; Mitglied des Sozialbeirats

Günther Fleig
Mitglied des Vorstands der DaimlerChrysler AG, zuständig für Personal und Arbeitsdirektor, Stuttgart

Jürgen Husmann
Ehemaliges Mitglied der Hauptgeschäftsführung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA); Mitglied des Vorstandes der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA); Alternierender Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR); Mitglied des Vorstandes der IVSS (Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit) in Genf; Mitglied des Sozialbeirats

Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach
Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Universität zu Köln; Mitglied im Sachverständigenrat des Gesundheitswesens

Prof. Dr. Edda Müller
Vorstand der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Berlin; Stellvertretende Vorsitzende des Rats für nachhaltige Entwicklung, Ministerin a. D.

Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel
Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth; Leiter des Transplantationszentrums am Klinikum Augsburg; stellvertretender Vorsitzender des Nationalen Ethikrates; Mitglied des Präsidiumsvorstands und Präsident des Deutschen Evangelischen Kirchentages für die Jahre 2001 bis 2007

Prof. Dr. Frank Nullmeier
Professor für Politikwissenschaft an der Universität Bremen und Leiter der Abteilung Theorie und Verfassung des Wohlfahrtsstaates am Zentrum für Sozialpolitik

Dr. Helmut Platzer
Vorsitzender des Vorstandes der AOK Bayern, München

Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen
Direktor des Instituts für Finanzwissenschaft und Volkswirtschaftslehre I an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; Professor II an der Universität Bergen (Norwegen)

Prof. Dr. Franz Ruland
Geschäftsführer des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main

Nadine Schley[1]
Bürokauffrau, Schering AG, Berlin; ehemalige Vorsitzende der Jugend- und Auszubildendenvertretung; Mitglied der Tarifkommission der IGBCE

Prof. Dr. Josef Schmid
Professor für Politische Wirtschaftslehre und vergleichende Politikfeldanalyse am Institut für Politikwissenschaft der Eberhard Karls Universität Tübingen

Manfred Schoch
Gesamtbetriebsrats-Vorsitzender der BMW AG; stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsrates der BMW AG; Vorsitzender des BMW EURO-Betriebsrates; Mitglied des Verwaltungsrates des BKK Bundesverbandes, München

Barbara Stolterfoht
Staatsministerin a.D.; Vorsitzende des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband e.V.

Dr. Gitta Trauernicht
Ministerin a.D.; Mitglied des niedersächsischen Landtags; Geschäftsführerin des Instituts für soziale Arbeit e.V. und der ISA Planungs- und Beratungs-GmbH

Eggert Voscherau
Mitglied des Vorstands der BASF AG, Ludwigshafen; Präsident des Verbandes der Europäischen Chemieindustrie (Cefic); Präsident des Internationalen Chemieverbandes ICCA (International Council of Chemical Associations)

Prof. Dr. Gert G. Wagner
Professor für empirische Wirtschaftsforschung und Wirtschaftspolitik an der Technischen Universität Berlin; Forschungsdirektor für Sozialpolitik und Leiter der Längsschnittstudie Sozioökonomisches Panel (SOEP) am DIW Berlin; Mitglied der Kammer für soziale Ordnung der EKD

Klaus Wiesehügel
Bundesvorsitzender der IG Bauen-Agrar-Umwelt, Frankfurt am Main; Vizepräsident des Internationalen Bundes der Bau- und Holzarbeiter, Genf

Dr. Rosemarie Wilcken
Bürgermeisterin der Stadt Wismar; Stellvertreterin der amtierenden Präsidentin des Deutschen Städtetages

Zur Organisation der Kommissionsarbeit, insbesondere der Abfassung des Schlussberichts wurde beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Geschäftsstelle eingerichtet.

Der Geschäftsstelle gehörten folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an:

Roland Lang-Neyjahr (Leiter der Geschäftsstelle)
Dr. Martin Albrecht (zeitweise)
Johannes Clemens
Dr. Margot Fälker (zeitweise)
Konrad Haker
Lutz Köhler
Dr. Tim Köhler-Rama

1 Namensänderung: Nadine Franz zum Zeitpunkt der Einberufung der Kommission.

Katrin Leppin (zeitweise)
Ruth Mander
Gertrud Pallas
Anke Siebold
Karin Tiedens
Dr. Dorothea Wenzel

Durchführung der Kommissionsarbeit

Aus arbeitsökonomischen Gründen teilte sich die Kommission in vier Arbeitsgruppen (Arbeitsgruppe Rentenversicherung, Arbeitsgruppe Krankenversicherung, Arbeitsgruppe Pflegeversicherung, Arbeitsgruppe Querschnitt) auf. Jede Arbeitsgruppe hatte zwei – jeweils von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe gewählte – Moderatorinnen und Moderatoren. Insgesamt tagten die Arbeitsgruppen 22-mal.[2] Die Moderatorinnen und Moderatoren waren für den Bereich Rentenversicherung die Herren Börsch-Supan und Ruland, für den Bereich Krankenversicherung die Herren Lauterbach und Wagner, für den Bereich Pflegeversicherung Frau Stolterfoht und Frau Trauernicht und für die Querschnittsgruppe die Herren Nullmeier und Schmid.

Zur Vorstrukturierung der Diskussion wurden vom Vorsitzenden der Kommission Themenschwerpunkte für die einzelnen Arbeitsgruppen genannt, jeder Arbeitsgruppe stand es jedoch frei, darüber hinaus auch andere als wichtig erachtete Aspekte zu behandeln. Für die Sitzungen der jeweiligen Arbeitsgruppen wurden von der Geschäftsstelle auf der Grundlage der Diskussionen in den Arbeitsgruppen, aufgrund eigener – in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Moderatoren der Arbeitsgruppen entwickelter – Hintergrundpapiere sowie auf der Basis von Beiträgen von Mitgliedern der Kommission Beschlussvorlagen erstellt, über die innerhalb der Arbeitsgruppen abgestimmt wurde. Die abgestimmten Beschlussvorlagen wurden dann dem Plenum zugeleitet, wo sie von der Kommission diskutiert und beschlossen wurden.

Die Gesamtkommission tagte insgesamt sechsmal.[3] In der zweiten Plenumssitzung am 20. Februar 2003 fand ein „Hearing zur demografischen und ökonomischen Entwicklung“ statt.

Als externe Sachverständige waren zur Anhörung eingeladen:
Prof. Dr. Herwig Birg (Universität Bielefeld),
Dr. Jutta Gampe und Dr. Michaela Kreyenfeld (Max-Planck-Institut für demografische Forschung, Rostock),
Direktorin und Prof. Dr. Charlotte Höhn (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt),
Prof. Dr. Rainer Münz (Humboldt-Universität zu Berlin)
Prof. Dr. Josef Schmid (Universität Bamberg),
Dr. Michael Schlesinger (Prognos AG, Basel),
Dr. Erika Schulz (DIW Berlin),
Dr. Ulrich Walwei (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg),
Dr. Martin Werding (Ifo-Institut, München)

Ferner wurde in der 3. Sitzung der Arbeitsgruppe Krankenversicherung am 12. März 2003 eine Anhörung zur „Gesetzlichen Krankenversicherung – Finanzierung über pauschale Gesundheitsprämien“ durchgeführt. Als Sachverständige nahmen teil:
Prof. Dr. Eckhard Knappe (Universität Trier),
Prof. Dr. Robert E. Leu (Universität Bern),
Dr. Willy Oggier (selbständiger Gesundheitsökonom),
Dr. Hans Jürgen Ahrens
(Vorstand des AOK-Bundesverbandes)
Herbert Rebscher (Vorstand des VdAK)

2 Die Arbeitsgruppe Rentenversicherung tagte am 23. Januar, 14. Februar, 4. März, 12. März, 28. März, 24. April und 27. Mai 2003. Die Sitzungstermine der Arbeitsgruppe Krankenversicherung waren der 6. Februar, 21. Februar, 20. März, 9. April, 7. Mai, 28. Mai und 19. Juni 2003, die der Arbeitsgruppe Pflegeversicherung der 6. Februar, 20. März, 8. Mai, 28. Mai, 19. Juni und 20. Juni 2003. Die Arbeitsgruppe Querschnitt tagte am 23. Januar und 12. März 2003.
3 Die Sitzungstermine des Plenums waren der 13. Dezember 2002, 20. Februar, 7. Mai, 27. Juni, 21. Juli und 25. August 2003.

Beschlüsse der Kommission im Wortlaut

Gesamtkonzept zur Reform der staatlichen Alterssicherung

Keine Differenzierung der Anpassung nach der Rentenhöhe

Eine Differenzierung der jährlichen Rentenanpassung nach der Rentenhöhe wird abgelehnt. Damit würde die für das deutsche Rentensystem weitgehend verwirklichte Vorleistungsbezogenheit der Renten empfindlich gestört. Eine über die geringeren Anpassungen bewirkte Reduzierung der Leistungen für Bezieher überdurchschnittlicher Renten könnte zwar zur Stabilisierung des Beitragssatzes beitragen, dieser Effekt würde aber mit erheblichen Fehlanreizen als Folge des damit verbundenen Abbaus der Teilhabeäquivalenz einhergehen. Daher erscheint es äußerst zweifelhaft, ob auf diese Weise die Rentenversicherung auf eine nachhaltigere Grundlage gestellt werden kann. Eine dem Leistungsfähigkeitsprinzip entsprechende Verteilung der Finanzierungslasten sollte eher durch eine angemessene Rentenbesteuerung erfolgen. Hinzu kommt, dass sich hinter niedrigen Renten durchaus hohe Gesamtalterseinkommen verbergen können. Auch deshalb erscheint eine umfassende Einkommensbesteuerung der bessere Weg, um dem Leistungsfähigkeitsprinzip Geltung zu verschaffen.

Keine Differenzierung der Beiträge und/oder der Rentenhöhe in der Gesetzlichen Rentenversicherung nach der Kinderzahl

Die Kommission spricht sich gegen eine Differenzierung der Beiträge oder der Rentenhöhe nach der Kinderzahl aus. Vorschläge, die kinderzahlabhängige Beiträge oder Renten vorsehen, berücksichtigen nicht, dass der Familienlastenausgleich eine gesamtgesellschaftliche und damit aus Steuermitteln zu finanzierende Aufgabe ist. An dieser Aufgabe haben sich alle Bevölkerungsgruppen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit über das progressive staatliche Steuer- und Transfersystem zu beteiligen. Ein aus Beiträgen der Versicherten finanzierter Familienlastenausgleich würde demgegenüber die Bezieher höherer Einkommen begünstigen und die von niedrigen Einkommen belasten. Personen, die – wie Beamte, Richter, Abgeordnete oder Selbständige - keine Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung zahlen, wären ungerechtfertigt begünstigt. Nicht rentenversicherte Eltern wären bei Einführung kinderzahlabhängiger Beiträge bzw. Renten benachteiligt, weil sie keinen Ausgleich für ihre erziehungsbedingten Lasten und Leistungen erhielten, obwohl ihre Kinder mit der gleichen Wahrscheinlichkeit wie die Kinder von Rentenversicherten im Erwerbsleben Beitragszahler werden.

In der Rentenversicherung findet zudem bereits heute ein umfangreicher Familienlastenausgleich statt, der für Eltern zu höheren Rentenleistungen führt. Mittels einer Reihe von familienbezogenen Regelungen wird sichergestellt, dass Personen, die Kinder betreuen und erziehen, im Alter besser versorgt sind. Die familienbezogenen Leistungen werden ordnungspolitisch richtig aus Steuermitteln finanziert.

Ablehnung einer steuerfinanzierten Grundrente

Die Kommission lehnt einen Systemwechsel zur steuerfinanzierten Grundrente ab. Bei eingehender Analyse des Vorschlags, die staatliche Alterssicherung in Deutschland insgesamt auf eine steuerfinanzierte Grundrente umzustellen, zeigen sich weitreichende Probleme, denen keine nachvollziehbaren wirtschaftlichen Vorteile gegenüberstehen. Insbesondere wird das Prinzip der Beitragsäquivalenz aufgegeben. Von den zur Finanzierung erforderlichen Steuern dürften erhebliche verzerrende Effekte ausgehen. Die staatliche Alterssiche-

rung würde in das allgemeine Steuer- und Transfersystem eingegliedert; der verfassungsrechtliche Eigentumsschutz der Rentenanwartschaften und -ansprüche ginge verloren. Internationale Vergleiche zeigen zudem, dass sich faktisch kein Staat auf ein System zur Vermeidung von Altersarmut allein beschränkt. Im Übrigen gibt es zur Vermeidung von Altersarmut andere und insgesamt besser geeignete Möglichkeiten wie etwa die zum 1. Januar 2003 in Kraft getretene „bedarfsorientierte Grundsicherung“. Nicht zuletzt würde ein Wechsel der Systeme erhebliche Übergangsprobleme mit sich bringen.

Ablehnung des Vorschlags zur Einführung einer „Sockelrente“ (Ergänzung zum Beschluss „Ablehnung einer steuerfinanzierten Grundrente“)

Der aktuelle Vorschlag zur Einführung einer „Sockelrente“ sieht vor, dass alle Steuerpflichtigen nach Vollendung ihres 65. Lebensjahres eine einheitliche Mindestrente von 410 € pro Monat erhalten, die auf die gesetzliche Rente und die Beamtenpensionen angerechnet werden soll. Die Finanzierung dieser „Sockelrente“ soll über eine gesonderte einkommensproportionale Abgabe auf das gesamte Einkommen aller Bürger erfolgen. Die Kommission lehnt eine solche „Sockelrente“ ebenso ab wie den Vorschlag einer steuerfinanzierten Grundrente. In der „Sockelrente“ ist ein erster Schritt zu einem Grundrentensystems zu sehen.

Stabilisierung des Beitragssatzes durch die Schwankungsreserve

Die Kommission spricht sich dafür aus, die Schwankungsreserve der Gesetzlichen Rentenversicherung wieder anzuheben, sofern dies bei einer Belebung der konjunkturellen Entwicklung ohne Beitragssatzerhöhung möglich ist. Bei dem derzeitigen abgesenkten Zielwert der Schwankungsreserve (0,5 bis 0,7 Monatsausgaben) ist die unterjährige Liquidität der Rentenversicherung noch gesichert; die finanziellen Risiken der Gesetzlichen Rentenversicherung sind aber deutlich gestiegen. Eine kurzfristige Aufhebung dieses Zielwertes würde eine Anhebung des Beitragssatzes nach sich ziehen; dies ist in der aktuellen konjunkturellen Situation nicht ratsam. Sinnvoll wäre allerdings, bei einer konjunkturellen Belebung den Zielwert der Schwankungsreserve – ohne Anhebung des Beitragssatzes – wieder in einen höheren, nachhaltig ausreichenden Korridor anzuheben.

Keine Differenzierung des abschlagsfreien Rentenzugangsalters nach der Anzahl der Beitragsjahre

Teil 1

Die Kommission ist der Auffassung, dass Arbeitnehmer, die in Bereichen, in denen körperlich schwer gearbeitet wird, einem außergewöhnlichen körperlichen Verschleiß unterliegen, eine besondere Unterstützung der Gesellschaft verdienen. In der Gesetzlichen Rentenversicherung kann ein entsprechender Ausgleich über die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erfolgen.

Teil 2

Abgelehnt werden dagegen Vorschläge, den körperlichen Verschleiß aufgrund langjähriger belastender Tätigkeit dadurch zu berücksichtigen, dass Versicherte nach einer bestimmten Anzahl von Versicherungsjahren (z. B. 45) vorzeitig in Rente gehen können, ohne Abschläge hinnehmen zu müssen. Ein derartiger Ansatz ist mit dem Versicherungsprinzip und dem Prinzip der Teilhabeäquivalenz nicht zu vereinbaren. Eine vorzeitig gezahlte Rente ohne Abschläge erhöht wegen ihrer längeren Laufzeit den Barwert der Leistungen zu Lasten der Solidargemeinschaft. In einem System mit tendenziell steigenden Beitragssätzen werden ohnehin diejenigen, die möglichst früh mit ihrer Beitragsentrichtung beginnen, im Vergleich zu denjenigen begünstigt, die erst später beitragspflichtig werden, dann aber pro Jahr höhere Beiträge leisten. Hinzu kommt, dass wegen der vorausgesetzten langen Versicherungsdauer der abgelehnte Vorschlag unter den gegebenen Bedingungen insbesondere Frauen benachteiligen würde.

Der Vorschlag lässt sich auch nicht mit dem Argument rechtfertigen, dass Versicherte mit langjähriger Versicherungsbiografie eine niedrigere Lebenserwartung und damit eine kürzere Rentenlaufzeit hätten. Ein solches Argument ist nicht vereinbar mit einem kollektiven, allgemeinen branchenübergreifenden Versicherungssystem. Eine Aufgabe des Prinzips der Nichtdifferenzierung würde eine Vielzahl von anderen Unterscheidungsmöglichkeiten auf die Tagesordnung der Rentenpolitik setzen. So könnte auch für nach anderen Merkmalen, wie z. B. dem Bildungsstand, isolierte Personenkreise eine signifikant unterdurchschnittliche Lebenserwartung nachgewiesen werden. Dies gilt letztlich für alle Männer, so dass Frauen aufgrund ihrer durchschnittlich höheren Lebenserwartung entsprechend höhere Abschläge in Kauf nehmen müssten.

Keine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkommen

Eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage der Gesetzlichen Rentenversicherung um weitere Einkommensarten wird von der Kommission unter dem Gesichtspunkt der finanziellen Nachhaltigkeit abgelehnt. Eine solche Maßnahme erzielt nur vorübergehend eine dämpfende Wirkung auf die Beitragssatzentwicklung. Langfristig kann sie sogar zu höheren Beitragssätzen führen. Auf jeden Fall wird die von künftigen Generationen zu tragende Beitragslast erhöht. Dies erscheint angesichts der absehbaren demografischen Veränderungen im Interesse einer Erhöhung der Nachhaltigkeit nicht angezeigt.

Eine Ausweitung der zukünftigen Beitragslast wäre nur dann zu vermeiden, wenn den zusätzlichen Beiträgen keine entsprechenden Leistungen gegenübergestellt würden. In diesem Fall würde aber das gerade unter Anreizgesichtspunkten zentrale Prinzip der weitgehenden Entsprechung von Beiträgen und Renten (Äquivalenzprinzip) verletzt werden.

Darüber hinaus würde die Einbeziehung von z. B. Zins- und Mieteinkommen nur die Bezieher von Lohneinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrundlage treffen, während Bezieher höherer Arbeitseinkommen ihre sonstigen Einkünfte weiterhin beitragsfrei beziehen könnten.

Keine Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf Beamte, Selbständige und geringfügige Beschäftigungen („Mini-Jobs“)

Die Kommission hält eine Einbeziehung weiterer Personenkreise in die Gesetzliche Rentenversicherung für keinen geeigneten Weg, um die Finanzierung der sozialen Sicherung auf eine nachhaltigere Grundlage zu stellen. Eine Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf Beamte, Selbständige und geringfügig Beschäftigte wird deshalb abgelehnt.

Der Kommission ist bewusst, dass es unter dem Gesichtspunkt der sozialen Nachhaltigkeit durchaus gute Gründe für eine Ausdehnung der Versichertengemeinschaft auf weitere Gruppen von Erwerbstätigen gibt. So spricht das Argument einer möglichst gleichmäßigen Lastenverteilung für eine Einbeziehung aller Personen im erwerbsfähigen Alter in die Gesetzliche Rentenversicherung. Auch eine Verbesserung der sozialen Absicherung von als schutzbedürftig anzusehenden Personen kann eine derartige Maßnahme sinnvoll erscheinen lassen. Unter dem Aspekt der finanziellen Nachhaltigkeit, dem die Kommission ihrem Auftrag gemäß entscheidende Bedeutung beizumessen hat, ist die Ausweitung des Versichertenkreises auf weitere Personengruppen aber abzulehnen. Die aus der demografischen Entwicklung für die Gesetzliche Rentenversicherung resultierenden finanziellen Belastungen künftiger Generationen würden nicht vermindert, sondern vergrößert. Nur solange den zusätzlichen Beiträgen noch keine ent-

sprechenden Rentenausgaben gegenüberstehen, könnte der Beitragssatz gesenkt werden. Langfristig – und gerade dann, wenn die demografische Belastung ihren Höhepunkt erreichen wird – würde unter günstigen Umständen allenfalls kein höherer Beitragssatz zu erwarten sein. Auf jeden Fall wird aber die zukünftig insgesamt zu tragende finanzielle Belastung aufgrund der zusätzlichen Rentenansprüche steigen.

Darüber hinaus ist zu den verschiedenen Personenkreisen, deren Einbeziehung in die Rentenversicherungspflicht immer wieder gefordert wird, Folgendes anzumerken:

(1) Beamte
Einer sofortigen Rentenversicherungspflicht der Beamten steht zunächst das im Grundgesetz verankerte Alimentationsprinzip entgegen. Eine Ausweitung der Rentenversicherungspflicht auf Beamte wäre ohne Änderung des Grundgesetzes nicht möglich.

Ungeachtet dessen ist zu beachten, dass die Altersversorgung der Beamten bereits heute aus den laufenden Staatseinnahmen finanziert wird. Eine Übertragung auf die Rentenversicherung hätte somit zwar keine Ausweitung des umlagefinanzierten Teils der Alterssicherung insgesamt zur Folge. Aber eine vorübergehende Entlastung der Rentenfinanzen ist nur auf Kosten der Haushalte der Gebietskörperschaften und/oder der Beamten selbst möglich. Sie müssten die neuen Beiträge zur Rentenversicherung zahlen, während die bislang erworbenen Pensionsanwartschaften und -ansprüche noch aus Steuermitteln finanziert würden. Es ist deshalb absehbar, dass ein politischer Druck in Richtung Gesetzliche Rentenversicherung entstehen würde, auch den Bestand an Ruhestandsbeamten zu übernehmen und die Pensionslasten zu tragen.

Eine Alternative könnte darin bestehen, die Verbeamtungen generell auf ein Minimum zu reduzieren und damit den Anteil versicherungspflichtiger Arbeiter und Angestellter im öffentlichen Dienst zu erhöhen. Damit könnte aber nur ein ganz allmählich einsetzender, mittelfristig wirksamer beitragssatzsenkender Effekt erzielt werden. An den langfristig negativen Konsequenzen ändert sich aber auch bei einer derart graduellen Ausweitung des rentenversicherungspflichtigen Personenkreises nichts.

Unabhängig von den Bedenken gegenüber der Einbeziehung von Beamten in die Gesetzliche Rentenversicherung spricht sich die Kommission dafür aus, Leistungseinschränkungen für die gesetzlich Rentenversicherten – soweit nicht grundlegende Unterschiede zwischen beiden Alterssicherungssystemen entgegenstehen – wirkungsgleich auf die Altersversorgung der Beamten zu übertragen. Dies ist insbesondere auch aus Akzeptanzgründen erforderlich.

(2) Selbständige
Im Hinblick auf die weitgehende Versicherungsfreiheit von Selbständigen ist zu bedenken, dass sich dieser Teil der Erwerbstätigen nicht im gleichen Ausmaß wie die Rentenversicherten an der Finanzierung des sozialen Ausgleichs innerhalb der Gesetzlichen Rentenversicherung beteiligt. Allerdings sind sie auch nicht an den damit verbundenen Vergünstigungen beteiligt. Insofern sieht die Kommission hier keinen unmittelbaren Handlungsbedarf. Wenn die weitere Entwicklung jedoch zeigen sollte, dass der Trend zum Wechsel von der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in die Selbständigkeit weiter zunimmt, wäre aufgrund der damit verbundenen Finanzierungsprobleme der Rentenversicherung neu über eine Einbeziehung dieses Personenkreises in die Gesetzliche Rentenversicherung zu diskutieren.

Eine besondere Situation besteht im Hinblick auf die bereits vorhandenen obligatorischen Alterssicherungssysteme in Form der berufsständischen Versorgungswerke. Ihnen den Nachwuchs abzuschneiden könnte mit verfassungsrechtlichen Risiken behaftet sein.

Wenn hingegen ein Schutzbedürfnis der nicht obligatorisch abgesicherten Selbständigen

gesehen wird, kann an dieser Stelle offen bleiben, ob dem durch eine Ausweitung der Rentenversicherungspflicht oder auf anderem Wege, z. B. durch eine Vorsorgepflicht außerhalb der Gesetzlichen Rentenversicherung, Rechnung getragen werden soll.

(3) Geringfügig Beschäftigte
Es ist der Kommission bekannt, dass die gegenwärtige rentenrechtliche Sonderbehandlung der geringfügig Beschäftigten unter ökonomischen und sozialpolitischen Gesichtspunkten nicht unumstritten ist. Zum 1. April 2003 treten jedoch Neuregelungen zur geringfügigen Beschäftigung in Kraft, die auf Vorschläge der „Hartz-Kommission" zurückgehen. Die Auswirkungen dieser Neuregelungen sollten unverzüglich durch unabhängige Analysen evaluiert werden.

Künftige Rentenanpassung anhand der Entwicklung der versicherungspflichtigen Einkommen

Nach der aktuellen Rentenanpassungsformel werden die Renten jeweils zum 1. Juli eines Jahres entsprechend der vorjährigen Steigerungsrate der - um die Rentenversicherungsbeiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) sowie einen unterstellten privaten „Altersvorsorgeanteil" gekürzten – durchschnittlichen Bruttoentgelte der Arbeitnehmer angepasst. Die Bruttoentgelte der Arbeitnehmer werden aus den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) entnommen. Sie umfassen nicht nur die versicherungspflichtigen Einkommen der Rentenversicherten, sondern auch die Entgelte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze sowie die nicht versicherungspflichtiger abhängig Beschäftigter, insbesondere der Beamten. Alle Entgelte fließen in die Durchschnittsberechnung ein.

Die durchschnittlichen Bruttoentgelte unterliegen damit zahlreichen Einflussfaktoren, die eine abweichende Entwicklung von der eigentlichen Beitragsbemessungsgrundlage in der Gesetzlichen Rentenversicherung ermöglichen. Besonders auffällige Abweichungen zwischen der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter und den versicherungspflichtigen Entgelten traten im Jahr 2002 zu Tage. Während erstere um 0,8 % stiegen, wuchsen letztere nur um 0,2 %. Hierzu dürfte auch beigetragen haben, dass mit dem Altersvermögensgesetz im Jahr 2002 die sozialabgabenfreie Entgeltumwandlung erheblich ausgeweitet worden ist. Zu den schwachen Beitragseinnahmen angesichts der konjunkturell angespannten Lage kommt somit noch erschwerend hinzu, dass die Rentenanpassung zur Mitte dieses Jahres kräftiger ausfällt, als es von der Entwicklung der versicherungspflichtigen Entgelte her gerechtfertigt wäre. Die Konsequenz ist ein zusätzlicher Druck zur Anhebung des Beitragssatzes.

Um derartige Probleme in Zukunft auszuschließen, spricht sich die Kommission dafür aus, künftig die Entwicklung der versicherungspflichtigen Bemessungsgrundlagen der Rentenanpassung zu Grunde zu legen.

Anhebung der Altersgrenzen

Die Regelaltersgrenze sollte ab dem Jahr 2011 stufenweise von 65 auf 67 Jahre angehoben werden. Für den Geburtsjahrgang 1946 beträgt die Regelaltersgrenze 65 Jahre und einen Monat. Für jeden weiteren Geburtsjahrgang erfolgt eine Anhebung um einen Monat. Die neue Regelaltersgrenze von 67 Jahren gilt für die Geburtsjahrgänge 1969 und jünger.

Die Möglichkeiten eines vorgezogenen Rentenbezugs bleiben erhalten; sie werden jedoch parallel zur Anhebung der Regelaltersgrenze verschoben. Die Einzelheiten sind in der als Anlage beigefügten tabellarischen Übersicht aufgeführt. Die bestehenden Vertrauensschutzregelungen werden fortgeführt. Bei der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit

oder nach Altersteilzeitarbeit und bei der Altersrente für Frauen sind in ausreichendem Umfang Vertrauensschutzregelungen für diejenigen Versicherten zu schaffen, die im Vertrauen auf das bislang geltende Recht verbindliche Dispositionen über ihr Beschäftigungsverhältnis getroffen haben.

Die rechtlichen Regelungen innerhalb und außerhalb des Rentenrechts, die unmittelbar oder mittelbar an die Regelaltersgrenze oder die übrigen Altersgrenzen anknüpfen, sind anzupassen. Im Bereich des Rentenrechts gilt dies insbesondere für die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, um zusätzlichen Ausweichtendenzen von den Renten wegen Alters zu den Erwerbsminderungsrenten entgegenzuwirken.

Unverzichtbare Voraussetzung für eine Anhebung der Altersgrenze ist das Vorhandensein von Rahmenbedingungen, die eine Beschäftigung älterer Arbeitnehmer ermöglichen. Hierzu gehört namentlich die Arbeitsmarktsituation. Der Gesetzgeber muss die entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen schaffen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer müssen diesen Rahmen ausfüllen. Die Bundesregierung muss prüfen, ob die Rahmenbedingungen sich tatsächlich im erforderlichen Maß ändern. Das Ergebnis dieser Prüfung ist ab dem Jahr 2008 im jährlichen Rentenversicherungsbericht detailliert darzustellen.

Modifikation der Rentenanpassungsformel zur Begrenzung des Beitragssatzanstiegs

Die mittel- und langfristige sozio-demografische Entwicklung führt zu Konflikten zwischen den Zielen eines gemäßigten Beitragssatzanstiegs und eines stabilen Rentenniveaus. Eine nachhaltige Finanzierung der Rentenversicherung setzt insbesondere eine Festigung der Finanzierungsgrundlagen, d.h. eines hohen Beschäftigungsgrades voraus. Die Begrenzung des Beitragssatzanstiegs ist hierfür eine wichtige Voraussetzung. Sie fördert zudem die Generationengerechtigkeit.

Vor diesem Hintergrund spricht sich die Kommission für eine Modifikation der Rentenanpassungsformel aus, durch die die jährlichen Rentensteigerungen leicht gedämpft werden, um die durch die in der Rentenreform 2001 vorgegebenen Beitragssatzziele aufrechterhalten zu können. Die Kommission empfiehlt daher einen „Nachhaltigkeitsfaktor“, über den bei der Bestimmung der Anpassungssätze die Entwicklung der Relation von Rentnern zu Beitragszahlern berücksichtigt wird. Neben der Erfüllung des Beitragssatzziels wird bei der Modifikation der Rentenanpassungsformel darauf geachtet, dass das Versorgungsniveau der zukünftigen Rentnergenerationen unter Berücksichtigung der Leistungen aus der Gesetzlichen Rentenversicherung und der staatlich geförderten Zusatzvorsorge in der langen Frist nicht wesentlich unter das heutige Versorgungsniveau sinkt.

Anhebung der Altersgrenzen – Flankierende Massnahmen –

Die von der Kommission vorgeschlagene Anhebung der Altersgrenzen in der Gesetzlichen Rentenversicherung um zwei Jahre soll zwar im Wesentlichen erst im Jahr 2011 beginnen und im Jahr 2035 abgeschlossen sein. Bis dahin wird nicht zuletzt aufgrund der bereits in Kraft gesetzten und derzeit in der Diskussion stehenden arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen (Hartz, Agenda 2010) mit einer deutlichen Verbesserung der Arbeitsmarktlage gerechnet. Die Kommission ist der Überzeugung, dass dennoch flankierende Regelungen konzipiert werden müssen. Dabei handelt es sich zum einen um eine generelle Verbesserung der Beschäftigungsmöglichkeiten älterer Arbeitnehmer und zum Zweiten um Lösungen für mögliche Härtefälle, die sich insbesondere aufgrund der derzeitigen Arbeitsmarktsituation ergeben können. Schließlich sind Regelungen geboten, die den absehbaren zusätzlichen Ausweichtendenzen in die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ebenso entgegenwirken wie gleichermaßen einer möglichen Rückführung des relativen Leistungsniveaus.

Ausweichtendenzen in die Erwerbsminderungsrenten soll dadurch entgegengewirkt werden, dass die Berechnung der Abschläge bei diesen Renten an die Altersgrenzenanhebung angepasst wird. Der Bezugszeitpunkt für die Bemessung der Abschläge wird stufenweise von 63 auf 65 Jahre angehoben. Um das relative Leistungsniveau zu wahren, wird die maximale Abschlagshöhe aber wie bisher auf 10,8 % begrenzt.

Die Kommission ist sich bewusst, dass diese Maßnahme möglicherweise nicht ausreichen wird, um den zusätzlichen Druck auf die Erwerbsminderungsrenten abzufangen. Ursache hierfür ist insbesondere die von der Rechtsprechung begründete so genannte konkrete Betrachtungsweise: Versicherte, deren Leistungsvermögen auf drei bis unter sechs Stunden gesunken ist, erhalten – anstelle einer halben – eine volle Rente wegen Erwerbsminderung, wenn sie keinen entsprechenden Teilzeitarbeitsplatz finden.

Mit diesen so genannten Arbeitsmarktrenten sichert die Gesetzliche Rentenversicherung in großem Umfang das Arbeitsmarktrisiko älterer Arbeitnehmer ab. Sie erbringt damit eine Leistung außerhalb ihres originären Risikobereichs, deren Aufwendungen von der Bundesanstalt für Arbeit nur unzureichend erstattet werden. Grundsätzlich befürwortet es die Kommission deshalb, bei der Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten eine abstrakte Betrachtungsweise zu Grunde zu legen, die allein auf medizinische Aspekte abstellt.

Angesichts der aktuellen Arbeitsmarktsituation ist es jedoch sozialpolitisch kaum vertretbar, kurzfristig auf die Gewährung von Arbeitsmarktrenten zu verzichten. Bei einer verbesserten Lage auf dem Arbeitsmarkt wird dies aber erneut zu prüfen sein. Bei dieser Prüfung ist dann allerdings zu berücksichtigen, inwieweit auch für ältere Versicherte mit einem Leistungsvermögen von weniger als sechs Stunden Möglichkeiten bestehen, bis zum Erreichen der – dann angehobenen – Altersgrenzen einer Teilzeittätigkeit nachzugehen. Wenn diese Möglichkeiten nicht in ausreichendem Umfang gegeben sind, muss eine weitere Anwendung der konkreten Betrachtungsweise in Erwägung gezogen werden. Sachgerechter und ordnungspolitisch korrekt wäre es allerdings, derartige Härtefälle in der Arbeitslosenversicherung aufzufangen. Langfristig ist diese Lösung daher anzustreben.

Versicherte, die auf eine sehr lange und belastende Erwerbstätigkeit zurückblicken, ohne jedoch erwerbsgemindert zu sein, stellen nach Auffassung der Kommission zwar keine Härtefälle im vorgenannten Sinn dar. Die Kommission hält es jedoch für gerechtfertigt, diesen Versicherten, die der Solidargemeinschaft überdurchschnittlich lange als Beitragszahler angehört haben, einen früheren Zugang in die Altersrente zu ermöglichen.

Da sich der Begriff der „belastenden Tätigkeit“ nicht mit der notwendigen Eindeutigkeit definieren und auch nicht in Form eines Kataloges erfassen lässt, sollte pauschal auf die Dauer der versicherten Erwerbstätigkeit abgestellt werden. Die Möglichkeit eines um bis zu fünf Jahre vorgezogenen Rentenbezugs könnte daher Versicherten eröffnet werden, die 45 Jahre mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben. Zeiten der Kindererziehung bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes zählen zu diesen Zeiten.

Die Abschläge für den vorzeitigen Bezug dieser neu zu konzipierenden „Altersrente für besonders langjährig Versicherte“ sind nach geltenden Grundsätzen zu berechnen. Damit wird sichergestellt, dass der Versichertengemeinschaft und den Beitragszahlern – abgesehen von Vorfinanzierungskosten – keine zusätzlichen finanziellen Belastungen entste-

hen. Nach Abschluss der Altersgrenzenanhebung auf 67 Jahre betragen die Abschläge bei frühestmöglicher Inanspruchnahme der neuen Altersrente mit Vollendung des 62. Lebensjahrs 18 %. Für die übrigen Versicherten ist ein vorzeitiger Bezug selbst unter Inkaufnahme von Abschlägen grundsätzlich nicht vor Vollendung des 64. Lebensjahrs möglich. Lediglich schwerbehinderte Menschen können ab Vollendung des 62. Lebensjahrs eine Rente mit Abschlägen beziehen.

Da die Abschläge den verlängerten Rentenbezug ausgleichen, könnte auch eine generelle Ausweitung der Möglichkeit, fünf Jahre vorzeitig eine Altersrente zu beanspruchen, in Betracht gezogen werden. Andererseits kommt es für eine Steigerung der Erwerbsbeteiligung Älterer entscheidend darauf an, dass das „Zeitfenster", in dem die Inanspruchnahme einer vorzeitigen Altersrente möglich ist, nicht zu tief angesetzt wird. Zudem erfassen die derzeitigen Abschläge nicht die Kosten, die ein früherer Renteneintritt in den anderen Zweigen der Sozialversicherung und der Produktivkraft der Gesamtwirtschaft verursacht.

Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Rentenversicherung

Die Kommission stellt fest, dass der Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Rentenversicherung in den letzten Jahren eine erhebliche Ausweitung erfahren hat. Die Erziehung von Kindern wird im Leistungsrecht der Rentenversicherung in verschiedener Weise berücksichtigt. Aufgrund dieser Maßnahmen werden sich die durch Kindererziehung bedingten Nachteile in der Altersversorgung der künftigen Zugangsrentnerinnen und -rentner deutlich verringern.

Die kindbezogenen Leistungen, die im Rentenrecht bereits enthalten sind, können als indirekte Entlastung auf der Beitragsseite verstanden werden. Vor diesem Hintergrund ist auch das Pflegeversicherungsurteil des Bundesverfassungsgerichts vom April 2001 einzuordnen, das in der Sozialen Pflegeversicherung eine Berücksichtigung von Kindererziehung auf der Beitragsseite verlangt. Eine besondere Berücksichtigung der Kindererziehung auf der Beitragsseite der Rentenversicherung wurde im Übrigen von der Kommission bereits abgelehnt.

Ob ein weiterer Ausbau der kindbezogenen Leistungen im Rentenrecht sinnvoll oder sogar geboten ist, wird sich zeigen, wenn sich die bereits umgesetzten, aber vielfach zukunftsgerichteten Neuregelungen konkret in der Alterssicherung insbesondere von Frauen niederschlagen werden. Vor allem ist zu untersuchen, ob eine Ausweitung des Familienlastenausgleichs im Rentenrecht geeignet ist, den Ausbau der eigenständigen Alterssicherung von Frauen zu verbessern. Von einer Ausweitung des Familienlastenausgleichs sollten aber keine Anreize zum Verzicht auf eine Erwerbsbeteiligung aus Sicht der Frauen ausgehen.

Hinterbliebenenversorgung in der Gesetzlichen Rentenversicherung

Fast ein Fünftel der Rentenzahlungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung entfällt auf Renten wegen Todes. Angesichts dieses erheblichen finanziellen Volumens hat die Kommission eingehend geprüft, ob im Bereich der Hinterbliebenenrenten zurzeit Reformbedarf besteht oder ob sich im Hinblick auf die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Rentenversicherung Handlungsoptionen bieten. Hierbei hat die Kommission auch das sozialpolitische Ziel vor Augen gehabt, die abgeleitete Witwenrente langfristig durch den Ausbau der eigenständigen Alterssicherung von Frauen entbehrlich zu machen.

Der Bereich der Hinterbliebenenversorgung in der Gesetzlichen Rentenversicherung ist mit der Rentenreform 2001 grundlegend neu geordnet und an die geänderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen angepasst worden.

Mit der Ausweitung der Einkommensanrechnung auf Vermögenseinkünfte ist der Bedarfs-

gesichtspunkt prägendes Merkmal der Hinterbliebenenrenten geworden und die Witwenrente wird in dem Maß an Bedeutung verlieren, in dem die eigenständige Alterssicherung von Frauen zunimmt. Durch Absenkung des allgemeinen Versorgungssatzes bei gleichzeitiger Einführung eines kinderzahlabhängigen Zuschlags werden die Witwen- bzw. Witwerrenten zielgenauer auf Personen ausgerichtet, die Kinder erzogen haben.

Mit der Möglichkeit des Rentensplittings wird Ehepaaren außerdem die Möglichkeit eingeräumt, anstelle einer Hinterbliebenenversorgung eine Teilung der in der Ehezeit gemeinsam erworbenen Rentenanwartschaften durchzuführen. Der Ausgleichberechtigte erhält zusätzliche eigenständige Anwartschaften, die im Gegensatz zu Witwen- bzw. Witwerrenten nicht der Einkommensanrechnung unterliegen und auch bei Wiederheirat nicht entfallen. Schließlich sind mit der Befristung der so genannten kleinen Witwen- bzw. Witwerrente und dem Ausschluss der Witwen- bzw. Witwerrente bei Versorgungsehen bislang bestehende Fehlanreize deutlich reduziert worden.

Deregulierung der staatlich geförderten zusätzlichen Altersvorsorge

Die Kommission weist auf die Notwendigkeit hin, den Verbreitungsgrad der zusätzlichen Altersvorsorge zu steigern. In Anbetracht der absehbaren demografischen Veränderungen wird die private Altersvorsorge zunehmend an Bedeutung gewinnen. Vor diesem Hintergrund schlägt die Kommission folgende Maßnahmen vor:

Ausweitung des förderberechtigten Personenkreises

Die Kommission befürwortet die Einführung einer alle Steuerpflichtigen umfassenden Förderberechtigung, d.h. eine Ausweitung der Förderberechtigung auf alle Steuerpflichtigen. Um den Verwaltungsaufwand zu reduzieren und dennoch das Ziel der Ausweitung der privaten Altersvorsorge weiter zu verfolgen, sollte der Mindesteigenbeitrag pauschalisiert werden. Damit wäre auch eine Lösung für die Personen gefunden, die kein sozialversicherungspflichtiges Einkommen beziehen.

Dynamisierung der Höchstbeiträge

Eine Dynamisierung der Höchstbeiträge in Form einer Ankoppelung an die Beitragsbemessungsgrenze ist erforderlich, um das Förderungsniveau der Riester-Rente auch langfristig aufrecht erhalten zu können. Eine sofortige Anhebung der förderfähigen Höchstbeiträge nach § 10a EStG auf 4 % der Beitragsbemessungsgrenze und somit auf den Höchstwert für die Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge ist unter dem Aspekt der Wettbewerbsgleichheit der Durchführungswege zu begrüßen.

Transparenz erhöhen

Es erscheint zweifelhaft, ob die bestehenden Informationspflichten des Anbieters von Riester-Renten ausreichen, um dem Einzelnen die für seine Entscheidung erforderliche Klarheit über die Kosten und Leistungen des jeweiligen Vertrages zu liefern. Die Kommission schlägt daher vor, für alle Anbieter einheitliche Transparenzvorschriften zu entwickeln, die durch standardisierte Informationen mehr Kosten- und Leistungstransparenz ermöglichen (Garantieleistungen und Renditeerwartungen unter Berücksichtigung der Abschluss-, Vertriebs- und Verwaltungskosten, Rückkaufwerte bei Kündigung). Die Transparenzvorschriften müssen sich auch auf die regelmäßig zu gebenden Informationen nach Vertragsabschluss über die Höhe des Kapitalstocks und die Höhe der Rente unter standardisierten Renditeerwartungen erstrecken. Im Übrigen sollten diese

Renteninformationen mit denen der Gesetzlichen Rentenversicherung so abgestimmt werden, dass der bzw. die Einzelne eine möglichst klare Vorstellung von seiner bzw. ihrer Gesamtversorgung im Alter erhält.

Vereinfachung des Zulagenverfahrens

Das Zulagenverfahren im Rahmen der Riester-Rente hat sich insbesondere hinsichtlich der Regelungen zum Zulagenverfahren und zur nachträglichen Günstigerprüfung (Zulage vs. Sonderausgabenabzug) als äußerst aufwendig und intransparent erwiesen. Die Kommission schlägt daher vor, die Zulage künftig erst nachträglich durch das Finanzamt erstatten zu lassen. Im Rahmen der Einkommensteuererklärung kann dabei gleichzeitig die Günstigerprüfung vorgenommen werden. Die Vorfinanzierung der Zulage durch die Sparer erscheint im Übrigen auch sozialpolitisch vertretbar, da sie wirtschaftlich betrachtet nur einmal zu Beginn der Vertragslaufzeit erfolgen müsste. Darüber hinaus sollten Grund- und Kinderzulagen unter Wegfall der besonderen Zulage für Ehepartner vereinheitlicht werden. Der Sockelbetrag würde mit einer Pauschalierung des Mindesteigenbeitrags hinfällig.

Kompensation für die Abschaffung des § 40b EStG

Die Sachverständigenkommission zur Neuordnung der steuerrechtlichen Behandlung von Altersvorsorgeaufwendungen und Altersbezügen hat vorgeschlagen, die verschiedenen Durchführungswege im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge steuerlich gleich zu behandeln. Aus diesem Grunde wurde die Abschaffung der Pauschalbesteuerung nach § 40b EStG gefordert. Damit würde allerdings der Förderrahmen für die betriebliche Altersvorsorge insgesamt eingeschränkt. Die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme schlägt deshalb vor, die aus steuersystematischen Gründen gebotene Abschaffung des § 40b EStG mit einer Ausweitung der Möglichkeiten zur steuer- und beitragsfreien Entgeltumwandlung im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG zu verknüpfen.

Verbesserung der statistischen Informationen

Grundsätzlich erscheinen die verfügbaren statistischen Informationen zur Inanspruchnahme der neuen Möglichkeiten zur geförderten zusätzlichen Altersvorsorge verbesserungsbedürftig. Dabei geht es in erster Linie um Erkenntnisse hinsichtlich des Umfangs und der sozialen Schichtung der privaten und betrieblichen Altersvorsorge. Ganz generell sollte der Staat seinen Steuerzahlern gegenüber verpflichtet sein, Rechenschaft über die Wirksamkeit von Subventionen und Transfers abzugeben. Hierzu sollten die derzeit unzureichenden statistischen Informationen über die zweite und dritte Säule in der Alterssicherung in Anlehnung an die Statistiken zur Gesetzlichen Rentenversicherung verbessert werden.

Konzeptionelle Alternativen zur lohnzentrierten Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die derzeitige ausschließlich lohnzentrierte Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist aufgrund der Veränderungen in den sozio-demografischen Rahmenbedingungen und aufgrund der im medizinisch-technischen Fortschritt begründeten Ausgabendynamik nicht mehr nachhaltig.

Diese Ausgabendynamik übt einen Druck auf die Beitragssätze aus. Aufgrund der heutigen Beitragserhebung wirkt dieser in doppelter Weise wachstumshemmend, nämlich sowohl gesamtwirtschaftlich als auch bezogen auf die Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Ein sinkender Anteil der beitragspflichtigen Einkommen am Bruttosozialprodukt als Folge der hohen Arbeitslosigkeit, eines wachsenden Anteils von Rentnern, Leistungsrücknahmen bei den Renten und einer Verschiebung von gesamtgesellschaftlichen Lasten auf die Gesetzliche Krankenversicherung („Verschiebebahn-

höfe“) erhöhen die Lohnzusatzkosten immer stärker – mit nachteiligen Konsequenzen für Beschäftigung und Wachstum. Eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik ist keine ausreichende Antwort auf die in einer alternden Gesellschaft gegebenen Chancen eines nach Maßgabe der Präferenzen der Versicherten wachsenden Gesundheitsmarktes.

Zusätzlich ist die ausschließlich lohnzentrierte Finanzierung in hohem Maße konjunkturreagibel. In konjunkturell schwächeren Zeiten steigt die Bemessungsgrundlage weniger stark und eine Anhebung der Beitragssätze wird erforderlich, um die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren. Die steigenden Beitragssätze wiederum wirken sich negativ auf Wachstum und Beschäftigung aus.

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung kann nur durch grundlegende Reformen nachhaltig gesichert werden. Ausgabenseitige Strukturreformen sind vorrangig erforderlich. Sie sollten explizite Anreizmechanismen für ein wirtschaftliches Verhalten aller Akteure enthalten. Dazu gehört auch die Prävention und Rehabilitation sowie die Erhöhung der Patientensouveränität. Die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven ist jedoch keine nachhaltige Finanzierungsquelle. In der Kommission sind zwei konzeptionelle Alternativen entwickelt worden, um dauerhaft eine ergiebige und beschäftigungsfreundliche Finanzierung sicherzustellen:

- Eine die gesamte Bevölkerung umfassende Bürgerversicherung, welche von allen Bürgern in Orientierung am Leistungsfähigkeitsprinzip über einkommensabhängige Beiträge zu finanzieren ist, wobei das Ziel der personellen Einkommensumverteilung integrierter Bestandteil des Systems bleibt.

- Das Modell pauschaler Gesundheitsprämien, das sich am Prinzip der Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung orientiert sowie die personelle Einkommensumverteilung aus dem Gesundheitsbereich ausgegliedert und sie dem Steuer-Transfer-System zuweist.

Die Bürgerversicherung zielt bei der Finanzierung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf eine umfassendere Verwirklichung des Prinzips der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Einzelnen und auf eine integrierte personelle Einkommensumverteilung ab. Der Versichertenkreis und die Beitragsgrundlagen werden auf alle Bürger und alle Einkunftsarten ausgeweitet, die Versicherungspflichtgrenze wird abgeschafft und die Beitragsbemessungsgrenze angehoben, die Beiträge bleiben einkommensabhängig und der personelle Einkommensausgleich verbleibt innerhalb des beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystems. Für die lohnabhängigen Beitragsteile bleibt es bei der paritätischen Finanzierung. Langfristiges Ziel ist, dass die Gesetzlichen Krankenkassen als Vollversicherung das medizinisch Notwendige absichern und die privaten Krankenversicherungen mögliche Zusatzversicherungen für Leistungen, die nicht medizinisch notwendig sind, anbieten.

Das Gesundheitsprämienkonzept orientiert sich am Äquivalenzprinzip und zielt auf eine völlige Herausnahme der Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherung aus den Lohnzusatzkosten. Damit führen Prämiensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr automatisch zu einer Verteuerung des Faktors Arbeit. Das Gesundheitsprämienkonzept geht davon aus, dass der soziale Ausgleich mit einer höheren Zielgenauigkeit im staatlichen Steuer- und Transfersystem realisiert werden kann. Angesichts der zukünftigen demografischen Herausforderungen sollen die PKVen als kapitalgedeckte Krankenvollversicherungen erhalten bleiben, aber einem deutlich schärferen Wettbewerb sowohl innerhalb ihres Segmentes als auch nach Möglichkeit zwischen den Systemen ausgesetzt werden.

Langfristig wäre ein einheitlicher Ordnungs- und Regulierungsrahmen für Gesetzliche und private Krankenversicherungen möglich.

Beide Vorschläge sind in sich geschlossene Konzeptionen. Ihnen ist gemeinsam, dass sie die beschäftigungsfeindliche Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ausschließlich über die Löhne überwinden und alle anderen Einkommensarten zur Finanzierung der Gesundheitskosten wie des sozialen Ausgleichs mit heranziehen. Sie unterscheiden sich jedoch in der relativen Gewichtung der Ziele Wachstums- und Beschäftigungsverträglichkeit einerseits sowie der Organisation der gesundheitsunabhängigen Einkommensumverteilung andererseits.

Die Kommission empfiehlt der Politik, diese gesellschaftspolitische Grundsatzentscheidung über die zukünftige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung rasch zu treffen und damit die Voraussetzung für eine schrittweise, an einem Gesamtkonzept ausgerichtete Finanzierungsreform zu schaffen. Sie hält aber systemunabhängige Reformschritte auf der Einnahmenseite für möglich, mit denen auf die Verwerfungen im materiellen Ausgleich zwischen Allgemeiner Krankenversicherung (AKV) und Krankenversicherung der Rentner (KVdR) reagiert wird.

Gesamtkonzept zur Reform der sozialen Pflegeversicherung

Einbeziehung anderer Einkommensarten in die Beitragsbemessungsgrundlage sowie Heraufsetzung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG)

Die Kommission ist der Ansicht, dass die Frage, ob andere Einkommensarten in die Beitragsbemessungsgrundlage einbezogen werden sollten und ob die BBG auf das Niveau in der Rentenversicherung von derzeit 5.100 € heraufgesetzt werden sollte, entsprechend den Entscheidungen in der Krankenversicherung zu treffen ist.

Steuerfinanzierung von Rentenversicherungsbeiträgen für nichterwerbsmässig pflegende Angehörige

Die Kommission lehnt eine Steuerfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für nichterwerbsmäßig pflegende Angehörige ab.

Bei den Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen handelt es sich nicht um „versicherungsfremde Leistungen“, da auch diese Leistungen letztlich den Pflegebedürftigen zugute kommen. Dies wird auch daran deutlich, dass die (höheren) Pflegesätze für professionelle Pflegedienste sogar sämtliche Sozialbeiträge des Pflegepersonals mit abdecken müssen.

Gerade die Absicherung im Alter der Angehörigen, Nachbarn oder sonstiger nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen ist mit ausschlaggebend für deren Bereitschaft zur pflegerischen Tätigkeit. Bei einer Steuerfinanzierung von Rentenversicherungsbeiträgen wäre nicht auszuschließen, dass diese Leistungen aufgrund knapper Bundesmittel in der Zukunft ggf. eingeschränkt bzw. abgeschafft werden könnten. Eine Steuerfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge wäre damit auch nicht mit dem förderungswürdigen bürgerschaftlichen Engagement, das mit der nichtprofessionellen Pflege verbunden ist, vereinbar.

Der unmittelbare Zusammenhang zwischen der Alterssicherung der Pflegepersonen einerseits und den Leistungen der Pflegeversicherung andererseits wird auch vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) bestätigt.

Familienlastenausgleich in der Pflegeversicherung (Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts)

Die Kommission ist der Auffassung, dass die Finanzierung des Familienlastenausgleichs eine gesamtgesellschaftliche und daher aus dem Steueraufkommen zu finanzierende Auf-

gabe ist. Von daher bestehen grundsätzliche Bedenken gegenüber einer kinderzahlabhängigen Differenzierung der Beitragssätze bei den Sozialversicherungen. Dies gilt auch bei der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die vom Bundesverfassungsgericht vorgeschriebene beitragsseitige Begünstigung von Erziehenden sollte daher über steuerliche Zuschüsse finanziert werden. Sollte sich die Politik dazu nicht in der Lage sehen, sieht die Kommission in der Erhebung eines Beitragszuschlags für Nicht-Erziehende den sinnvolleren Weg im Vergleich zu einer Beitragsreduzierung für Erziehende. Die Kommission weist jedoch darauf hin, dass auch dieser Vorschlag in Konflikt mit sozialstaatlichen Verteilungsprinzipien steht.

Leistungsumfinanzierungen (Behandlungspflege) und Leistungsausweitungen für Demenzkranke

Die Kommission begrüßt die vom Gesetzgeber getroffene Festlegung in dem zum 1.1.2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (§ 43b SGB XI), dass die Aufwendungen für die in den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege ab dem 1.1.2005 von der Gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen sind.

Schätzungen des Kostenvolumens der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen reichen von 0,9 Mrd. bis 1,5 Mrd. €, wobei das Einsparvolumen der Pflegeversicherung niedriger liegen dürfte, da die stationären Leistungen der Pflegeversicherung bisher nur in einigen Regionen die Pflegesätze voll abgedeckt haben, die sich aus den Aufwendungen für die Grundpflege, die Behandlungspflege und die soziale Betreuung zusammensetzen.

Die Kommission spricht sich dafür aus, den gewonnenen Finanzierungsspielraum der Pflegeversicherung ab 2005 für Leistungsausweitungen für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen einzusetzen. Bei diesen Pflegebedürftigen sollte im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu dem im Bereich der Grundpflege festgestellten zeitlichen Hilfebedarf ein Zeitzuschlag von 30 Minuten täglich berücksichtigt werden. Dies würde dazu führen, dass zusätzlich etwa 60.000 Personen durch die erstmalige Einstufung in die Pflegestufe I Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Zudem würden rund 84.000 Personen von der Pflegestufe I in die Pflegestufe II und rund 34.000 Personen von der Pflegestufe II in die Pflegestufe III höher gestuft.

Die Kommission erachtet es als erforderlich, der Prävention und Rehabilitation vor Pflege im Interesse der Pflegebedürftigen einen höheren Stellenwert als bisher beizumessen.

Bei einer Verminderung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten bzw. einer Vermeidung von Pflegebedürftigkeit werden langfristig die Gesamtkosten in der Pflegeversicherung reduziert.

Erhalt des realen Leistungsniveaus in der Pflegeversicherung

Die Kommission spricht sich dafür aus, die Leistungssätze der Pflegeversicherung (Pflegegeld, ambulante Sachleistungen, stationäre Sachleistungen) regelgebunden zu dynamisieren. Nur mit einer angemessenen Dynamisierung kann ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung, die Vermeidung pflegebedingter Sozialhilfebedürftigkeit, auch langfristig erreicht werden. Mit der Dynamisierung wird gewährleistet, dass die Kaufkraft der Versicherungsleistungen langfristig auf dem heutigen Niveau verbleibt.

Gegenüber dem geltenden Recht, wonach eine Dynamisierung nur in Abhängigkeit der Beitragssatzstabilität möglich ist, stellt diese Maßnahme eine wesentliche Verbesserung dar, die die langfristige Existenz der Pflegeversicherung als Teilkaskoabsicherung auf heutigem realen Niveau bewahrt.

Die Leistungssätze der Sozialen Pflegeversicherung sollen in Höhe des Durchschnitts aus Inflation und Lohnsteigerung dynamisiert werden. Hierdurch wird gewährleistet, dass das tatsächliche Leistungsniveau der Pflegeversicherung langfristig erhalten bleibt. Auf der Grundlage des Kommissionsszenarios, das eine Inflationsrate von 1,5 % p.a. und eine Lohnsteigerung von 3,0 % p.a. beinhaltet, würden die Leistungssätze also pro Jahr um 2,25 % angehoben.

Eine Dynamisierung der Leistungssätze lediglich parallel zur Inflationsentwicklung reicht nicht für den Erhalt des Leistungsniveaus aus, da Pflegeleistungen naturgemäß überdurchschnittlich personalintensive Dienstleistungen sind. Bei pflegerischen Tätigkeiten ist nur von einer unterdurchschnittlichen Zunahme der Arbeitsproduktivität gegenüber der Gesamtwirtschaft auszugehen. So lässt sich der Zeitaufwand für bestimmte Tätigkeiten (z.B. das Waschen der Pflegebedürftigen) nicht wesentlich verringern, ohne das tatsächliche Leistungsniveau zu reduzieren. Die Kosten für Pflegeleistungen werden deshalb stärker steigen als das Preisniveau insgesamt.

Eine Dynamisierung zum Erhalt der Kaufkraft der Pflegeleistungen in Höhe der Lohnsteigerung würde andererseits mögliche Produktivitätsfortschritte, z.B. durch Steigerung der Organisationseffizienz, ausblenden. Eine lohnsteigerungsorientierte Dynamisierung würde also jeglichen Anreiz zur Verbesserung der Kosteneffizienz im System der Pflegeversicherung beseitigen.

Finanzielle Gleichstellung von ambulanter und stationärer Pflege

Die Kommission ist der Auffassung, dass das Pflegegeld in der Pflegestufe I (ebenso wie in den anderen Pflegestufen) grundsätzlich sinnvoll ist und daher beibehalten werden sollte.

In der Praxis ermöglicht oder erleichtert das Pflegegeld es den Angehörigen oder sonstigen Personen aus dem Nahbereich der Pflegebedürftigen Pflegetätigkeiten zu übernehmen, da das Pflegegeld häufig an die Pflegepersonen weitergeleitet wird. Durch das Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige somit oftmals überhaupt erst die Möglichkeit, kostensparende nichtprofessionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Mit dem Pflegegeld wird nicht zuletzt auch eine Wertschätzung dieser Art von bürgerschaftlichem und ehrenamtlichem Engagement zum Ausdruck gebracht.

Ferner trifft das Pflegegeld in der Pflegestufe I auf eine große Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen und wird mit 556.000 Leistungsbeziehern (gegenüber 89.000 Leistungsbeziehern bei ambulanten und 211.000 Leistungsbeziehern bei vollstationären Pflegeleistungen; Stand: 2002) besonders häufig in Anspruch genommen.

Egalisierung der Sätze für ambulante und stationäre Leistungen

Die Kommission sieht angesichts des Trends zu einer verstärkten Inanspruchnahme professioneller Pflege einen dringenden Handlungsbedarf. Die Kommission schlägt daher eine Egalisierung der ambulanten und stationären Leistungen in den Pflegestufen I und II sowie eine Anhebung der ambulanten und stationären Leistungen in der Pflegestufe III vor.

Es besteht Einvernehmen darüber, dass die professionelle qualitätsgesicherte ambulante Pflege (dazu zählen auch Formen betreuten Wohnens und altengerechte Wohngemeinschaften) gegenüber der stationären Pflege

gestärkt werden soll, indem die Anreize für die Wahl der spezifischen Pflegeformen egalisiert werden. Bislang wirkt als Anreiz zur immer stärkeren Inanspruchnahme von Heimpflege, dass die ambulanten Sachleistungen in der Pflegestufe I bei 384 € gegenüber 1.023 € in der stationären Pflege liegen. Es bestehen berechtigte Zweifel an der Notwendigkeit von Heimpflege in der Pflegestufe I; dennoch wird sie in steigendem Maß in Anspruch genommen und machte im Jahr 2002 mit mehr als 2 Mrd. € bereits fast die Hälfte der Gesamtausgaben in der Pflegestufe I aus. Auch in der Pflegestufe II ergeben sich bei ambulanten Sachleistungen in Höhe von 921 € gegenüber stationären Sachleistungen in Höhe von 1.279 € stärkere Anreize für die Inanspruchnahme stationärer Pflege, wobei die Ausgaben im stationären Bereich bereits deutlich mehr als die Hälfte der Gesamtausgaben in der Pflegestufe II ausmachen. Diese Anreize sind vermeidbar, indem die ambulanten Pflegesachleistungen und die stationären Leistungen umfänglich voll aneinander angepasst werden. Diese Anpassung muss aus Gründen der Finanzierbarkeit sowie um ihre Anreizfunktion voll entfalten zu können unterhalb des jetzigen Niveaus der stationären Leistungen erfolgen.

Entsprechend beschließt die Kommission in der Pflegestufe I eine Angleichung der ambulanten und der stationären Leistungen in Höhe von jeweils 400 €.[1]

In der Pflegestufe II wird eine Angleichung durch Anhebung der ambulanten Pflegeleistungen auf 1000 € und eine entsprechende Absenkung der stationären Pflege auf 1000 € befürwortet.[2] Das Pflegegeld soll in allen Pflegestufen in der jetzigen Höhe erhalten bleiben. Durch die genannten Anpassungen ergibt sich eine jährliche Einsparung für die Pflegeversicherung von gut 2 Mrd. €.

Aufgrund der in der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) benötigten Hilfe rund um die Uhr, die einen Zeitaufwand einer nicht als Pflegekraft ausgebildeten Person von mindestens fünf Stunden beträgt, dürfte es hier trotz finanzieller Anreize nur in eingeschränktem Maß möglich sein, die Rate der stationären Unterbringung zu Gunsten der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgungsrate zu senken. Die Herabsetzung der stationären Leistungen in der Pflegestufe III wäre für die hiervon Betroffenen deshalb unverhältnismäßig.

Um dem gerecht zu werden sowie um die gerade in der Pflegestufe III zu erwartenden Kostensteigerungen abzufedern, wird daher eine Anhebung der ambulanten und der stationären Leistungen auf 1500 € empfohlen. Mit dieser Maßnahme wird zudem den Bedürfnissen von schwer Demenzkranken Rechnung getragen.

Einführung von personengebundenen Budgets für professionelle Pflegeleistungen

Die Kommission befürwortet im Rahmen der professionellen Pflege die Erprobung von personengebundenen Budgets. Jede und jeder Pflegebedürftige würde damit in die Lage versetzt, individuelle, auf seine Bedürfnisse abgestimmte, qualitätsgesicherte Pflegearrangements zusammenzustellen, was eine Stärkung der Patientensouveränität darstellt. Die Pflegeleistungen würden sich damit nicht mehr primär an den Erfordernissen von Versorgungssystemen orientieren.

Durch die Egalisierung der qualitätsgesicherten ambulanten und der stationären Leistungen in den Pflegestufen I und II und die Beibehaltung der egalisierten Leistungen in der Pflegestufe III wird bereits die wesentliche Voraussetzung für die Einführung von personengebundenen Budgets geschaffen. Des Weiteren

1 Die Egalisierung auf 400 € bei der ambulanten und der stationären Pflege in der Pflegestufe I ist der finanziellen Situation in der Pflegeversicherung geschuldet. Eine darüber hinausgehende Anhebung hätte eine Erhöhung des Solidarbeitrages zur Folge. In der Pflegestufe I bietet sich eine Anhebung zudem weniger an als in den anderen Pflegestufen, da die Pflegestufe I die vergleichsweise leichteren Pflegefälle umfasst und daher eine größere Eigenbeteiligung im Rahmen der bestehenden Teilkaskoversicherung vertretbar erscheint.

2 Aufgrund des typischen Teilkaskoprinzips in der Pflegeversicherung bedeutet die Angleichung der stationären Leistungen an die ambulanten Leistungen nicht zwangsläufig Kürzungen von Vergütungssätzen in Heimen.

werden die Rahmenbedingungen für sektorübergreifende Fallmanagementmodelle deutlich verbessert.

Intergenerativer Lastenausgleich in der Pflegeversicherung

Die mittel- bis langfristige demografische Entwicklung führt bei einem konstanten Beitragssatz und einem realen Erhalt des Leistungsniveaus zu einem Auseinanderdriften von Einnahmen und Ausgaben in der Pflegeversicherung. Die Kommission spricht sich dafür aus, die aus dem demografischen Wandel resultierenden Lasten gleichmäßig auf die Generationen zu verteilen, um die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Pflegeversicherung zu gewährleisten.

Mit der Einführung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurden allen Versicherten unmittelbar Ansprüche auf Pflegeleistungen eingeräumt. Das Reformkonzept sieht vor, dass Rentnerinnen und Rentner zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz einen einkommensabhängigen generativen Ausgleichsbeitrag leisten. Die zusätzlichen Finanzmittel aus diesem Ausgleichsbeitrag erlauben eine Dynamisierung der Leistungen, in deren Genuss vor allem die Rentner kommen, und ermöglichen es den heute Aktiven, einen Teil ihres Beitrags zur Pflegeversicherung anzusparen, um den demografisch bedingten Beitragsanstieg zu finanzieren. Der Ausgleichsbeitragssatz wird dabei so festgesetzt, dass die aus dem demografischen Wandel resultierende Nettobelastung für alle Generationen gleich hoch bleibt. Die Kommission empfiehlt, bei Empfängerinnen und Empfängern der bedarfsorientierten Grundsicherung diesen garantierten Ausgleichsbetrag auf den Zahlbetrag der Grundsicherung aufzuschlagen.

Der von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragene Beitragssatz bleibt dauerhaft bei 1,7 % des versicherungspflichtigen Einkommens. Durch die Einführung des Ausgleichsbeitrags werden finanzielle Mittel frei, die von den heute Aktiven für das Ansparen eines Kapitalstocks verwendet werden. Hierfür können zentral verwaltete private Pflegekonten bei den Rentenversicherungsträgern eingerichtet werden. Das auf diesen Konten akkumulierte Kapital wird den Versicherten im Rentenalter als zusätzliche Leibrente ausgezahlt.

Der generative Ausgleichsbeitrag muss in Zukunft angehoben werden, damit die Pflegeleistungen langfristig auf heutigem Niveau finanzierbar bleiben. Dieser Anstieg des Ausgleichsbeitrags kann jedoch durch die zusätzliche Rente aus dem privaten Pflegekonto kompensiert werden, so dass die Nettobelastung der heutigen und zukünftigen Rentner gleich hoch bleibt.

Durch diese Maßnahme wird sowohl die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Pflegeversicherung als auch die Generationengerechtigkeit gewährleistet, da die Lasten aus dem demografischen Wandel nahezu gleichmäßig auf alle Generationen verteilt werden.

Verfahren des Schlussberichts

Der Schlussbericht wurde in den Sitzungen einer Redaktionsgruppe vom 18. bis 20. August 2003 vorbesprochen. Die Kommission hat den Schlussbericht einschließlich der Minderheitenvoten in ihrer 6. Sitzung am 25. August 2003 abschließend beraten und ohne Gegenstimme bei einer Enthaltung angenommen.

Am 28. August 2003 übergab die Kommission der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, ihren Schlussbericht und stellte ihn der Öffentlichkeit vor.

Zum Selbstverständnis der Kommission

Insgesamt soll der vorliegende Kommissionsbericht helfen, den politischen Willensbildungsprozess bei den dringend erforderlichen

Reformen zu versachlichen und zu verkürzen. Der Bericht will die Öffentlichkeit informieren und der Politik Empfehlungen geben. Es geht der Kommission nicht um eine umfassende Leistungsevaluation des gesamten Sozialstaates, sondern um die Weiterentwicklung der Finanzierungsbasis von drei gesetzlichen Sozialversicherungszweigen, nämlich der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung. Die gesetzliche Arbeitslosen- und Unfallversicherung waren – wie auch die Sozialhilfe oder die Beamtenversorgung – nicht Gegenstand des Kommissionsauftrags. Dies heißt nicht, dass die Kommission in diesen Bereichen der Sozialen Sicherungssysteme grundsätzlich keinen Handlungsbedarf sieht und diese Systeme nicht mitberücksichtigt hat, soweit Reformvorschläge hinsichtlich der genannten drei Zweige auf diese Bereiche ausstrahlen. Im Hinblick auf die Beamtenversorgung plädiert die Kommission für eine konsequente wirkungsgleiche Übertragung der vorgeschlagenen Maßnahmen zur Gesetzlichen Rentenversicherung auf die spezifischen Versorgungssysteme der Beamten.

Im Interesse eines möglichst hohen Umsetzungsgrades der Reformempfehlungen, begreift die Kommission ihren Auftrag dahin gehend, dass sich ihre Empfehlungen auf realistische Reformempfehlungen ausrichten, d. h. kompatibel mit dem gewachsenen Sozialsystem und dem bestehenden Verfassungsrecht sind. Die Sozialversicherungssysteme müssen konsequent an die sich ändernden Rahmenbedingungen angepasst werden. Wenn dies gelingt, gehen die Systeme gestärkt aus dem Wandel hervor. Dazu will die Kommission mit diesem Bericht beitragen.

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Zielsetzung der Kommissionsempfehlungen

Ziel der Reformempfehlungen der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme ist die langfristige Sicherstellung der Finanzierung von Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland. Veränderte sozioökonomische Rahmenbedingungen, d.h. insbesondere die zunehmende Alterung der Gesellschaft, dürfen nicht zu einem Funktionsverlust der Sozialen Sicherungssysteme führen. Zu einer realistischen Einschätzung der Ausgangslage ist die Kommission von mittleren, d.h. weder optimistischen noch pessimistischen Annahmen zur demografischen und ökonomischen Entwicklung bis 2030 als Grundlage ihrer Reformempfehlungen ausgegangen und hat hierzu eine im breiten Konsens einer Vielzahl von Expertinnen und Experten in Deutschland mitgetragene Datenbasis erarbeitet (Kapitel 2).

Die langfristige finanzielle Stabilität der Sozialen Sicherungssysteme ist eine zentrale Dimension der Nachhaltigkeit und Voraussetzung für Vertrauen und Akzeptanz in den Sozialstaat und damit letztlich für den sozialen Frieden. Die Kommission ist der Ansicht, dass mehr Nachhaltigkeit in der Finanzierung sozialer Sicherung auch die langfristige Stabilisierung eines ausreichenden Sicherungsniveaus für die künftigen Generationen umfasst. In der Alterssicherung (Kapitel 3) bedeutet dies die effektive Vermeidung von Altersarmut und ein angemessenes Versorgungsniveau auch für künftige Generationen, in der Krankenversicherung (Kapitel 4) die Gewährleistung der notwendigen und ausreichenden Versorgung mit medizinischen Leistungen auf hohem technischen Stand unabhängig von Alter und Einkommen der Versicherten und in der Sozialen Pflegeversicherung (Kapitel 5) im Rahmen der Teildeckung des Risikos Pflegebedürftigkeit eine Anpassung der Pflegeversicherungsleistungen an die Produktivitäts- und Preisentwicklung. Mehr Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme dient damit letztlich dem Erhalt der Systeme in einem schwieriger werdenden Umfeld. Die Systeme brauchen als Voraussetzung für einnahmenseitige Stabilität mehr Demografieresistenz und weniger Konjunkturabhängigkeit.

In einer alternden Gesellschaft nehmen die Kosten für soziale Sicherheit notwendigerweise zu. Es stellt sich somit die Frage, wer in welchem Maße zur Finanzierung der steigenden Kosten herangezogen werden soll. Die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Demografischer Wandel“ hat in diesem Zusammenhang eine Lösungsrichtung gegeben.[1] Ingesamt muss die Erwerbsbeteiligung, vor allem von Frauen, von älteren Menschen und von Ausländern erhöht werden, da diese Personengruppen in Deutschland relativ geringe Erwerbsquoten aufweisen. Da die Finanzierung der sozialen Sicherheit letztendlich immer auf Arbeit basiert, muss in einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft insgesamt mehr und länger gearbeitet werden, so die Aussage der Enquête-Kommission, der sich diese Kommission anschließt. Hinzu tritt aber ein weiterer entscheidender Punkt: Die Sozialen Sicherungssysteme in ihrer jetzigen Ausgestaltung sind Arbeitnehmerversicherungen, d.h. ihre Finanzierung basiert im Wesentlichen auf Beiträgen, die auf das Einkommen abhängig Beschäftigter erhoben werden. Diese

1 Vgl. Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ [2002], BT-Drs. 14/8800 v. 28.03.2002.

Finanzierungsweise hat zur Folge, dass steigende Altenquotienten und sinkende Wachstumsraten einen zunehmenden Druck auf die Beitragssätze zur gesetzlichen Sozialversicherung erzeugen. Dies gilt insbesondere für den Niedriglohnbereich, wo die Unterauslastung des Faktors Arbeit in Deutschland ohnehin am deutlichsten ausfällt. Damit stehen hohe lohnbezogene Sozialbeiträge der Schaffung von Arbeitsplätzen entgegen.

Eine zentrale Vorgabe bei dem Versuch, die Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme nachhaltiger auszugestalten, ist es daher, die Kosten des Faktors Arbeit auch bei steigenden Kosten der sozialen Sicherung nicht ständig weiter ansteigen zu lassen. Zur notwendigen stärkeren Auslastung des Faktors Arbeit ist vielmehr eine Verringerung der Belastung auf Arbeitnehmereinkommen notwendig. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der aktuellen Situation in Deutschland, die von einer lang andauernden ausgeprägten Wachstumsschwäche und Unterauslastung des Faktors Arbeit geprägt ist, hat nach Auffassung dieser Kommission die Senkung der Lohnzusatzkosten im Zusammenhang mit der Diskussion um mehr Nachhaltigkeit der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme politische Priorität. Die positiven beschäftigungspolitischen Konsequenzen einer Senkung der Sozialversicherungsbeiträge sind belegt, und innerhalb der Kommission besteht Konsens darüber, dass mithilfe einer Senkung der Lohnzusatzkosten positive Beschäftigungsimpulse gesetzt werden können.

Letztlich steht die Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme den vorgeschalteten wirtschaftspolitischen Zielen einer Förderung von Wachstum und Beschäftigung nur dann nicht entgegen, wenn die Abhängigkeit der Einnahmen der Sozialversicherung von der Entwicklung der Arbeitsentgelte beseitigt oder zumindest reduziert wird. Jede Reformempfehlung im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung muss sich daraufhin beurteilen lassen, wie sie sich langfristig auf Wachstum und Beschäftigung auswirkt (Allokationseffizienz). [2]

Der Auftrag an die Kommission bezieht sich auf die Finanzierungsseite der Sozialen Sicherungssysteme. In der weiteren, detaillierten Analyse der Reformoptionen konzentriert sich die Kommission daher prioritär auf die einnahmenseitigen Auswirkungen ihrer Reformvorschläge (Kapitel 6). Dies entspricht dem Kommissionsauftrag. Die Kommission hat dabei in ausführlicher Weise auch die Verteilungswirkungen (Distribution) der jeweiligen Reformvorschläge diskutiert. Die Kommission ist sich bewusst, dass die Nachhaltigkeitsreformen auch schmerzliche Eingriffe in Leistungen und zusätzliche Belastungen für Versicherte sowie Rentnerinnen und Rentner nach sich ziehen werden. Sie ist aber der Meinung, dass diese Eingriffe zur langfristigen Stabilisierung der Systeme notwendig sind (siehe Kasten 1-1).

Neben der Entlastung des Faktors Arbeit ist das zweite zentrale Element für mehr Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme die Stärkung der intergenerativen Gerechtigkeit. Eine Lastverschiebung zu Gunsten der Jungen und noch nicht Geborenen und zu Lasten der Älteren ist ein unumgänglicher Bestandteil künftiger Reformen. In einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft ist eine solche intergenerative Umverteilung deshalb notwendig, weil aufgrund des sich zunehmend verändernden Verhältnisses von Älteren und Jüngeren in umlagefinanzier-

2 Kritisch wurde eingewandt, dass dieses Verständnis von Nachhaltigkeit verkürzt und zu sehr auf die kurzfristige Senkung der Lohnzusatzkosten als angenommene Problemlösung fixiert sei. Nur die Entwicklung und Förderung der Potenziale einer Gesellschaft schaffe die notwendige Basis für eine erfolgreiche Ökonomie und leistungsfähige Sozialsysteme. Investitionen in Bildung, Forschung und Entwicklung komme daher eine Schlüsselrolle zu. Dies gelte ebenfalls für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als einem zentralen Handlungsfeld. Hier gebe es erheblichen Verbesserungsbedarf, um mehr Geschlechtergerechtigkeit zu erreichen, aber auch um das Erwerbspotenzial von Frauen besser zu erschließen und die Geburtenrate zu erhöhen. Letztere sei keineswegs, wie in den Diskussionen über demografische Entwicklung allzu oft unterstellt, eine Naturkonstante, sondern hänge von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Angeboten ab, für welchen Lebensentwurf Frauen sich entscheiden. Zudem müsse im Zusammenhang mit Nachhaltigkeit stärker die europäische Dimension der Sozialpolitik berücksichtigt werden. Die Sozialen Sicherungssysteme müssten die Freizügigkeit der Menschen auf den europäischen Arbeitsmärkten flankieren und Sicherungslücken verhindern. Die im Prozess der Offenen Koordinierung erarbeiteten Ziele – wie Angemessenheit der Renten oder Qualitätssteigerung im Bereich der Gesundheitsversorgung – müssten aktiv umgesetzt werden. Die Tendenz, durch den Stabilitätspakt eine rein fiskalische Sicht auf sozialpolitische Fragen zu erzwingen, gelte es ebenso abzuwehren wie zu großen Harmonisierungsdruck im Prozess der Offenen Koordinierung. Schließlich seien die Sozialen Sicherungssysteme nur dann wirklich zukunftsfähig gestaltet, wenn sie auch auf die Veränderungen von beruflichen und privaten Lebensläufen reagieren können und Sicherungslücken vermeiden oder kompensieren. Ausweichbewegungen aus den Sicherungssystemen heraus – die bei zunehmender Vielfalt der Erwerbsformen erleichtert werden – sollten deshalb vermieden werden.

ten Sozialversicherungssystemen ansonsten eine immer stärkere strukturelle Benachteiligung der Jüngeren resultiert. Diese gilt es zu begrenzen. Denn eine steigende Abgabenbelastung beeinträchtigt die Beschäftigungs- und Wachstumschancen. Im Ergebnis würde damit nicht nur die Finanzierungsbasis der Systeme selber untergraben, sondern das Funktionieren und die Legitimität der Sozialen Sicherungssysteme insgesamt gefährdet. Da ein Kostenanstieg als Folge der Bevölkerungsalterung unvermeidbar ist, muss es das Ziel sein, diese Kosten nicht nur möglichst beschäftigungsfreundlich, sondern auch gleichmäßiger zwischen den Generationen zu verteilen. Eine am Ziel der generativen Gleichbehandlung ausgerichtete Nachhaltigkeitspolitik wird die demografischen Verschiebungen nur durch intergenerative Umverteilung, d.h. eine Umverteilung zu Gunsten der Jüngeren und noch nicht Geborenen, bewältigen können. Die Nachhaltigkeitsreform der Sozialen Sicherungssysteme ist somit eine Antwort auf die demografische Entwicklung mit dem Ziel, die Systeme zu erhalten und Prinzipien intergenerativer Gerechtigkeit zur Geltung zu bringen. Allerdings kann eine Nachhaltigkeitsreform nur schrittweise erfolgen und muss die

Kasten 1-1: Messkonzepte für Generationengerechtigkeit (Alterssicherung)

In der Alterssicherung besteht – anders als in den übrigen Sozialversicherungszweigen – ein enges Verhältnis zwischen Beiträgen und Leistungen. Nachhaltigkeitsreformen im Sinne einer stärkeren Generationengerechtigkeit lassen sich in diesem Bereich daher vergleichsweise gut messen. Hierzu existieren drei Methoden: die Generationenbilanzierung, die implizite Einkommensteuer und die implizite Rendite. Sie werden im Folgenden kurz dargestellt.[3]

Ausgangspunkt der Generationenbilanzierung ist die intertemporale Budgetrestriktion des Staates, d.h. alle zukünftigen Ausgaben des Staates müssen durch zukünftige Einnahmen oder das vorhandene Vermögen gedeckt werden. In einem ersten Schritt wird untersucht, wie sich die einzelnen Einnahmen- und Ausgabenkategorien des Staates in einem Basisjahr auf die Altersjahrgänge verteilen. In einem zweiten Schritt werden diese Beträge in die Zukunft fortgeschrieben. Dabei wird unterstellt, dass die im Basisjahr ermittelten altersspezifischen Beträge auch zukünftig für Personen im gleichen Alter gelten. Zur Berücksichtigung des technischen Fortschritts werden diese Beträge dabei jährlich um die Produktivitätswachstumsrate erhöht. Zugleich werden sie auf das Basisjahr der Untersuchung bezogen und entsprechend diskontiert. Kombiniert man diese finanzpolitische Status quo-Projektion mit einer Bevölkerungsprognose, lässt sich der Barwert der zukünftigen Einnahmen und Ausgaben des Staates errechnen. Reichen diese Einnahmen (und das Vermögen) nicht zur Finanzierung der Ausgaben aus, ergibt sich eine Tragfähigkeitslücke. Mit dieser Methode lässt sich eine intergenerative Verteilungsanalyse durchführen, indem die Generationenkonten eines jeden Jahrgangs vor und nach einer Reform berechnet und gegenübergestellt werden.

Eine zweite Methode zur Berechnung intergenerativer Verteilungswirkungen von Reformen ist die Berechnung der impliziten Einkommensteuer. Sie gibt den Prozentsatz des Lebenseinkommens an, den man bei gegebenen Leistungen in das Rentensystem mehr einbezahlt hat, im Vergleich zu einer Anlage dieser Beträge in ein kapitalgedecktes Altersvorsorgeprodukt. Zur Berechnung des impliziten Einkommensteuersatzes wird für eine als repräsentativ angenommene Erwerbs- und Rentenbiografie die Differenz aus dem Barwert der Beiträge und dem Barwert der Renten ins Verhältnis zum Barwert des Bruttolebenseinkommens gesetzt. Der Steuersatz ist positiv, wenn der Barwert der Beiträge größer ist als der Barwert der Rentenzahlungen. Die Rentenversicherung bietet in diesem Fall eine unter dem Kalkulationszinsfuß liegende Rendite. Der Steuersatz wird Null, wenn die Barwerte der Beiträge und der Rentenzahlungen sich entsprechen, wie dies im Fall kapitalgedeckter Rentenversicherungen im Durchschnitt zu erwarten ist.

Bei der Berechnung der impliziten Renditen schließlich werden ebenfalls unter Annahme eines repräsentativen Erwerbsverlaufs und einer typisierten Rentenbiografie für jeden Jahrgang die Einzahlungen in die Gesetzliche Rentenversicherung und die Auszahlungen aus der Gesetzlichen Rentenversicherung ermittelt. Die implizite Rendite der Rentenversicherung für eine Kohorte ist dann der Zinssatz, bei dem die Barwerte der Einzahlungen und Auszahlungen übereinstimmen. Ein Mehr an kapitalgedeckter Vorsorge erhöht die Rendite der Alterssicherung immer dann, wenn die am Kapitalmarkt erzielbare Rendite für ein der Gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbares kapitalgedecktes Sicherungsprodukt über der impliziten Rendite der Gesetzlichen Rentenversicherung liegt. Dadurch würden dann insbesondere jüngere Jahrgänge begünstigt, sodass sich mit dieser Methode ebenfalls eine Stärkung der Generationengerechtigkeit in der Alterssicherung infolge eines Ausbaus der kapitalgedeckten Altersvorsorge darstellen lässt. Im Übrigen lässt sich innerhalb eines privatwirtschaftlich organisierten kapitalgedeckten Rentensystems ein sozialer Ausgleich nur eingeschränkt realisieren.

3 Vgl. Gutachten des Sozialbeirats zum Rentenversicherungsbericht 2001 [2001], Intergenerative Verteilungswirkungen der Rentenreform 2001, BT-Drs. 14/7639, S.131ff.

Leistungsfähigkeit der Sozialen Sicherungssysteme in ihrem Kern erhalten. Dabei muss dem Schutz bestehender Anwartschaften und Ansprüche in angemessenem Umfang Rechnung getragen werden. Nachhaltigkeit soll die Dauerhaftigkeit angemessener Leistungsniveaus angesichts veränderter ökonomischer, sozialer und demografischer Bedingungen mit der Dauerhaftigkeit eines ökonomisch funktionsfähigen, Beschäftigung wie Wachstum förderlichen und intergenerativ gerechten Finanzierungssystems verbinden (siehe Kasten 1-1).

Letztlich soll die Nachhaltigkeit in der Finanzierung gewährleisten, dass auch künftigen Generationen zur ausreichenden Absicherung großer Lebensrisiken funktionierende sozialstaatliche Institutionen zur Verfügung stehen. Deren Finanzierung langfristig zu sichern ist Auftrag und Anliegen dieser Kommission.

1.2 Zum Begriff der Nachhaltigkeit

Das Konzept des „nachhaltigen Wirtschaftens" stammt ursprünglich aus der Forstwirtschaft.[4] Es sieht vor, dass die Nutzung des eigenen Forstes auf ein Maß beschränkt sein sollte, dass durch Aufwuchs und Aufforstung dauerhaft ein gleiches Ertragsniveau gewährleistet ist. In dem Bericht der von der UNO eingesetzten Brundtland-Kommission[5], durch den der Begriff der Nachhaltigkeit weltweit große Bedeutung erfuhr, umfasst der Begriff der Nachhaltigkeit („Sustainability") sowohl einen intra- als auch einen intergenerativen Verteilungsaspekt: „Sustainability Development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs."[6] Für die Kommission bedeutet Nachhaltigkeit sowohl eine gerechtere Verteilung des Wohlstandes innerhalb der heutigen Generation als auch den Verzicht der heutigen Generation auf Möglichkeiten der Nutzung natürlicher Ressourcen zum Schutz der Entwicklungspotenziale künftiger Generationen. Noch weiter als die Brundtland-Kommission fasst die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Schutz des Menschen und der Umwelt" den Begriff der Nachhaltigkeit. Nach Auffassung dieser Kommission besteht Nachhaltigkeit darin, „ökologischen, ökonomischen und sozialen Zielsetzungen gleichgewichtig Rechnung zu tragen und damit die ethische Verantwortung für die Gerechtigkeit zwischen den heute lebenden Menschen und zukünftigen Generationen wahrzunehmen".[7] Dieselbe Kommission wies in ihrem Abschlussbericht aus dem Jahr 1998 („Konzept Nachhaltigkeit – Vom Leitbild zur Umsetzung") darauf hin, dass es für die nicht-ökologischen Dimensionen der Nachhaltigkeit keine Verständigung über Operationalisierungen gibt wie auf dem Felde ökologischer Nachhaltigkeit.[8] Zwar verwendet die UN seit langem messbare soziale Indikatoren (u. a. percent of population living below poverty line, Gini index of income inequality, unemployment rate, ratio of average female wage to male wage, nutritional status of children, mortality rate under 5 years old, life expectancy at birth, percent of population with access to safe drinking water, percent of population with access to primary health care facilities)[9], diese Indikatoren sind aber eher auf die Sozialberichterstattung armer Länder ausgerichtet und können kaum der differenzierenden Bewertung der hoch entwickelten und extrem ausdifferenzierten Sozialen Sicherungssysteme Europas dienen.

Trotz aller Probleme, ein handhabbares Konzept der Nachhaltigkeit zu definieren, besteht über zwei Elemente Einigkeit:

1. Der Begriff der Nachhaltigkeit zielt auf langfristige, dauerhafte Stabilität unter der Bedingung des gerechten Ausgleichs zwischen den beteiligten Generationen – und damit auf den Erhalt der Handlungsfähigkeit künftiger Generationen.

4 Vgl. Steinmann, Horst und Gerd Rainer Wagner [1998], Umwelt und Wirtschaftsethik, Stuttgart, S. 51ff.
5 Vgl: World Commission on Environment and Development: Our Common Future [1987], Oxford.
6 Zit. ders., ebda., S. 43.
7 Zit. Enquete-Kommission „Schutz des Menschen und der Umwelt" des Deutschen Bundestages [1997], Konzept Nachhaltigkeit. Fundamente für die Gesellschaft von morgen, S. 22.
8 Vgl. ebda., S. 25.
9 Vgl. United Nations [2001], Indicators of Sustainable Development – Guidelines and Methodologies, New York.

2. Nachhaltigkeit ist ein mehrdimensionales Konzept. Es umfasst sowohl die ökologische als auch die ökonomische und soziale Dimension.

Für die Frage der Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme besitzt die ökologische Dimension keine eigens zu betrachtende Bedeutung. Aus ökonomischer Sicht lässt sich das Ziel der Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit künftiger Generationen dahingehend operationalisieren, dass die Pro-Kopf-Kapitalausstattung einer jeden Gesellschaft – wobei der Kapitalbegriff hier sehr weit gefasst ist, d. h. neben dem Sachkapital auch das Humankapital und das Naturvermögen umfasst – von einer Generation auf die nächste nicht abnehmen darf. Hierbei stellt sich allerdings vor allem die Frage der Substituierbarkeit bzw. Komplementarität der verschiedenen Kapitalkomponenten. Ist beispielsweise das Naturvermögen unbegrenzt durch Sachkapital substituierbar – wie es die neoklassische Wachstumstheorie postuliert?[10] Darüber – und damit notwendigerweise auch über die natürlichen Grenzen des globalen Wirtschaftswachstums – herrscht keine Einigkeit. Auf jeden Fall ergeben sich in diesem Zusammenhang anhaltende Trade-offs, so beispielsweise aus dem Zielkonflikt zwischen der Armutsbekämpfung durch Erschließung zusätzlicher landwirtschaftlicher Nutzflächen und dem Erhalt von Tier- und Pflanzenarten.[11]

In der ökonomischen Theorie der Nachhaltigkeit[12] impliziert das Nachhaltigkeitskonzept den Einbezug der Wohlfahrt künftiger Generationen als Argument in die Wohlfahrts- bzw. Nutzenfunktion der lebenden Generationen.[13] Daraus ergibt sich die zentrale Frage, wie die heute lebende Generation den Konsum künftiger Generationen bewertet bzw. auf die Gegenwart diskontiert. Eine vollständige Schließung der „ökologischen Lücke“ bzw. eine vollständige Nachhaltigkeit würde einen Diskontsatz von Null implizieren, weil nur so eine Gleichgewichtung von Gegenwarts- und Zukunftskonsum gewährleistet sei. „Die Frage, für welchen Zeithorizont im Voraus von den Lebenden ein Verzicht zugunsten der noch nicht Geborenen geleistet werden soll, welcher Stellenwert also den in der Zukunft liegenden Bedürfnissen im Rahmen der aktuellen Entscheidungen über die Befriedigung von heutigen Bedürfnissen eingeräumt wird, betrifft die soziale Zeitpräferenz. Aussagen darüber sind stets Wertungen. Eine solche Wertung mit ethischer Begründung stellt die Nachhaltigkeitsidee dar.“[14]

Soziale Nachhaltigkeit der Sozialen Sicherungssysteme lässt sich als die Kongruenz von sozialer Sicherung und sozialer Entwicklung interpretieren,[15] d. h. eine Anpassung der Sozialversicherung an die sich ändernden sozialen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen. Diese sind unter anderem geprägt von der Zunahme von als atypisch bezeichneten Beschäftigungsverhältnissen und Arbeitslosigkeit als anhaltendem Massenphänomen. Für die Sozialen Sicherungssysteme, die – wie das deutsche – sich zur Absicherung lebenslang vollzeitbeschäftigter Personen in Normalarbeitsverhältnissen entwickelten und deren Finanzierung vor allem auf dieser traditionellen und zunehmend tradierten Form des Arbeitsverhältnisses basiert, führen solche veränderten Rahmenbedingungen zwangsläufig zu einem Anpassungsbedarf. Wirkungsvolle

10 Vgl. Knogge, Thomas [1998], Sustainable Development in der Neoklassik und im Institutionalismus, Pfaffenweiler.
11 Vgl. Fues, Thomas [1998], Das Indikatorenprogramm der UN-Kommission für nachhaltige Entwicklung, Frankfurt am Main, S. 51.
12 In der Finanzpolitik wird Nachhaltigkeit ausschließlich im Sinne der Tragfähigkeit der Staatsverschuldung verwendet. Eine Finanzpolitik ist tragfähig und in diesem Sinne nachhaltig, wenn sich die Schuldenstandsquote, d.h. das Verhältnis von Schuldenstand zum Sozialprodukt, langfristig nicht verändert. Eine nachhaltige Steuerquote ist in diesem Zusammenhang die konstante Steuerquote, die erforderlich ist, um die Schuldenstandsquote unverändert zu lassen.
13 Vgl. Ewringmann, Dieter [1999], Sustainability – Leerformel oder Forschungsprogramm? Universität zu Köln, Sonderforschungsbereich 419, Forschungsbericht Nr. 01-99, Köln.
14 Zit. ders., a.a.O., S. 35.
15 Vgl. Sesselmeier, Werner [2000], Nachhaltigkeit in der Sozialpolitik, Sozialer Fortschritt 6, S.138ff.

Gegenstrategien bestehen nach Auffassung der Kommission unter anderem in einer Stärkung ergänzender kapitalgedeckter Vorsorgesysteme. Zum anderen geht es darum, die Erwerbsbeteiligung von Bevölkerungsgruppen zu steigern, deren Erwerbsbeteiligung in Deutschland im internationalen Vergleich gering ist, so der Älteren, Frauen und ausländische Personen. Die notwendigen Fragen danach, wie diese Ziele einer höheren Erwerbsbeteiligung verschiedener Personengruppen erreicht werden können und wie hoch jeweils die notwendige zusätzliche Erwerbsbeteiligung ausfallen muss, um der Alterung und langfristigen Schrumpfung der Bevölkerung erfolgreich begegnen zu können, sind allerdings nicht Gegenstand des Berichtes dieser Kommission.

Im Zentrum der Analyse dieses Berichtes steht vielmehr die spezifische Frage der Zukunftsfähigkeit und Tragfähigkeit der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme im veränderten sozioökonomischen Kontext. Nicht die Arbeitsgesellschaft insgesamt, sondern die auf Arbeit basierende umlagefinanzierte Sozialversicherung steht im Fokus der Analyse. Die Kernfrage lautet: Wie lassen sich Soziale Sicherungssysteme langfristig erhalten und stabilisieren, deren Einnahmenbasis sich aufgrund der demografischen Veränderungen gravierend verändert und deren Kostenentwicklung sich aufgrund des ungewissen technischen Fortschritts nicht präzise abschätzen lässt? Und: Wie lässt sich vermeiden, dass Soziale Sicherungssysteme, deren Finanzierung sehr stark an den Faktor Arbeit gekoppelt ist, aufgrund des allgemeinen Kostenanstiegs für Gesundheitsversorgung und Pflege unweigerlich einen beschäftigungspolitisch unerwünschten Anstieg der Arbeitskosten nach sich ziehen?

Mehr Nachhaltigkeit in der Sozialpolitik impliziert aus Sicht der Kommission somit notwendigerweise eine Entlastung der heutigen Beitragszahlerinnen und -zahler. Zum einen darf der Faktor Arbeit nicht immer teurer werden, weil die Beschäftigungschancen von immer mehr Menschen dadurch immer schlechter werden. Zum anderen dürfen die individuellen Spielräume der Verwendung des verfügbaren Einkommens nicht ständig weiter abnehmen, weil dies die Akzeptanz der Sozialen Sicherungssysteme bei den Jüngeren immer weiter schwinden lässt und den Grundsätzen einer freiheitlichen sozialen Marktwirtschaft widerspricht. Zugleich darf die Anforderung an die Selbstverantwortung aller die bestehenden strukturellen Benachteiligungen Einzelner nicht außer Acht lassen. Die Kommission lässt sich in ihren Vorschlägen und Empfehlungen davon leiten, langfristig stabil finanzierte Soziale Sicherungssysteme zu schaffen, die den Anforderungen einer gerechten Verteilung von Leistungen, Lasten und Handlungsfähigkeiten auf heutige wie zukünftige, auf jüngere und ältere Generationen genügt.

2 Demografische und ökonomische Rahmenbedingungen

Die Zukunft der Sozialen Sicherungssysteme hängt maßgeblich von der demografischen und ökonomischen Entwicklung ab. Vor allem die zunehmende Alterung wirft Probleme bei der Finanzierung der umlagefinanzierten Sozialen Sicherungssysteme auf: Immer weniger Jüngere müssen die Leistungen für immer mehr Ältere aufbringen. Dies gilt in besonderem Maße für die Rentenversicherung, aber auch für die Pflege- und Krankenversicherung ergeben sich durch die Verschiebung der Altersstruktur Probleme, da Krankheit und insbesondere Pflegebedürftigkeit vorwiegend im Alter auftreten.

Der gesellschaftliche Alterungsprozess berührt nicht nur die Sozialsysteme, sondern die Wirtschaftsentwicklung insgesamt. Vor allem das alternde und insgesamt schrumpfende Arbeitskräfteangebot wird große Herausforderungen an die Wirtschaftspolitik, aber auch an Unternehmen sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit sich bringen. In den nächsten Dekaden kann kaum mehr damit gerechnet werden, dass die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland ähnlich dynamisch wächst wie beispielsweise während der 60er und Anfang der 70er Jahre.

Vor diesem Hintergrund zeichnen sich mittel- und vor allem langfristig große Herausforderungen hinsichtlich der nachhaltigen Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme ab. Um den bereits heute bestehenden Handlungsbedarf abschätzen zu können, sind Projektionen der Finanzentwicklung dieser Systeme unumgänglich. Aus diesem Grund hat die Kommission ein in sich konsistentes demografisches und ökonomisches Szenario entwickelt, welches als Grundlage für die Abschätzung des Reformbedarfs und der Auswirkungen von Reformmaßnahmen dient.

Prognosen über einen Zeithorizont von 40 Jahren sind naturgemäß mit großen Unsicherheiten behaftet. Dennoch können auf der Grundlage von bereits heute erkennbaren Trends Wirkungszusammenhänge abgebildet werden, aus denen sich plausible Entwicklungslinien ableiten lassen. Um ein auch von der Wissenschaft akzeptiertes Szenario zu erarbeiten, hat die Kommission führende Expertinnen und Experten der Bevölkerungs- und Wirtschaftsforschung im Rahmen eines Hearings um deren Einschätzungen zur langfristigen demografischen bzw. ökonomischen Entwicklung gebeten.[1]

2.1 Demografische Entwicklung

Die Bevölkerung in Deutschland wird in den kommenden Jahrzehnten beschleunigt altern. Diese Entwicklung ist als sicher anzusehen, da die Bevölkerung von morgen zu einem Teil bereits heute schon lebt. Die heute 25- bis 40-Jährigen werden in 40 Jahren im Wesentlichen die Rentnergeneration bilden, die heutigen Kinder werden dann die Erwerbstätigen sein. Sieht man von der kaum prognostizierbaren Zuwanderung ab, sind Bevölkerungsprognosen anders als zum Beispiel Wirtschaftsprognosen mit weit weniger Unsicherheiten behaftet.

Die Alterung der Gesellschaft wird durch zwei komplementäre Trends determiniert: niedrige

1 Als Expertinnen und Experten im Bereich der demografischen Entwicklung wurden Prof. Dr. Birg (Universität Bielefeld), Dr. Gampe und Dr. Kreyenfeld (Max-Planck-Institut für demografische Forschung, Rostock), Direktorin und Prof. Dr. Höhn (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt), Prof. Dr. Münz (Humboldt-Universität zu Berlin) sowie Prof. Dr. Schmid (Universität Bamberg) gehört.
Zum Thema langfristige ökonomische Entwicklung waren die Experten Dr. Schlesinger (Prognos AG, Basel), Dr. Schulz (DIW, Berlin), Dr. Walwei (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg) sowie Dr. Werding (Ifo-Institut, München) beim Hearing vertreten.

Geburtenraten und steigende Lebenserwartung, wobei langfristig der Geburtenentwicklung das größere Gewicht beizumessen ist. Entscheidend für die Gesamtentwicklung ist dabei weniger, wie sich diese Determinanten zukünftig entwickeln werden als vielmehr, wie sie sich in der Vergangenheit verändert haben.

Diese beiden Trends bewirken auf der einen Seite, dass sich die Relation zwischen Jungen und Alten verschiebt, und auf der anderen Seite, dass die Bevölkerung insgesamt schrumpfen wird. Der Prozess der Alterung kann durch die dritte Determinante der Bevölkerungsentwicklung – die Migration – bei realistischen Zuwanderungsannahmen nicht entscheidend verändert werden.

2.1.1 Determinanten der Bevölkerungsentwicklung

Die demografische Entwicklung wird bestimmt durch die Fertilität, die zukünftige Lebenserwartung und die Migration.

Fertilität

Die Entwicklung der Geburtenhäufigkeiten in Deutschland ist durch einen ausgeprägten Bruch gekennzeichnet: Bis zum Jahr 1967 stiegen die zusammengefassten Geburtenziffern stark an (Baby-Boom), danach setzte ein erheblicher Rückgang der Geburten ein. Dies war u. a. eine Folge zuvor hoher Geburtenraten, die wiederum auf den zweiten Weltkrieg und die unmittelbare Nachkriegszeit zurückzuführen sind. Seit 1969 liegt die Geburtenziffer in den alten Bundesländern unterhalb des bestandserhaltenden Niveaus und hat sich seit 1975 auf einen Wert von etwa 1,4 Geburten je Frau eingependelt (siehe Abbildung 2-1). Um jedoch den Bestand einer Bevölkerung zu erhalten, wäre eine Geburtenziffer von etwa 2,1 erforderlich.[2]

In den neuen Bundesländern gab es zwar ebenso wie in den alten Bundesländern Ende der 60er Jahre einen deutlichen Geburtenrückgang, allerdings setzte hier Mitte der 70er Jahre eine Erholung ein. Bis 1989 lag die Geburtenziffer in den neuen Ländern bei durchschnittlich knapp 1,8. Nach der Wiedervereinigung sanken die ostdeutschen Geburtenraten jedoch deutlich ab und erreichten in den Jahren 1992–1994 mit 0,8 einen beispiellosen Tiefstand. Eine wesentliche Ursache hierfür ist ein Verschieben der Geburt in ein höheres Alter der Frauen, welches sich in den letzten Jahren an das Niveau in den alten Ländern angenähert hat. Seit Mitte der 90er Jahre steigen die Fertilitätsziffern in den neuen Ländern zwar wieder an, liegen aber immer noch unter dem westdeutschen Niveau.

Für die Fortschreibung der Geburtenziffern wird von folgenden Annahmen ausgegangen:

- Die Geburtenziffer in Westdeutschland wird sich nicht wesentlich verändern und langfristig bei knapp unter 1,4 konstant bleiben.

- Für die neuen Bundesländer wird sich der Angleichungsprozess an das westdeutsche Niveau, nicht zuletzt aufgrund der aktuell schwierigen wirtschaftlichen Situation, verlangsamen und erst im Jahr 2010 abgeschlossen sein.

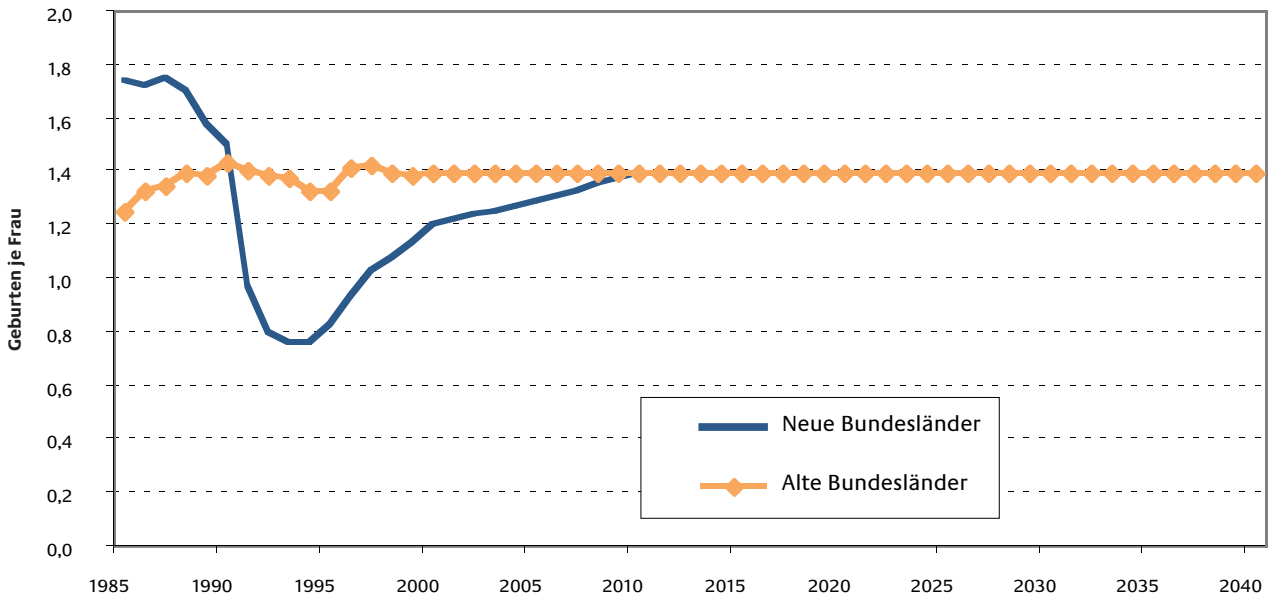
Eine Voraussetzung für eine langfristig konstante Geburtenrate ist, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die wirtschaftliche Situation von Frauen bzw. Familien verbessert werden, die für die Entscheidung von Frauen bzw. Familien, ein Kind zu bekommen, besonders bedeutend sind. Gerade die steigende Erwerbsneigung von gut ausgebildeten jungen Frauen steht häufig im Konflikt zum Kinderwunsch, da sich Familie und Beruf bei fehlenden Betreuungsmöglichkeiten nicht vereinbaren lassen, so dass ohne diesbezügliche Verbesserungen sogar ein Sinken der Geburtenraten möglich wäre.

Mortalität

Die fernere Lebenserwartung von Neugeborenen ist in Deutschland seit 1950 bei Männern um gut 10 Jahre auf aktuell knapp 74,6 Jahre

2 Diese bestandserhaltende Geburtenziffer, die den im Durchschnitt pro Frau geborenen Kindern entspricht, muss etwas oberhalb von zwei liegen, weil regelmäßig mehr Jungen als Mädchen geboren werden.

Abbildung 2-1: Zusammengefasste Geburtenziffern



Quelle: Statistisches Bundesamt, BMGS, eigene Berechnungen

und bei Frauen etwas stärker um über 12 Jahre auf knapp 80,5 Jahre gestiegen. Die Gründe für den stabilen Trend der sinkenden Sterbeziffern liegen u. a. im Rückgang der Säuglingssterblichkeit durch bessere Betreuung und medizinischen Fortschritt, in der sinkenden Zahl von Unfallopfern im Verkehr und bei der Arbeit, im zunehmenden Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und im medizinisch-technischen und therapeutischen Fortschritt (siehe Abbilung 2-2, nächste Seite).

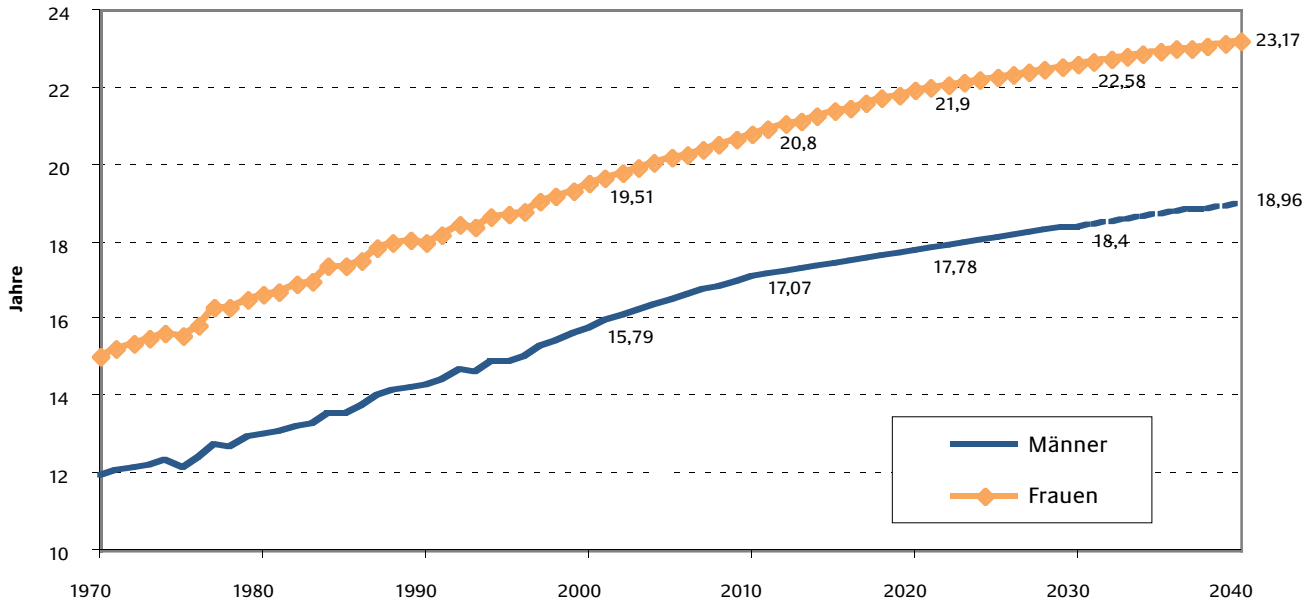
Dadurch ist auch die fernere Lebenserwartung in höheren Altern seit Jahren kontinuierlich angestiegen. 65-jährige westdeutsche Männer können heute mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von weiteren 15,8 Jahren rechnen, 2,8 Jahre mehr als noch vor zwanzig Jahren. Bei Frauen diesen Alters liegt die durchschnittliche Lebenserwartung mit 19,6 Jahren sogar drei Jahre höher als vor zwanzig Jahren.

In den neuen Ländern war die Lebenserwartung nach der Wiedervereinigung noch deutlich niedriger als in Westdeutschland. Bei Männern betrug der Unterschied rund 1,5 Jahre, bei Frauen sogar fast zwei Jahre. Mittlerweile hat sich der Unterschied jedoch deutlich verringert und liegt gegenwärtig nur noch bei 0,6 (Männer) bzw. 0,8 Jahren (Frauen). Dies macht deutlich, dass die Lebenserwartung unmittelbar durch Verbesserungen in der Lebensführung, der Umwelteinflüsse und der medizinischen Versorgung determiniert wird. Auch wenn sich der Angleichungsprozess etwas verlangsamen dürfte, ist mit einer vollständigen Angleichung der Lebenserwartung zwischen West- und Ostdeutschland bis zum Jahr 2010 zu rechnen.

Hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung ist zu erwarten, dass sich der Trend der steigenden Lebenserwartung fortsetzen wird. Es wird angenommen, dass die Sterbewahrscheinlichkeiten mittelfristig weiter deutlich zurückgehen, sich dieser Rückgang langfristig aber geringfügig verlangsamt.[3] Die fernere Lebenserwartung von 65-Jährigen wird annahmegemäß bis zum Jahr 2030 bei Männern (Frauen) um 2,6 Jahre (3,1 Jahre) auf 18,4 Jahre (22,6 Jahre) ansteigen. Damit werden 65-jährige Männer im Jahr 2030 im Durchschnitt 83,4 Jahre alt, Frauen sogar 87,6 Jahre.

3 Die Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung basieren bis zum Jahr 2010 auf den Prognosen des BMGS, die langfristige Entwicklung wurde in Anlehnung an die im Rahmen der Expertenanhörung vorgelegten Prognosen von Prof. Dr. Birg von der Universität Bielefeld erstellt.

Abbildung 2-2: Lebenserwartung von 65-Jährigen in den Alten Bundesländern



Quelle: Statistisches Bundesamt, BMGS, eigene Berechnungen

Wanderungen

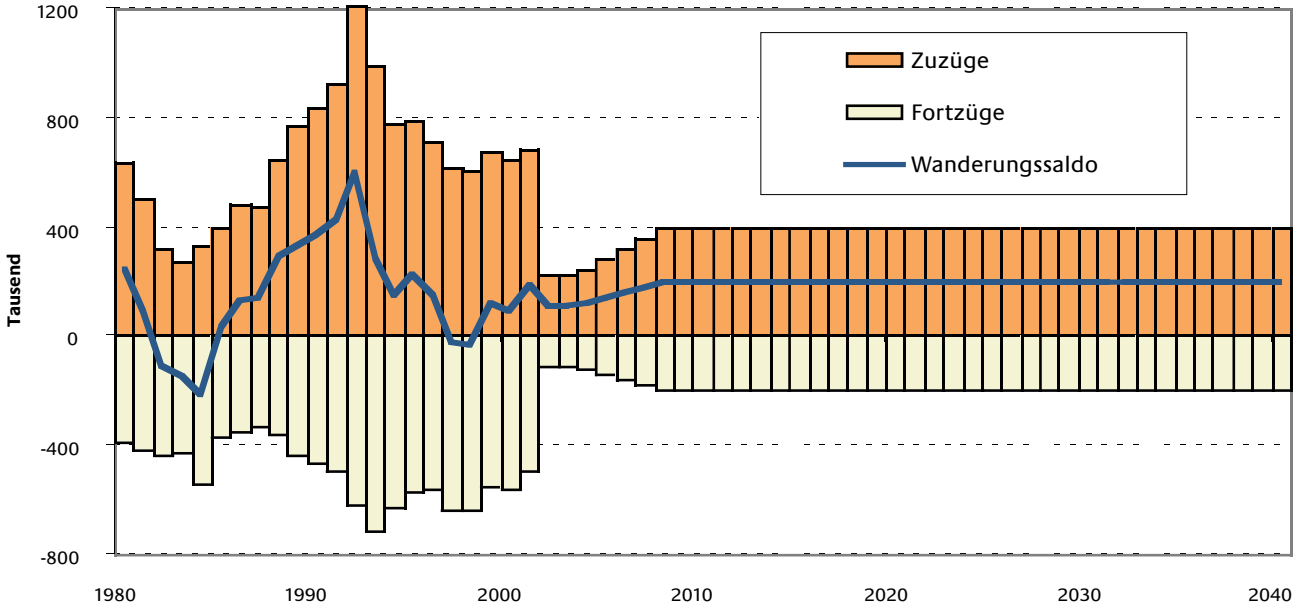
Im Gegensatz zur Entwicklung der Fertilität und der Mortalität können die Wanderungsbewegungen nicht auf der Grundlage etwa von biometrischen Parametern prognostiziert werden. Vielmehr werden die Wanderungsströme durch wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen im Inland und in den jeweiligen Herkunftsländern der Zuwanderer bestimmt. So wurden in den 60er Jahren massiv ausländische Arbeitskräfte angeworben, um die Arbeitsmarktnachfrage der expandierenden Wirtschaft in Deutschland befriedigen zu können. Im Anschluss an den Ölpreisschock 1973 und die damit einhergehende Wirtschaftskrise wurde ein Anwerbestopp für ausländische Arbeitskräfte verhängt, so dass die Nettozuwanderung danach deutlich zurückging. Infolge der politischen Umbrüche Ende der 80er Jahre stieg die Zuwanderung nach Deutschland erheblich an, ging danach jedoch nicht zuletzt aufgrund der restriktiveren Asylgesetze wieder zurück. Anhand dieser Entwicklungen zeigt sich der enge Zusammenhang zwischen wirtschaftlichen und politischen Gegebenheiten und den Wanderungsströmen (siehe Abbildung 2-3).

Dementsprechend sind für die zukünftige Entwicklung Annahmen zu treffen, die sich nicht aus zu- oder abnehmenden Trends in der Vergangenheit, sondern nur gleichbleibend aus dem langfristigen Mittel ableiten lassen. Es wird unterstellt, dass die Nettozuwanderung langfristig – nach einem Anstieg in den nächsten Jahren – bei 200.000 Personen pro Jahr verharrt. Für die Bevölkerungsentwicklung sind neben der Nettozuwanderung auch die Bruttowanderungsströme von Bedeutung, da tendenziell Ältere fortziehen und Jüngere zuwandern. Hier wird die eher restriktive Annahme getroffen, dass das Verhältnis von Bruttozuzügen zu Nettozuwanderung bei 2:1 und damit deutlich unter dem gegenwärtigen Niveau liegt.

2.1.2 Bevölkerungsentwicklung

Auf der Grundlage der getroffenen Annahmen wird die Bevölkerung in Deutschland bis zum Jahr 2010 noch leicht ansteigen und erst nach 2020 zunächst langsam, dann stärker zurückgehen. Im Jahr 2040 werden gut vier Millionen Menschen weniger in Deutschland leben als heute (siehe Tabelle 2-1). Diese vor dem Hintergrund der niedrigen Geburtenraten relativ geringfügige Veränderung der absoluten Bevölkerungsanzahl ist in erster Linie

Abbildung 2-3: Wanderungen von Ausländern



Quelle: Statistisches Bundesamt, BMGS, eigene Berechnungen

Resultat der steigenden Lebenserwartung und der Zuwanderung. Dieser nur leichte Rückgang geht jedoch einher mit einer erheblichen Verschiebung der Altersstruktur. So wird die Anzahl der unter 15-Jährigen von heute 12,8 Mio. bis zum Jahr 2040 um 3,7 Mio. sinken. Der Anteil dieser Altersklasse an der Gesamtbevölkerung wird dann noch bei 11,6 % liegen. Neben den niedrigen Geburtenraten ist dies vor allem auf den Rückgang der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter zurückzuführen.

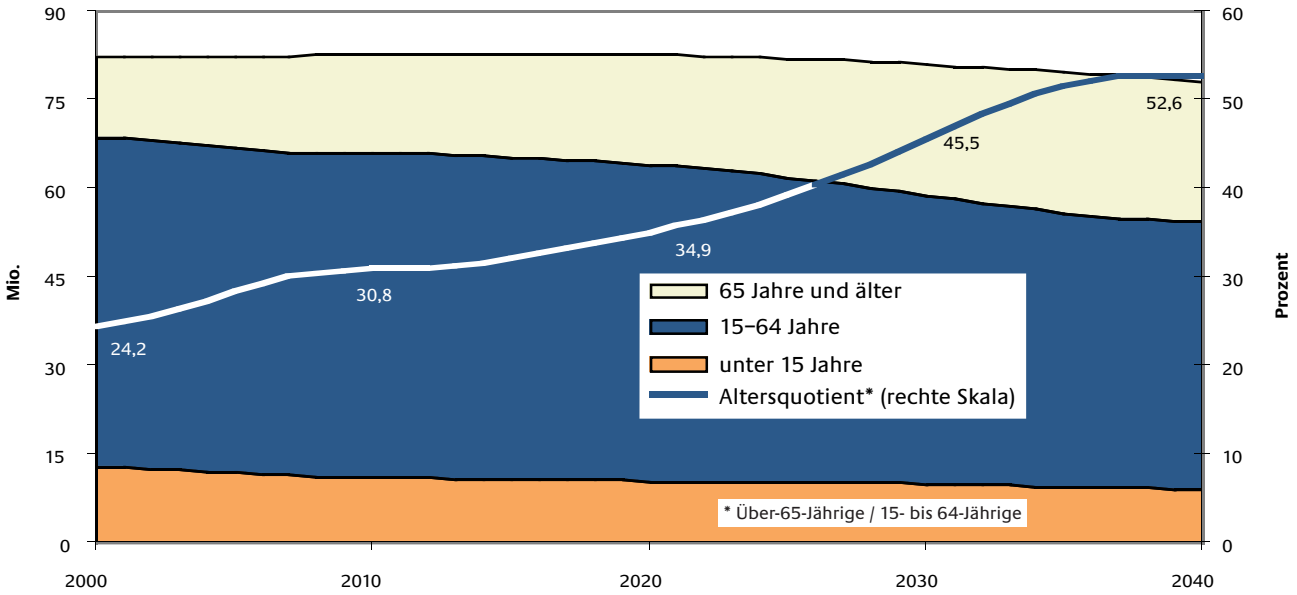
Der Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren lag im Jahr 2000 bei rund 68 %. Bis zum Jahr 2020 wird diese Gruppe um fast 2,5 Mio. zurückgehen. Erst wenn die geburtenstarken Jahrgänge aus dieser Altersgruppe herauswachsen, wird sich der Schrumpfungsprozess der arbeitsfähigen Bevölkerung beschleunigen. Zwischen 2020 und 2030 wird die Anzahl der 15- bis 64-Jährigen um 4,7 Mio. zurückgehen. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung liegt dann bei gut 60 %. Insgesamt wird die arbeitsfähige Bevöl-

Tabelle 2-1: Bevölkerungsentwicklung – Anteile der Altersgruppen

	2000	2010	2020	2030	2040
Bevölkerung insgesamt (Mio.)	82,2	82,7	82,7	81,0	78,1
unter 15	12,8	11,1	10,5	10,0	9,1
zwischen 15 und 64	55,9	54,7	53,5	48,8	45,2
65 und älter	13,5	16,9	18,7	22,2	23,8
80 und älter	3,0	4,2	5,9	6,3	7,7
Anteile in Prozent					
unter 15	15,6	13,5	12,7	12,4	11,6
zwischen 15 und 64	67,9	66,2	64,7	60,3	57,9
65 und älter	16,4	20,4	22,6	27,4	30,5
80 und älter	3,7	5,1	7,1	7,8	9,8
Altersquotient (65+/(20-64))	24,2	30,8	34,9	45,5	52,6

Quelle: Statistisches Bundesamt, BMGS, eigene Berechnungen

Abbildung 2-4: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt, BMGS, eigene Berechnungen

kerung bis zum Jahr 2030 um gut 7 Mio. zurückgehen, bis zum Jahr 2040 sogar um rund 10 Mio. (siehe Abbildung 2-4).

Während die Bevölkerung in den Altersgruppen unter 65 Jahren zurückgeht, nimmt parallel dazu die Anzahl der Personen im Rentenalter zu. Diese Entwicklung resultiert zum einen aus der stetig steigenden Lebenserwartung und im Zeitraum nach 2020 vor allem aus dem Hineinwachsen der geburtenstarken Jahrgänge ins Rentenalter. Insgesamt wird diese Altersgruppe bis zum Jahr 2030 von gegenwärtig etwa 13,5 Mio. auf über 22 Mio. anwachsen. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung liegt dann bei 27,4 % und steigt bis 2040 noch weiter auf 30 % an. Erst gegen Mitte des vierten Jahrzehnts kommt der Alterungsprozess insofern zum Erliegen als sich die Relation zwischen Arbeitsfähigen und Bevölkerung im Rentenalter nicht mehr weiter verändert.

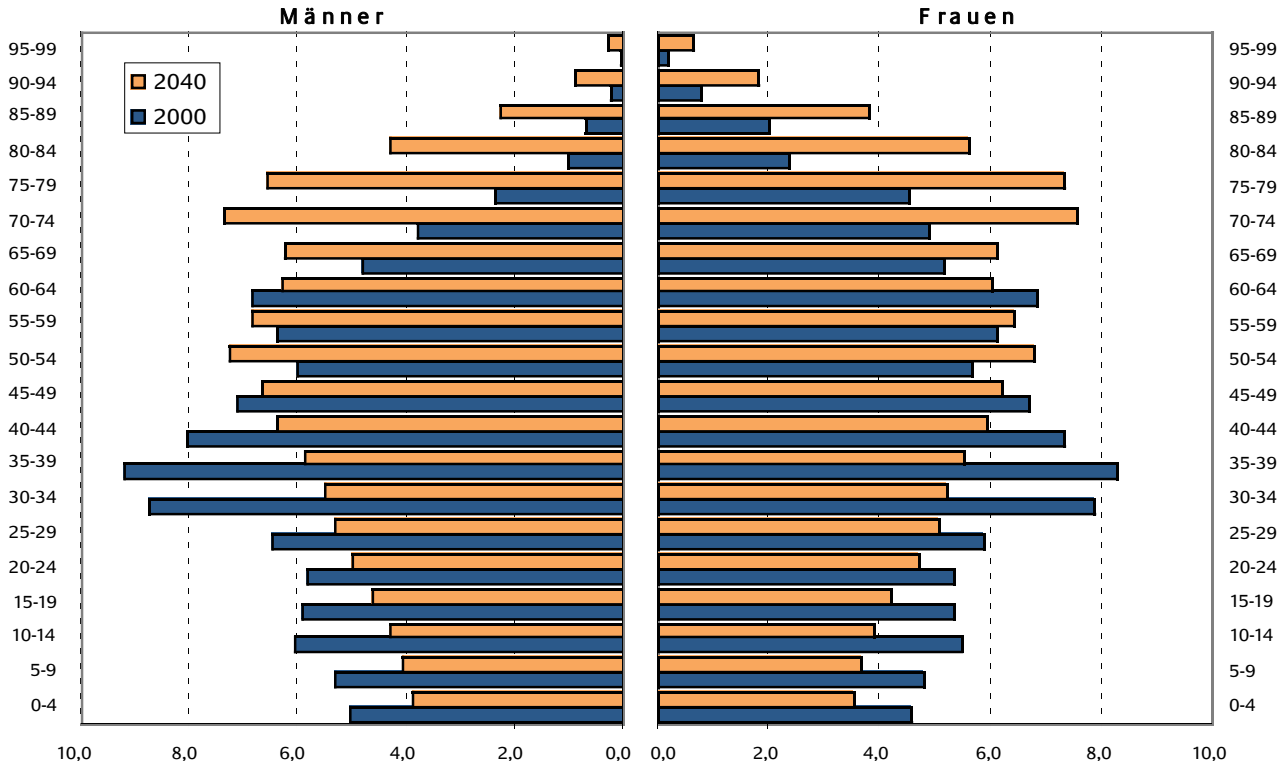
Die Konsequenzen dieser Verschiebungen im Altersaufbau zeigen sich in der Veränderung des Altersquotienten, hier berechnet als Relation der 65-Jährigen und Älteren zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Dieser steigt bis zum Jahr 2040 auf 52,6 % an und liegt damit mehr als doppelt so hoch wie noch im Jahr 2000. Das bedeutet, dass im Jahr 2040 auf eine Person im Rentenalter nur noch knapp zwei Personen im arbeitsfähigen Alter kommen, während es heute noch rund vier Personen sind.

Allerdings steigt der Altersquotient nicht stetig an. Zwischen 2005 und 2015 kommt es gewissermaßen zu einer demografischen „Pause“, da dann die relativ schwach besetzten Jahrgänge zwischen 1940 und 1950 in das Rentenalter hineinwachsen. Nach 2015 beschleunigt sich der Zuwachs des Altersquotienten aber zunehmend. Erst nach 2035 wird sich dieser Quotient nicht mehr weiter erhöhen (siehe Abbildung 2-4).

2.1.3 Erwerbspersonenpotenzial

Das Erwerbspersonenpotenzial (Arbeitskräftepotenzial) wird von zwei Faktoren determiniert: der Zahl, Altersverteilung und Geschlechterstruktur der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter einerseits und deren alters- und geschlechtsspezifischer Erwerbsneigung andererseits. Das Erwerbspersonenpotenzial hängt also auf der einen Seite von der demografischen Entwicklung ab und auf der anderen Seite von der grundsätzlichen Bereitschaft, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Damit umfasst das Erwerbspersonen-

Abbildung 2-5: Alterspyramide im Jahr 2000 und 2040 (Angaben in %)



Quelle: Statistisches Bundesamt, BMGS, eigene Berechnungen

potenzial neben den Erwerbstätigen (abhängig Beschäftigte und Selbständige) auch Erwerbslose (solche, die aktiv eine Arbeit suchen) und die so genannte Stille Reserve. Hierzu zählen Personen, die wegen einer ungünstigen Arbeitsmarktlage oder aus anderen Gründen nicht aktiv Arbeit suchen, dies aber bei veränderten Bedingungen tun würden.

Entwicklung der Erwerbsneigung

Die Determinanten für die Erwerbsneigung hängen also zum Teil von der wirtschaftlichen Entwicklung ab. Bezogen auf die alters- und geschlechtsspezifischen Erwerbsquoten[4] sind jedoch recht unterschiedliche Faktoren für die aktuelle und zukünftige Entwicklung relevant:

- Bei jüngeren Männern und Frauen liegen die Erwerbsquoten aufgrund der langen Ausbildungszeiten verhältnismäßig niedrig (siehe Abbildung 2-6). Langfristig ist damit zu rechnen, dass sich die Ausbildungszeiten im Durchschnitt zwar verkürzen, dies jedoch durch ein insgesamt höheres Ausbildungsniveau kompensiert wird. Insgesamt bleiben die Erwerbsquoten in den Altersklassen zwischen 15 und 24 Jahren annahmegemäß – abgesehen vom Angleichungsprozess zwischen West- und Ostdeutschland – konstant.

- Die Erwerbsquoten von Männern im Alter von 25 bis 54 Jahren sind mit über 90 % im Durchschnitt sehr hoch. Mit Ausnahme der 50- bis 54-Jährigen – hier wird in Folge der sich verbessernden Arbeitsmarktchancen mit einem leichten Anstieg gerechnet – werden diese Erwerbsquoten auch langfristig auf diesem Niveau verharren.

- Die Potenzialerwerbsquoten von Frauen im mittleren Alter sind niedriger als bei gleich-

4 Datenquelle für die Erwerbsquoten sind die empirischen Analysen des Mikrozensus. Allerdings besteht eine erhebliche Differenz (ca. 2 Mio.) zwischen den dort ausgewiesenen Erwerbstätigen und der Anzahl der Erwerbstätigen nach den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. Diese Differenz resultiert u.a. daraus, dass geringfügig Beschäftigte im Mikrozensus untererfasst sind. Die hier ausgewiesenen Erwerbsquoten wurden so revidiert, dass die mutmaßliche Untererfassung ausgeglichen wird und das Erwerbspersonenpotenzial damit zur Erwerbstätigkeit gemäß volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen kompatibel ist.

altrigen Männern. Bis zum Alter 40 ist dies durch Geburten und Kindererziehung begründet. Langfristig ist davon auszugehen, dass sich die Erwerbsneigung auch in diesen Altersklassen etwas erhöhen wird, da der Wunsch nach Erwerbstätigkeit nicht zuletzt aufgrund des gestiegenen Ausbildungsniveaus größer werden dürfte und weil sich die Arbeitsmarktchancen aufgrund des höheren Angebots an Teilzeitbeschäftigung weiter verbessern dürften. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass sich die Kinderbetreuungsmöglichkeiten gegenüber heute deutlich verbessern.

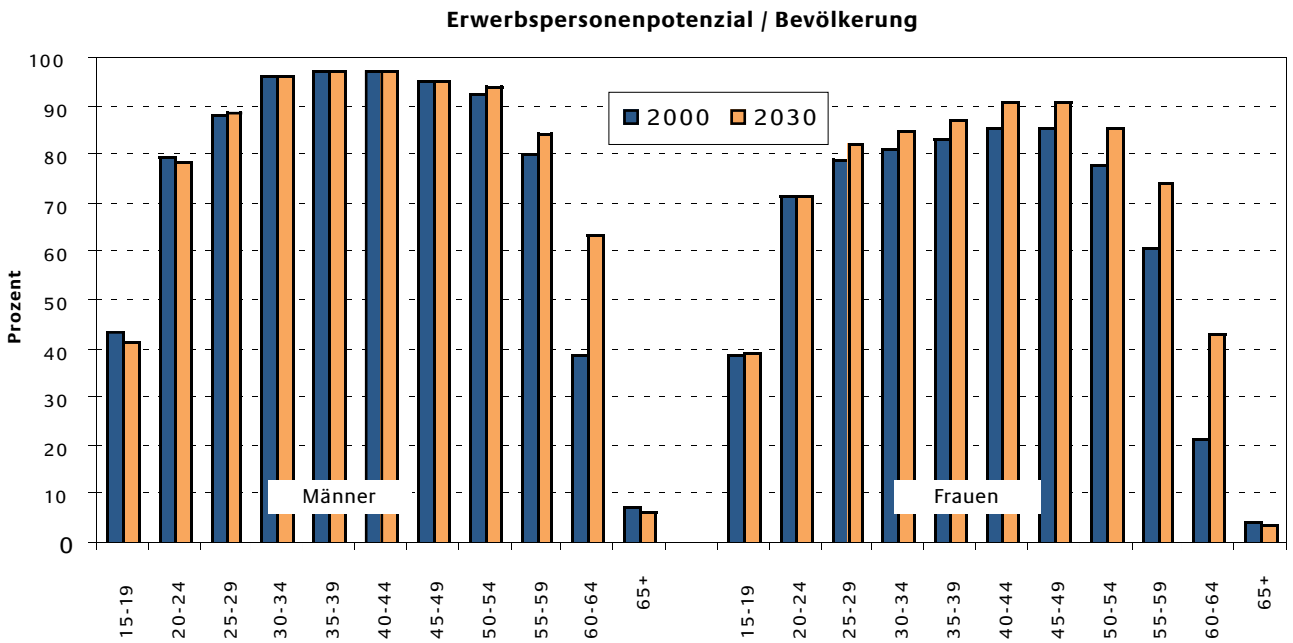
In den Altersklassen zwischen 40 und 55 Jahren werden die Erwerbsquoten langfristig schon allein deshalb ansteigen, weil die heute jüngeren, gut ausgebildeten Frauen im Anschluss an die Kindererziehung voraussichtlich stärker in die Erwerbstätigkeit streben als dies aktuell noch der Fall ist. Auch die sich ändernden Familienstrukturen dürften zu dieser Entwicklung beitragen.

- Die deutlichsten Veränderungen der Erwerbsneigung werden bei über 55-Jährigen erwartet. So steigt die Erwerbsquote der 60- bis 64-Jährigen annahmegemäß um über 20 Prozentpunkte auf rund 64 % bei Männern bzw. 43 % bei Frauen. Dadurch wird unterstellt, dass das Arbeitsmarktaustrittsalter, welches im Wesentlichen dem Renteneintrittsalter entspricht, infolge der in den Rentenreformgesetzen 1992 und 1999 beschlossenen Anhebungen der Altersgrenzen für den Renteneintritt von gegenwärtig 60,2 Jahren bis zum Jahr 2030 um 1,7 Jahre auf 61,9 Jahre ansteigt.

- Eine weitere Begründung für die steigenden Erwerbsquoten Älterer liegt in einer zu erwartenden Entspannung auf dem Arbeitsmarkt. Gerade weil immer weniger Jüngere auf den Arbeitsmarkt drängen, werden sich die Chancen für die Älteren deutlich verbessern. Dies setzt allerdings die Bereitschaft zu entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen sowohl von Seiten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber als auch der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer voraus.

Darüber hinaus wird angenommen, dass sich die aktuell noch zu beobachtenden Unterschiede in der Erwerbsneigung zwischen West- und Ostdeutschland im Zuge des wirtschaftlichen Aufholprozesses langfristig angleichen werden.

Abbildung 2-6: Potenzialerwerbsquoten nach Alter und Geschlecht in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt, BMGS, eigene Berechnungen

Die Potenzialerwerbsquoten im internationalen Vergleich

Um die getroffenen Annahmen auch im internationalen Kontext bewerten zu können, werden die gegenwärtigen und zukünftigen Erwerbsquoten in Deutschland nachfolgend mit den schon heute in Industrienationen zu beobachtenden Erwerbsquoten verglichen. Hierfür werden die alters- und geschlechtsspezifischen Erwerbsquoten auf eine normierte Bevölkerung bezogen, um Altersstruktureffekte zu nivellieren, so dass ein Vergleich der zusammengefassten Erwerbsquoten über alle Alter möglich wird.

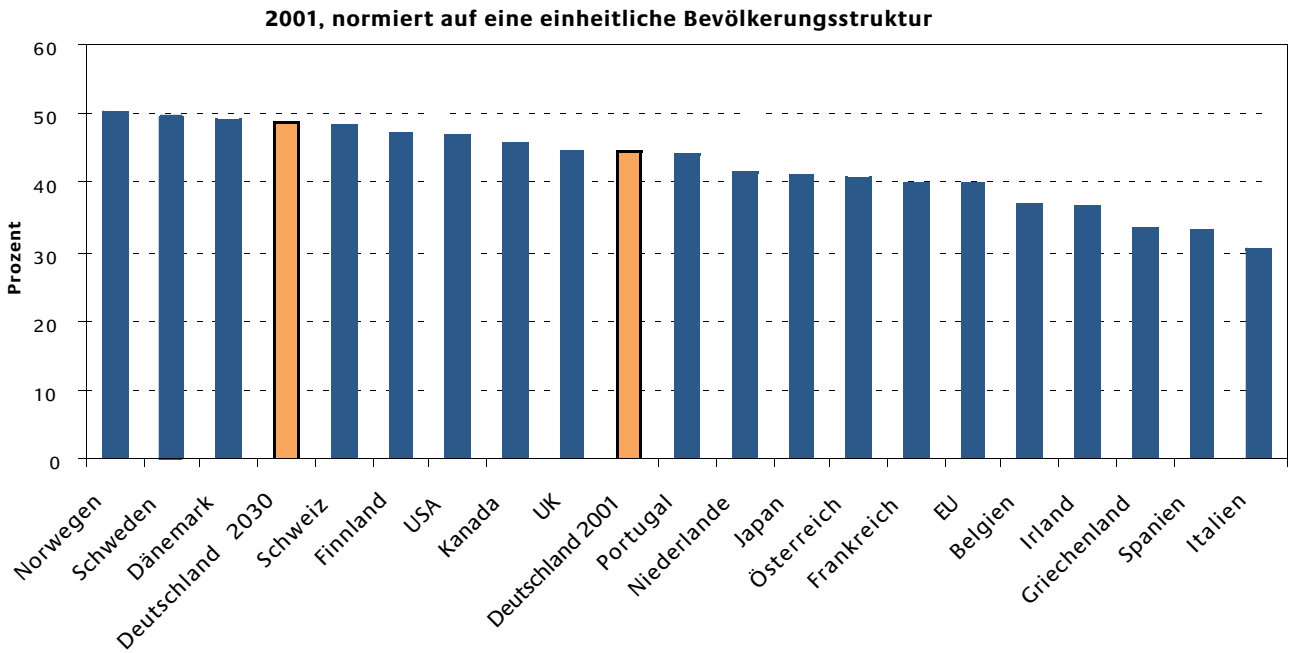
Bei den Potenzialerwerbsquoten von Frauen liegt Deutschland mit einem Wert von 44,6 % gegenwärtig etwa im Mittelfeld der Industrienationen. Angeführt wird die Reihung von den skandinavischen Ländern und der Schweiz (siehe Abbildung 2-7). Auf der Grundlage der getroffenen Annahmen wird sich die zusammengefasste Potenzialerwerbsquote in Deutschland bis zum Jahr 2030 auf 49 % erhöhen. Damit würde langfristig eine Erwerbsneigung von Frauen erreicht, wie sie bereits heute in den skandinavischen Ländern üblich ist. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass Deutschland gegenüber diesen Ländern im Zeitablauf tatsächlich aufholen wird, denn auch in diesen Ländern wird sich die Erwerbsneigung vor allem älterer Frauen aufgrund des besseren Ausbildungsstandards der heute jungen Frauen vermutlich weiter erhöhen.

Der Vergleich der Potenzialerwerbsquoten von Männern zeigt ein ähnliches Bild, wobei die Unterschiede nicht so gravierend sind wie bei Frauen. Deutschland wird sich hier annahmegemäß vom hinteren ins vordere Mittelfeld verbessern. Allerdings gilt wieder, dass die projizierte Situation in Deutschland im Jahr 2030 mit der gegenwärtigen Situation im Ausland verglichen wird (siehe Abbildung 2-8).

Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials

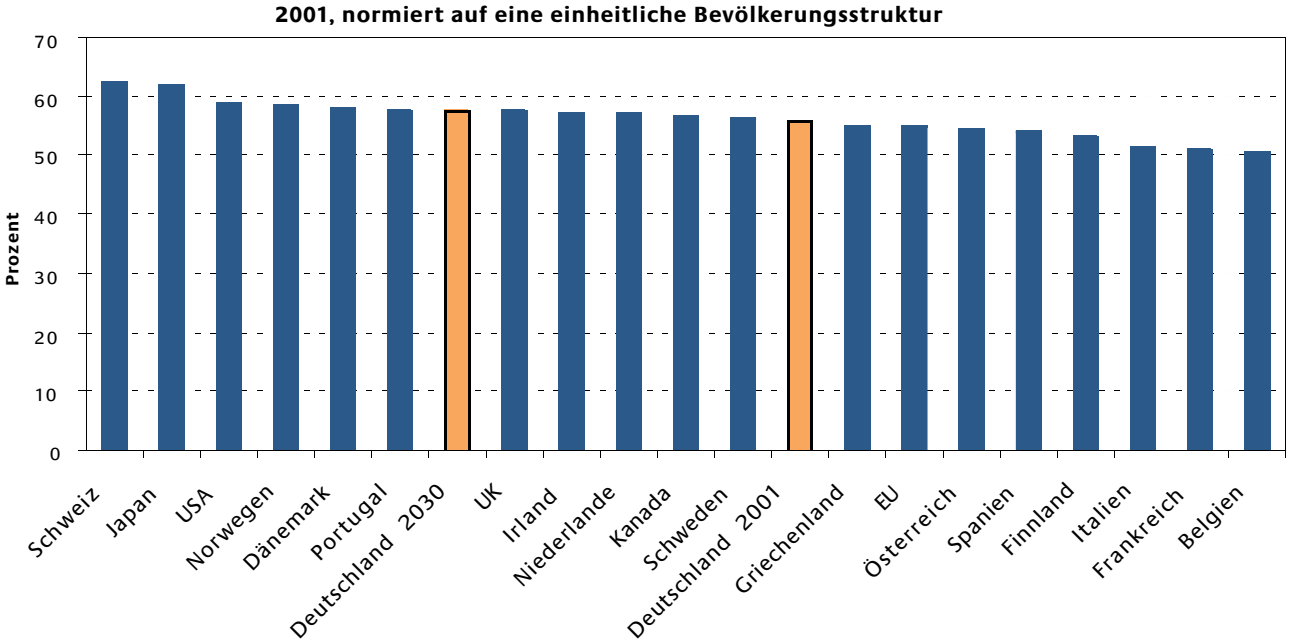
Auf der Grundlage der beschriebenen Annahmen, die sich zusammenfassend durch einen

Abbildung 2-7: Potenzialerwerbsquoten von Frauen im internationalen Vergleich



Quelle: Prognos, eigene Berechnungen

Abbildung 2-8: Potenzialerwerbsquoten von Männern im internationalen Vergleich



Quelle: Prognos, eigene Berechnungen

Anstieg der Erwerbsquoten bei Frauen und bei Männern im Alter von über 55 Jahren charakterisieren lassen, ergibt sich zusammen mit der Bevölkerungsentwicklung das Erwerbspersonenpotenzial. Dieses wird von gegenwärtig gut 43,2 Mio. bis zum Jahr 2010 noch auf 44 Mio. ansteigen, bis zum Jahr 2030 aber auf 40,1 Mio. zurückgehen. Das Arbeitskräftepotenzial wird in Deutschland trotz der unterstellten steigenden Erwerbsneigung langfristig um rund 7,5 % sinken.

Im Vergleich zur Entwicklung der arbeitsfähigen Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, die zwischen 2000 und 2030 um 7 Mio. zurückgeht, fällt der Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials von 3,2 Mio. verhältnismäßig gering aus (siehe Tabelle 2-2). Diese relative Zunahme des Erwerbspersonenpotenzials resultiert zu einem Drittel (1,3 Mio.) aus der Altersstrukturverschiebung innerhalb der arbeitsfähigen Bevölkerung. Während immer weniger Junge mit niedrigen Erwerbsquoten nachwachsen, steigt die Anzahl der Älteren mit vergleichsweise hohen Erwerbsquoten. Die verbleibende relative Zunahme in Höhe von 2,6 Mio. ist durch die steigenden Erwerbsquoten bedingt. Davon entfallen 1,8 Mio. auf Frauen und 0,8 Mio. auf Männer.

Tabelle 2-2: Bevölkerung und Erwerbspersonenpotenzial in Mio.

	2000	2030	Veränderung 2000–2030
Bevölkerung im Alter von 15–64	55,9	48,8	-7,0
Erwerbspersonenpotenzial	43,2	40,1	-3,2
relative Zunahme			3,9
resultiert aus			
Altersstruktureffekt			1,3
steigenden Potenzialerwerbsquoten			2,6

Differenzen in den Summen durch Rundungen

Quelle: Statistisches Bundesamt, BMGS, eigene Berechnungen

Aus der Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials können keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die Erwerbstätigkeit gezogen werden, weil damit lediglich das Arbeitskräfteangebot, jedoch nicht die Arbeitsmarktnachfrage bestimmt wird. Festzuhalten ist jedoch, dass sich das sinkende Arbeitskräfteangebot langfristig bremsend auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung auswirken wird.

2.2 Wirtschaftswachstum und Arbeitsmarktentwicklung

Die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme wird auf der einen Seite durch die Alterung der Gesellschaft und den damit verbundenen Druck auf der Ausgabenseite sowie auf der anderen Seite durch die Beschäftigungsentwicklung, die maßgeblich ausschlaggebend für die Einnahmenentwicklung ist, beeinflusst. Prognosen zur Arbeitsmarktentwicklung unterliegen – anders als Bevölkerungsprognosen – erheblichen Unsicherheiten. Denn das Beschäftigungsniveau wird auch durch die wirtschaftliche Entwicklung bestimmt, welche ihrerseits wiederum u.a. von der Gestaltung der Sozialen Sicherungssysteme selbst abhängt.

Die Projektion der Arbeitsmarktentwicklung allein aus der demografischen Entwicklung ohne Einbettung in ein gesamtwirtschaftliches Szenario ist zwar möglich, birgt jedoch das Risiko unplausibler Ergebnisse, da der implizit damit verbundene Wachstumspfad außer Acht gelassen wird. Entsprechend wurde ein gesamtwirtschaftliches Szenario entwickelt, das die demografische und wirtschaftliche Entwicklung sowie die Arbeitsmarktnachfrage und das Arbeitskräfteangebot sowie deren jeweilige Interdependenzen plausibel abbildet.[5]

Tabelle 2-3: BIP, Produktivität und Beschäftigung

	Einheit	2002	2010	2020	2030	2040
BIP, 95er Preise	Mrd. €	1.984	2.305	2.764	3.192	3.630
BIP / Kopf, 95er Preise	Tsd. € / EW	24,1	27,9	33,4	39,4	46,5
Produktivität	Tsd. € / ET	51,3	58,7	70,5	84,5	100,7
Erwerbstätige (Inland)	Tsd.	38.688	39.255	39.201	37.750	36.051
darunter SV-pflichtig Beschäftigte	Tsd.	32.335	32.904	32.912	31.803	30.427
Erwerbspersonenpotenzial	Tsd.	43.221	44.030	43.331	40.072	37.615
Erwerbslose	Tsd.	3.251	3.085	2.627	1.543	1.219
Stille Reserve	Tsd.	1.344	1.749	1.562	839	405
nachr. registrierte Arbeitslose	Tsd.	4.060	3.763	2.952	1.733	1.369
Arbeitslosenquote	%	9,5	8,8	7,0	4,4	3,7
Veränderungsraten		02-30	02-10	10-20	20-30	30-40
BIP, 95er Preise	% p.a.	1,7	1,9	1,8	1,4	1,3
BIP / Kopf, 95er Preise	% p.a.	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
Produktivität	% p.a.	1,8	1,7	1,8	1,8	1,8
Erwerbstätige (Inland)	% p.a.	-0,1	0,2	0,0	-0,4	-0,5
Erwerbspersonenpotenzial	% p.a.	-1,7	3,3	-0,2	-0,8	-0,6
Inflationsrate	% p.a.	1,5	1,4	1,5	1,5	1,5
Lohnsteigerung (nominal)	% p.a.	2,9	2,6	3,0	3,0	3,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, Prognos, eigene Berechnungen

5 Dieses Szenario basiert auf der Prognose zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung der Prognos AG, Basel, die im Rahmen der Expertenanhörung vorgestellt wurde und hinsichtlich der Kurzfristannahmen auf dem Rechtsstand des Frühjahrs 2003 basiert.

Das Szenario bildet einen Entwicklungspfad ab, der durch „verhalten optimistische“ Annahmen bezüglich der Erfolge von Reformen auf dem Arbeitsmarkt und der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft gekennzeichnet ist. Im Einzelnen ergeben sich folgende Wachstumsentwicklungen der zentralen Kenngrößen (siehe Tabelle 2-3):

- Das reale Bruttoinlandsprodukt pro Kopf wird langfristig mit durchschnittlich 1,8 % p. a. wachsen. Im Zuge der Alterung der Gesellschaft wird dabei jedoch eine geringfügige Verlangsamung des Expansionstempos im Zeitablauf unterstellt. Die Pro-Kopf-Wirtschaftsleistung steigt bis zum Jahr 2030 von gegenwärtig 24.100 € auf 39.400 € an und liegt damit über 60 % höher als heute.

- Das gesamtwirtschaftliche Wachstum liegt zwischen 2002 und 2030 bei 1,7 % p. a., allerdings wird sich das Wachstum aufgrund der schrumpfenden Bevölkerung nach 2020 deutlich verlangsamen. So liegt das Wirtschaftswachstum in der dritten Dekade nur noch bei 1,4 % p. a.

- Dieser Wachstumspfad geht nicht zuletzt aufgrund des internationalen Wettbewerbs und des damit verbundenen Preisdrucks mit einer relativ geringen Inflationsrate von langfristig 1,5 % p. a. einher.

- Es wird mit einem Wachstum der Arbeitsproduktivität von durchschnittlich 1,8 % p. a. über den gesamten Projektionszeitraum gerechnet. Die Produktivitätsentwicklung verläuft damit etwas dynamischer als in den letzten Jahren.

- Die Erwerbstätigkeit wird vor diesem Hintergrund gegenüber heute bis zum Jahr 2010 um 0,6 Mio. zunehmen. Dies ist vorwiegend konjunkturell begründet. Bis zum Jahr 2020 bleibt die Erwerbstätigkeit mit gut 39,2 Mio. fast unverändert. Danach, bis zum Jahr 2030, wird die Beschäftigung aufgrund des sinkenden Arbeitskräftepotenzials um gut 1,4 Mio. auf 37,8 Mio. zurückgehen. Im Zuge dieser Entwicklung wird neben der Erwerbslosigkeit langfristig auch die Stille Reserve bis zum Jahr 2030 auf 0,9 Mio. abgeschmolzen (siehe Abbildung 2-9).

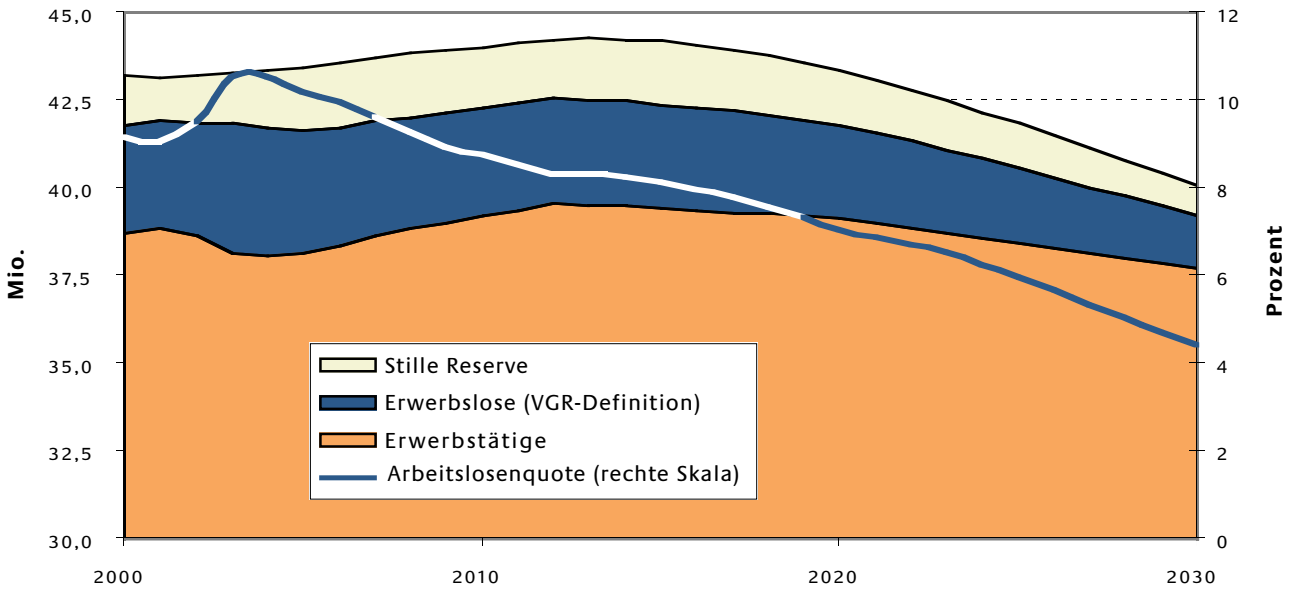
- Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Erwerbstätige abzüglich Selbständige und Beamte) entwickelt sich fast parallel zur Erwerbstätigkeit. Allerdings fällt der Rückgang langfristig etwas geringer aus, da der Anteil der Beamtinnen und Beamten annahmegemäß zurückgeht, während der Anteil der Selbständigen langfristig nahezu konstant bleibt.

- Diese - unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen des ersten Halbjahres 2003 prognostizierte – Entwicklung geht einher mit einer zunächst geringfügig, langfristig deutlich abnehmenden Arbeitslosigkeit. Die Arbeitslosenquote sinkt bis zum Jahr 2010 nur relativ geringfügig auf 8,8 % ab. Bis zum Jahr 2020 wird sich die Arbeitsmarktsituation weiter leicht entspannen, die Arbeitslosenquote wird dann aber immer noch bei 7,0 % liegen. Danach, bis zum Jahr 2030 und darüber hinaus, wird die Entwicklung eher durch einen Arbeitskräftemangel, vor allem an hoch qualifizierten Beschäftigten, geprägt sein. Die Arbeitslosenquote sinkt entsprechend bis zum Jahr 2030 auf 4,4 % ab.

- Für die Löhne wird bis zum Jahr 2010 ein Anstieg von durchschnittlich 2,6 % p.a. unterlegt, langfristig wird eine Rate von 3,0 % p. a. angenommen.

Die mit der demografischen Entwicklung verbundene Alterung der Gesellschaft wird bis zum Jahr 2030 nur begrenzt auf die Arbeitsmarktentwicklung durchschlagen. Gegenüber dem Jahr 2000 wird die Beschäftigung im Jahr 2030 etwa 1 Mio. niedriger liegen. Die Ursachen für diesen nur relativ geringen Rückgang liegen zum einen im nur unterproportional sinkenden Erwerbspersonenpotenzial und zum anderen im Abbau der Arbeitslosigkeit. Damit wird in diesem Szenario unterstellt, dass die derzeit vorherrschenden strukturellen Prob-

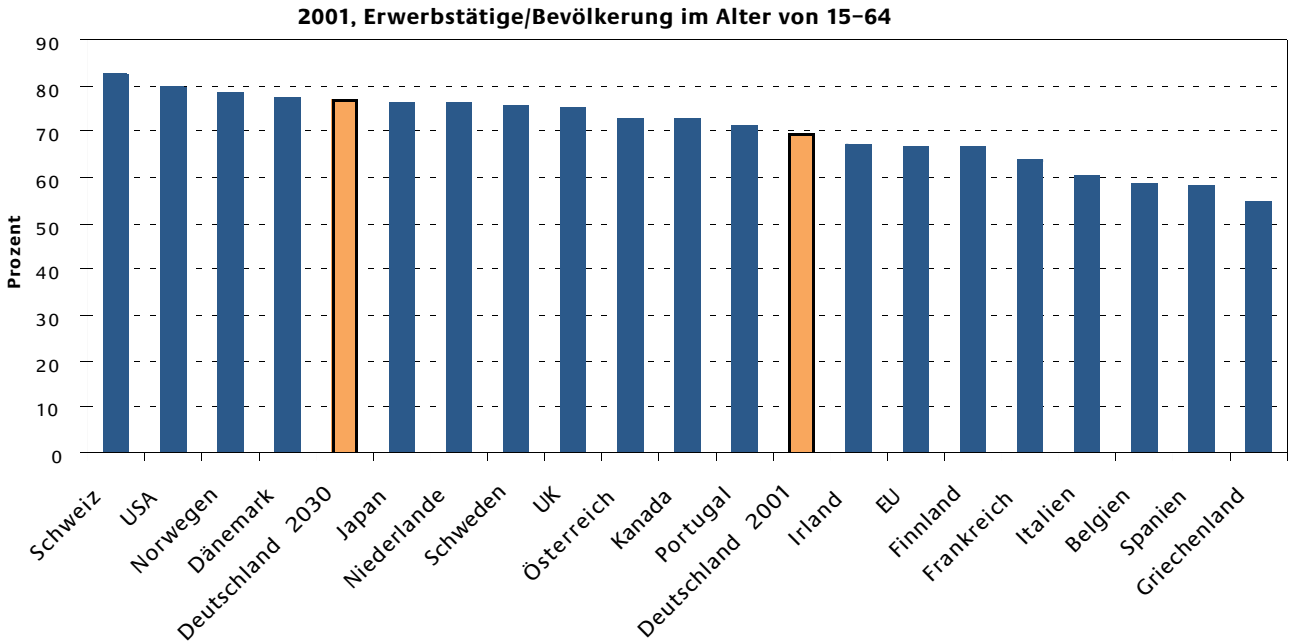
Abbildung 2-9: Arbeitsmarktbilanz



Quelle: Statistisches Bundesamt, BMGS, eigene Berechnungen

leme am Arbeitsmarkt langfristig zu einem guten Teil gelöst werden. Dieser vorsichtigen Projektion entsprechend werden in Deutschland die Erwerbstätigenquoten im Jahr 2030 erreicht sein, wie sie heute z. B. in Dänemark oder den Niederlanden zu beobachten sind. Dieses setzt eine deutliche Erhöhung der Erwerbstätigkeit insbesondere von Frauen und älteren Arbeitnehmern voraus (siehe Abbildung 2-10). Dazu sind Reformen des Arbeitsmarktes und der Sozialen Sicherungssysteme erforderlich.

Abbildung 2-10: Erwerbstätigenquoten im internationalen Vergleich



Quelle: Prognos, eigene Berechnungen

Das Szenario der Kommission zur demografischen und ökonomischen Entwicklung, welches als Grundlage für die Ermittlung des Reformbedarfs und der Auswirkungen der vorgeschlagenen Reformen dient, stellt einen in sich konsistenten, plausiblen Entwicklungspfad dar. Um den Handlungsbedarf hinsichtlich der Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme möglichst realistisch einschätzen zu können, wurde ein weder optimistisches noch pessimistisches Szenario entwickelt.

3 Reformvorschläge zur Gesetzlichen Rentenversicherung

3.1 Besondere Problemlage und Ziele

Die Kommission ist der Überzeugung, dass die finanzielle und die soziale Nachhaltigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung auch für die Zukunft gesichert werden kann. Hierzu muss der mit den vergangenen Reformen eingeschlagene Weg konsequent weiter beschritten werden. Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Rentenversicherung können zwar nicht vermieden werden. Sie lassen sich aber beschäftigungsfreundlicher und gleichmäßiger auf die Generationen verteilen. Die Kommission unterbreitet konkrete Vorschläge, wie das bestehende System entsprechend ausgerichtet werden kann. Einen Systemwechsel unter Aufgabe des beitragsfinanzierten Versicherungssystems und der tragenden Prinzipien der Rentenversicherung lehnt die Kommission hingegen ab.

Kasten 3-1: Die Gesetzliche Rentenversicherung

Die Gesetzliche Rentenversicherung ist ursprünglich als Pflichtsystem für Arbeiter und Angestellte geschaffen worden. Mittlerweile sind aber weitere Personenkreise, wie z. B. Kindererziehende, einige Gruppen von Selbständigen oder Bezieher bestimmter Lohnersatzleistungen pflichtversichert. Außerdem steht die Rentenversicherung vielen nicht pflichtversicherten Personen in Form einer Antragspflichtversicherung oder freiwilligen Versicherung offen.

Der Versicherungszwang korrespondiert mit der Gewähr für abhängig Beschäftigte, ohne individuelle Risikoprüfung zu gleichen Bedingungen wie die übrigen Mitglieder der Solidargemeinschaft Versicherungsschutz zu erlangen. Es gibt beispielsweise keine Beitragszuschläge für Frauen aufgrund ihrer durchschnittlich höheren Lebenserwartung oder für Menschen mit Vorerkrankungen, bei denen eine frühzeitige Erwerbsminderung wahrscheinlich ist.

Wichtigste Leistung der Gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten sowie der Knappschaftlichen Rentenversicherung ist die Zahlung von Renten an Versicherte bei Erwerbsminderung und im Alter sowie von Renten an Hinterbliebene (2002: rund 89 % der Ausgaben). Zu den weiteren Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung gehören Beiträge und Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner (6,8 %), Rehabilitationsmaßnahmen (2,1 %) sowie die Information, Auskunft und Beratung von Versicherten und Rentnern (auch zu Fragen der staatlich geförderten Zusatzvorsorge). Die Verwaltungs- und Verfahrenskosten liegen bei rund 1 1/2 % des Ausgabenvolumens.

Die Höhe der individuellen Bruttorente wird durch Multiplikation der während des Erwerbslebens aufgrund von Beitragszahlungen oder anderer Tatbestände erworbenen Entgeltpunkte mit dem so genannten aktuellen Rentenwert errechnet. Ein Entgeltpunkt ist der Gegenwert für eine einjährige Zahlung von Beiträgen auf der Grundlage eines Durchschnittsverdienstes; bei höheren oder niedrigeren Entgelten fällt auch der Entgeltpunktwert entsprechend höher oder niedriger aus. Mit einem Entgeltpunkt wird auch jedes Jahr Kindererziehungszeit, das rentenrechtlich berücksichtigt wird, bewertet. Der so genannte Standard- oder Eckrentner ist ein modellhafter Versicherter, bei dem eine 45-jährige Beitragszahlung aufgrund eines Durchschnittsverdienstes unterstellt wird. Die Eckrente wird durch Multiplikation der 45 Entgeltpunkte mit dem aktuellen Rentenwert ermittelt. Während es unwahrscheinlich ist, dass Rentner 45 Jahre lang permanent Durchschnittsverdiener waren, gibt es aber dennoch sehr viele Versicherte mit 45 und mehr Entgeltpunkten (rund 38 % der Rentner, allerdings nur gut 3 % der Rentnerinnen in Westdeutschland).

Der aktuelle Rentenwert beschreibt den Wert eines Entgeltpunktes im jeweils maßgebenden Zeitraum. Der aktuelle Rentenwert wird jährlich an die Einkommensentwicklung des Vorjahres angepasst. Zurzeit beträgt der aktuelle Rentenwert für die alten Bundesländer 26,13 € und der für die neuen Bundesländer 22,97 €. Daraus errechnet sich eine Bruttostandardrente von 1.175,85 € in West- bzw. von 1.033,65 € in Ostdeutschland.

Die Gesetzliche Rentenversicherung wird im Umlageverfahren finanziert. Die Einnahmen beruhen im Wesentlichen (rund 74 %) auf Beiträgen; darüber hinaus leistet der Bund Zuschüsse, mit denen die nicht beitragserworbenen (sog. versicherungsfremden) Leistungen der Rentenversicherung ausgeglichen werden.

In der Diskussion um die Zukunftsfähigkeit der Gesetzlichen Rentenversicherung wird häufig der Eindruck vermittelt, die Politik habe die seit langem bekannte demografische Entwicklung bisher weitgehend ignoriert, und die finanzielle Situation der Rentenversicherung habe sich nunmehr so zugespitzt, dass nur eine Systemänderung die Alterssicherung noch retten kann.

Dieser Eindruck ist nicht richtig. Bereits in den 80er Jahren sind Maßnahmen auf den Weg gebracht worden, die einen nachhaltigen Einfluss auf die Finanzierung der Gesetzlichen Rentenversicherung hatten. Eine der wichtigsten war die im Jahr 1989 verabschiedete Rentenreform 1992. Auch danach wurden zahlreiche Gesetze verabschiedet, mit denen die Ausgaben- und Beitragssatzdynamik gedämpft wurde.[1] Die wichtigsten dieser Maßnahmen sind die Anhebung der vorgezogenen Altersgrenzen für einen abschlagsfreien Rentenbezug von 60 bzw. 63 Jahren auf das 65. Lebensjahr, die Modifizierung der Rentenanpassung, die stärkere Betonung des Versicherungsprinzips durch die Rückführung der rentenrechtlichen Berücksichtigung beitragsfreier Zeiten sowie die sachgerechte Finanzierung der so genannten versicherungsfremden Leistungen durch Steuermittel. Parallel hierzu wurden – zum Teil durch das Bundesverfassungsgericht angestoßen – die Familienleistungen in der Rentenversicherung ausgeweitet.

Ihren bisherigen Abschluss fanden die Reformmaßnahmen in der Rentenreform 2001.[2] Mit dieser grundlegenden Reform wurde der Grundstein zum Ausbau der zweiten und dritten Säule der Alterssicherung gelegt und zudem wurden die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit neu geregelt, die Hinterbliebenenrente neu ausgerichtet sowie die eigenständige Alterssicherung von Frauen durch Einführung eines fakultativen Rentensplittings und den weiteren Ausbau der kindbezogenen Leistungselemente verbessert. Zudem wurde außerhalb des Rentenrechts eine bedarfsorientierte Grundsicherung für ältere und für dauerhaft erwerbsgeminderte Menschen geschaffen.

Im Fokus der Rentenreform 2001 stand eine weitere Dämpfung des Beitragssatzanstiegs in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Wege verlangsamter Rentenzuwächse, insbesondere bis zum Jahr 2010. Der Gesetzgeber legte fest, dass bei Erreichen bzw. Überschreiten eines Beitragssatzes von 20 % bis zum Jahr 2020 bzw. 22 % bis zum Jahr 2030 die Politik Maßnahmen zum Gegensteuern vorzuschlagen hat. Um das Beitragssatzziel einzuhalten, bedurfte es – auf der Basis der seinerzeit zugrunde gelegten demografischen und ökonomischen Grundannahmen – einer im Wege reduzierter Rentenanpassungen zu realisierenden Absenkung des bei rund 70 % liegenden Nettorentenniveaus, wobei ein Mindestniveau von 67 % eingehalten werden sollte.[3]

Durch die eingeleitete Niveauabsenkung wurde für die Sicherung des Lebensstandards im Alter der eigenverantwortliche Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Altersvorsorge unerlässlich. Damit auch Versicherte mit niedrigem und mittlerem Einkommen die Mittel für den Aufbau dieser Zusatzvorsorge aufbringen können, ist mit der Riester-Rente eine staatliche Förderung durch eine Kombination aus Zulagen – durch die insbesondere Bezieher niedriger Einkommen und Familien mit Kindern begünstigt werden – und steuerlicher Entlastung – d. h. der steuerlichen Abzugsfähigkeit der Beiträge – eingeführt worden.

1 Während man Ende der 80er Jahre für 2030 noch Beitragssätze von über 40 % befürchtete, ging man im Jahr 2000 auf der Grundlage der zwischenzeitlich umgesetzten Reformen von einem Beitragssatz von 24-26 % aus (so der Gesetzentwurf zum Altersvermögensgesetz, BT-Drucks. 14/4595).

2 Unter dem Begriff „Rentenreform 2001“ werden im Rahmen des vorliegenden Berichts mehrere Gesetze zusammengefasst, mit denen die Reformvorstellungen der Bundesregierung umgesetzt wurden: Hierbei handelt es sich – in der Reihenfolge der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt – um das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000 (BGBl. I S. 1827), das Altersvermögensergänzungsgesetz vom 21.03.2001 (BGBl. I S. 403), Art. 7a des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes und anderer Gesetze vom 13.06.2001 (BGBl. I S. 1027), das Altersvermögensgesetz vom 26.06.2001 (BGBl. I S. 1310) sowie das Gesetz zur Verbesserung des Hinterbliebenenrentenrechts vom 17.07.2001 (BGBl. I S. 1598); vgl. auch Dünn, Sylvia, Stephan Fasshauer [2001], Die Rentenreform 2000/2001 – Ein Rückblick, DRV 2001, S. 266.

3 In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass der Wert von 67 % aufgrund einer zwischenzeitlich geänderten Berechnungsweise in etwa dem im Rentenreformgesetz 1999 (Gesetz vom 16.12.1997; BGBl. I S. 2998) genannten Mindestniveau von 64 % entspricht, sofern die unterstellten Sparbeiträge zur Riester-Rente sich nicht nettoeinkommensmindernd auswirken.

Kasten 3-2: Säulen der Alterssicherung

Das System der Alterssicherung ist in Deutschland in verschiedene historisch gewachsene Systeme gegliedert, die z.T. erhebliche Unterschiede im Hinblick auf den abgesicherten Personenkreis, die Sicherungsfunktion, die Finanzierung und ihre organisatorische Struktur aufweisen. Bei allen Unterschieden werden die Sicherungssysteme in drei Gruppen – man spricht zumeist von Säulen oder Schichten – unterteilt.

Die öffentlich-rechtlichen Pflichtsysteme (Gesetzliche Rentenversicherung, Beamtenversorgung, Alterssicherung der Landwirte, berufsständische Versorgungswerke) stellen die erste Säule der Alterssicherung dar. Die zweite Säule umfasst die betriebliche Altersversorgung in der Privatwirtschaft und im Öffentlichen Dienst. Die private Altersvorsorge wird als dritte Säule bezeichnet, wobei teilweise strittig ist, welche Formen der privaten Vermögensbildung echte Altersvorsorge im Sinne einer Absicherung der so genannten biometrischen Risiken Langlebigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Tod des Ehepartners darstellen.

Die individuelle Zusammensetzung der Alterssicherung ist höchst unterschiedlich. Während sich bei vielen abhängig Beschäftigten die Alterssicherung auf zwei oder drei Säulen verteilt, stützen andere Personen, wie z.B. die meisten Selbständigen, ihre Absicherung für das Alter lediglich auf eine Säule. Außerdem ist nicht immer eine eindeutige Zuordnung der Sicherungssysteme zu einer Säule möglich. So umfassen z.B. die knappschaftliche Rentenversicherung und die Beamtenversorgung als bifunktionale Systeme auch die Aufgaben der zweiten Säule. Schließlich sind bei der Betrachtung des Drei-Säulen-Systems Unterschiede zwischen West und Ost erkennbar: In den neuen Bundesländern wird die Alterssicherung im Wesentlichen von der Gesetzlichen Rentenversicherung getragen. Insbesondere die betriebliche Altersversorgung wird auf geraume Zeit nicht den Stellenwert erlangen, den sie in den alten Bundesländern seit Jahrzehnten innehat.

Als Alterssicherung im weiteren Sinne können auch die Leistungen des zum 01.01.2003 in Kraft getretenen Grundsicherungsgesetzes gesehen werden. Ab Vollendung des 65. Lebensjahres und bei dauerhafter Erwerbsminderung kann bei Bedürftigkeit ein Anspruch auf Grundsicherung bestehen, der sich von der Sozialhilfe unter anderem durch die pauschalisierte Leistung und den beschränkten Rückgriff des Leistungsträgers auf unterhaltspflichtige Angehörige unterscheidet. Da bei der Grundsicherung der Fürsorgegedanke im Vordergrund steht, kann man sie nicht mit den übrigen Vorsorgesystemen vergleichen. In dieser Systematik kann man daher nicht von einer „Säule“ der Alterssicherung sprechen.

Angesichts dieses umfassenden Reformansatzes drängt sich die Frage auf, warum bereits im Jahr 2002 die Notwendigkeit weiterer Reformen diskutiert wurde. Bei der Beantwortung dieser Frage werden allerdings die aktuellen Finanzierungsprobleme einerseits und der Aspekt der langfristigen Finanzierbarkeit der Rentenversicherung andererseits häufig vermengt, so dass der Eindruck entstehen konnte, die Rentenreform 2001 sei vom Ansatz her unzureichend oder gar verfehlt. Hier ist eine differenziertere Sichtweise geboten:

Die aktuellen Probleme, den Beitragssatz der Gesetzlichen Rentenversicherung stabil zu halten, liegen in der gegenwärtigen konjunkturellen Lage begründet, die sich spätestens seit 2001 verschlechtert hat. Diese Probleme sind aber kein Zeichen einer systembedingten Schwäche der Rentenversicherung. Auch kapitalgedeckte Formen der Alterssicherung sind unmittelbar von der momentanen Wirtschaftsschwäche und dem Einbruch an den Kapitalmärkten betroffen. Dies zeigt sich beispielsweise an der vorgesehenen Senkung des Garantiezinses der Lebensversicherungen zum 01.01.2004.

Die akuten Finanzierungsprobleme können schon deshalb nicht als Beleg für ein Scheitern der Rentenreform 2001 herangezogen werden, weil die Reformmaßnahmen im Wesentlichen in die Zukunft gerichtet sind und ihre volle Wirkung erst in den kommenden Jahren und Jahrzehnten entfalten. Sie sind auch nicht als Maßnahmen zur Abfederung kurzfristiger konjunktureller Einbrüche gedacht, sondern stellen ein geschlossenes Konzept zur Bewältigung der langfristigen demografischen Entwicklung dar. Die insoweit mit der Rentenreform 2001 vorgenommen Weichenstellungen sind nach wie vor richtig.

Die Rentenreform 2001 bedarf allerdings einer Nachjustierung, weil sich die ökonomischen und insbesondere die demografischen Annahmen, die den seinerzeitigen Berechnungen zugrunde lagen, aufgrund der neuen Erkenntnisse als korrekturbedürftig erwiesen haben. An der Grundentscheidung der Rentenreform, bis zum Jahr 2030 einen Beitragssatz von 22 % nicht zu überschreiten und gleichzeitig – unter Einbeziehung der zusätzlichen kapitalgedeckten Vorsorge – eine lebensstandardsichernde Altersvorsorge zu gewährleisten, wird jedoch festgehalten.

Die bewährten Grundprinzipien der Gesetzlichen Rentenversicherung dürfen nach Auffassung der Kommission nicht aufgegeben werden. Die im Folgenden dargestellten Prinzipien bürgen dafür, dass in der Gesetzlichen Rentenversicherung auch künftig Werte wie Eigenverantwortung, Gerechtigkeit und Solidarität in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen und dass Vorsorge und Fürsorge nicht vermischt werden. Nur wenn das Prinzip der Subsidiarität staatlicher Hilfe gewahrt bleibt, kann ein Alterssicherungssystem dauerhaft auf Akzeptanz bauen. Wird der Grundsatz der Eigenvorsorge aufgegeben, steigt der Anreiz, sich der Finanzierung des Gesamtsystems zu entziehen. Dies ginge letztlich auch zu Lasten derer, die solidarischer Hilfe bedürfen.

Der Fortbestand der Gesetzlichen Rentenversicherung ist zudem eine Garantie dafür, dass soziale Gesichtspunkte im Rahmen der Alterssicherung angemessene Berücksichtigung finden. Der Kommissionsauftrag betont zu Recht, dass wir uns in einer Zeit des raschen Wandels in Arbeitswelt und Gesellschaft befinden. Ein sozialer Ausgleich, der die Auswirkungen von Verwerfungen in den individuellen Erwerbsbiografien auf die Absicherung im Alter begrenzt, bleibt unverzichtbar.

3.2 Stand und Entwicklungsperspektiven der Gesetzlichen Rentenversicherung

Die Gesetzliche Rentenversicherung basiert auf einer Reihe von Grundprinzipien, die nicht nur den normativen Regelungsrahmen darstellen, sondern auch im ökonomischen Sinne unter Anreizgesichtspunkten von großer Bedeutung sind. Hierzu zählen die Äquivalenz von Beitrag und Leistung, das Versicherungsprinzip, die Einkommensersatzfunktion sowie der soziale Ausgleich. Hinzu kommt die Finanzierung der Gesetzlichen Rentenversicherung im Umlageverfahren. Die Kommission baut ihre Vorschläge zur Reform der Alterssicherung auf diesen Prinzipien auf, weil damit die Konsistenz des Gesamtvorschlags gewährleistet ist und die ökonomischen Verzerrungen minimiert werden können.
Große Bedeutung haben außerdem die Elemente des Familienlastenausgleichs innerhalb der Rentenversicherung sowie die eigenständige Alterssicherung der Frau. Da auf diesen Gebieten in den vergangen Jahren bereits umfangreiche Reformschritte beschlossen worden sind, sieht die Kommission hier keinen unmittelbaren Handlungsbedarf. Auch insoweit wird die Gesetzliche Rentenversicherung jedoch in Zukunft an sich ändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen angepasst werden müssen.

3.2.1 Grundprinzipien der Gesetzlichen Rentenversicherung

Äquivalenz von Beitrag und Leistung

Die Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland richten sich grundsätzlich nach der Höhe der in der Erwerbsphase gezahlten Beiträge. Durch das System der Entgeltpunkte wird pro Jahr eine bestimmte Rentenanwartschaft erworben, die sich an der am jeweiligen Durchschnittseinkommen gemessenen Einkommensposition des Versicherten orientiert. Der Durchschnittsverdiener erhält einen Entgeltpunkt. Bei einem doppelten

Durchschnittsverdienst werden zwei und bei einem halben Durchschnittsverdienst ein halber Entgeltpunkt gutgeschrieben.[4] Die Summe der so über die gesamte Erwerbsbiografie hinweg erworbenen Entgeltpunkte bestimmt dann den individuellen Rentenanspruch, indem sie mit dem – jährlich anzupassenden – aktuellen Rentenwert multipliziert wird. Durch dieses System soll sichergestellt werden, dass die relative Einkommensposition der Versicherten während ihrer Erwerbstätigkeit auch in der Rentenbezugsphase beibehalten wird und gleichzeitig die Rentnerinnen und Rentner am Produktivitätsfortschritt der Erwerbstätigen teilhaben.

Weil der Beitragssatz in der Gesetzlichen Rentenversicherung nicht konstant ist, sondern sich infolge konjunktureller Schwankungen oder gesetzlicher Neuregelungen verändert und aufgrund der demografischen Veränderungen tendenziell steigt, variiert der Preis eines Entgeltpunktes im Zeitablauf. Eine vollständige Beitragsäquivalenz ist daher unmöglich. Es kann jedoch die Teilhabeäquivalenz[5] garantiert werden. Sie ist ein Eckpfeiler des deutschen Rentensystems. Durch sie wird sichergestellt, dass zum gleichen historischen Zeitpunkt jeder Versicherte durch gleich hohe Beiträge gleichwertige Anrechte auf Rentenleistungen erwirbt. Versicherte, die unterschiedlichen Jahrgängen angehören, müssen aufgrund der historischen Belastung und des dementsprechend schwankenden Beitragssatzes unterschiedlich hohe Beiträge zahlen, um den gleichen Rentenanspruch zu erwerben. Bei einem im Zeitablauf aufgrund der demografischen Belastung steigenden Beitragssatz ist entsprechend ein immer höherer Beitrag erforderlich, um den gleichen Rentenanspruch zu erwerben.

Das Prinzip der Teilhabeäquivalenz ist nicht nur konstitutiv für die Rentenversicherung, sondern auch im Hinblick auf die ökonomischen Anreizeffekte von besonderer Bedeutung. Jede Abkehr vom Äquivalenzprinzip bedeutet, dass Leistungen einer Personengruppe aus den Beiträgen einer anderen finanziert werden. Damit erhielte der Beitrag aber teilweise den Charakter einer Steuer, wodurch die negative Anreizwirkung des Abgabenkeils zwischen dem die Lohnkosten des Arbeitgebers bestimmenden Bruttolohn und dem das verfügbare Einkommen des Arbeitnehmers repräsentierenden Nettolohn verstärkt würde. Unter Anreizgesichtspunkten und zur Förderung der Beschäftigung insgesamt kommt es also entscheidend darauf an, dass an dem Äquivalenzprinzip in der Gesetzlichen Rentenversicherung auch in Zukunft festgehalten wird.

Versicherungsprinzip

Wie in jeder Versicherung geht es auch in der Gesetzlichen Rentenversicherung um die gemeinsame Deckung eines im Einzelfall ungewissen, in der Gesamtheit aber schätzbaren Risikos durch die Verteilung auf eine möglichst große Gruppe vergleichbarer Risiken. Die Rentenversicherung gewährleistet insbesondere die Absicherung gegen das biometrische Risiko des Einkommensmangels infolge Langlebigkeit. Darüber hinaus bietet die Gesetzliche Rentenversicherung eine Absicherung gegen das Risiko der Erwerbsminderung und sichert zudem die Versorgung von Hinterbliebenen ab.

Das zentrale Merkmal der Gesetzlichen Rentenversicherung besteht darin, dass es in der Rentenversicherung nicht auf das individuelle Risiko des einzelnen Versicherten ankommt. Eine Einteilung in Risikoklassen, die immer auch mit einer Risikoselektion verbunden ist, findet nicht statt. Für die Höhe des Beitrags spielt beispielsweise das Geschlecht, das Alter

4 Arbeitseinkommen werden höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Die Beitragsbemessungsgrenze bezeichnet die Einkommenshöhe, bis zu der Beiträge an die Gesetzliche Rentenversicherung abzuführen sind (zurzeit 5.100 € pro Monat in West- und 4.250 € in Ostdeutschland).

5 Vgl. Ruland, Franz [1990], Grundprinzipien des Rentenversicherungsrechts, in: Franz Ruland (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung – Festschrift aus Anlass des 100jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung, Neuwied, S. 494.

oder der Gesundheitszustand des Versicherten keine Rolle. In dieser Wegtypisierung des individuellen Risikos besteht der wesentliche Unterschied zwischen der Gesetzlichen und einer individuellen privaten Rentenversicherung.[6]

Einkommensersatzfunktion

Die gesetzliche Rente soll im Alter einen Ersatz für das wegfallende Erwerbseinkommen bieten. Dabei geht es nicht um eine vollständige Lebensstandardsicherung, die nur im Zusammenspiel mit betrieblicher und privater Altersvorsorge gewährleistet werden kann. Dennoch wird voraussichtlich auch in Zukunft in den meisten Fällen der größte Teil des Alterseinkommens aus der Gesetzlichen Rentenversicherung stammen. Um diese Einkommensersatzfunktion erfüllen zu können, müssen die Renten dynamisch an der allgemeinen Entwicklung der Arbeitseinkommen partizipieren. Damit ist noch keine Vorentscheidung für eine bestimmte Brutto- oder Nettolohnanpassung gefallen. Vielmehr kommt es darauf an, dass der materielle Versorgungsgehalt der Rente im Zeitablauf nicht verloren geht. Bei zeitweise sinkenden Arbeitsentgelten der Beitragszahlerinnen und -zahler kann es allerdings auch zu negativen Rentenanpassungen kommen. Für die Einkommensersatzfunktion ist die Partizipation der Rente an der allgemeinen Einkommensentwicklung entscheidend.[7]

Sozialer Ausgleich

In der Gesetzlichen Rentenversicherung kommt dem sozialen Ausgleich eine große Bedeutung zu.[8] Der Begriff des sozialen Ausgleichs bezieht sich nicht auf den durch das Umlageverfahren und den so genannten Generationenvertrag gewährleisteten intergenerativen Ausgleich. Danach finanzieren die jeweils Erwerbstätigen mit ihren Beiträgen die zu zahlenden Renten und erwerben damit gleichzeitig Anwartschaften auf Renten, die wiederum von den Beitragszahlerinnen und -zahlern der nächsten Generation zu zahlen sind. Zuzuordnen ist dem Begriff auch nicht der allgemeine Risikoausgleich zwischen den Gefährdeten einerseits und den Geschädigten andererseits, der jeder Versicherung wesensimmanent ist. Allerdings ist dieser Risikoausgleich in der Gesetzlichen Rentenversicherung in besonderer Weise sozial ausgestaltet, denn anders als private Versicherungen verzichtet die Gesetzliche Rentenversicherung auf jede Risikodifferenzierung. Trotz unterschiedlicher Lebenserwartung zahlen Männer und Frauen den gleichen Beitrag. Dies gilt auch für Gesunde und gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte.

Auch über diesen „sozialen Risikoausgleich“ hinaus gibt es in der Gesetzlichen Rentenversicherung einen sozialen Ausgleich in beträchtlichem Umfang. Dazu gehören die Elemente der Rentenberechnung, die außerhalb der Äquivalenz von Beitrag und Leistung stehen, also

- die Berücksichtigung von Zeiten, für die keine Beiträge gezahlt worden sind und
- die Gewährung höherer Leistungen, als es aufgrund der gezahlten Beiträge gerechtfertigt wäre.

Der ersten Gruppe sind z.B. folgende Elemente des sozialen Ausgleichs zuzuordnen:

- Anrechnungszeiten, z.B. für Ausbildung, Schwangerschaft und Mutterschaft, Krankheit oder Arbeitslosigkeit und die pauschale Anrechnungszeit,
- Ersatzzeiten, die den Vorsorgenachteil der Personen ausgleichen, die wegen Kriegsdienst, Flucht, Vertreibung oder entsprechender Tatbestände nicht erwerbstätig sein und deswegen während dieser Zeiten auch keine Vorsorge für das Alter treffen konnten,
- Beitrags- und Beschäftigungszeiten nach dem Fremdrentengesetz,
- Leistungen an in der DDR politisch Verfolgte, die nach dem WGSVG oder dem 2. SED-

6 Vgl. Ruland, Franz [1990], a.a.O., S. 490.
7 Vgl. Ruland, Franz [1990], a.a.O., S. 515.
8 Dazu grundlegend Ruland, Franz [1990], a.a.O., Kap. 19, Rz. 59 ff.; ders., Solidarität und Eigenverantwortung, Mitteilung der bayrischen Landesversicherungsanstalten, 2003, 227 (232); ders., Die versicherungsfremden Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, DRV 1995, S. 28 ff. Zum intra- und intergenerativen Transfer vgl. Börsch-Supan, Axel, Anette Reil-Held [2003], How much is Transfer and how much Insurance in a Pay-As-You-Go-System? The German Case, Scandinavian Journal of Economics, 103, S. 505-524.

Unrechtsbereinigungs-Gesetz höher bewerteten Zeiten und die Leistungen, die aus Besitz- und Vertrauensschutzgründen an Versicherte in den neuen Bundesländern gezahlt werden (Auffüllbetrag, Rentenzuschlag, Übergangszuschlag).

Zur zweiten Gruppe lassen sich z.B. folgende Elemente zuordnen:

- Rente nach Mindesteinkommen, die für Versicherungszeiten bis 1991 verlängert wurde,
- Höherbewertung der Pflichtbeitragszeiten nach 1991 während einer Kindererziehung,
- Bewertung der Sachbezüge vor dem 1. Januar 1957,
- Entgeltpunkte, die wegen Kindererziehung bei den Hinterbliebenenrenten zusätzlich berücksichtigt werden,
- Kinderzuschüsse (auslaufend), Kindererziehungszeiten und Kindererziehungsleistungen an die Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921 sowie die Höherbewertung von Berufsausbildungszeiten.

Weil allgemeine staatliche Aufgaben nicht aus Beitragsmitteln finanziert werden sollten, zahlt der Bund der Gesetzlichen Rentenversicherung „zur pauschalen Abgeltung nicht beitragsgedeckter Leistungen“ mehrere Bundeszuschüsse. Die Bundeszuschüsse sind damit keine „fürsorgerische Leistung“ zu Gunsten der Rentenversicherung (und daher auch selbst kein Element des sozialen Ausgleichs), sondern dienen dazu, die der Rentenversicherung aufgebürdeten versicherungsfremden Leistungen auszugleichen. Mit der Einführung des zusätzlichen Bundeszuschusses und den Erhöhungen in den Folgejahren ist die Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der Rentenversicherung in einem angemessenen Umfang gewährleistet.

Finanzierung im Umlageverfahren

Die Finanzierung der Gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt im Umlageverfahren, d.h. die jeweiligen Beitragseinnahmen werden unmittelbar dazu verwendet, die laufenden Renten auszuzahlen. Ein Kapitalstock zur Deckung künftiger Renten existiert nicht. Die Schwankungsreserve, die dazu dient, unterjährige Liquiditätsschwankungen auszugleichen, wurde in den letzten Jahren deutlich reduziert, so dass sie selbst diese Funktion kaum noch erfüllen kann.

Das Umlageverfahren ermöglicht dem Einzelnen einen – im Fall der Gesetzlichen Rentenversicherung eigentumsrechtlich geschützten – Anspruch auf den Ertrag des Faktors Arbeit in der Zukunft. Unter Portfoliogesichtspunkten ist es allerdings sinnvoll, die mit dem Umlageverfahren gegebene Investition in das allgemeine Humankapital durch Vorsorgeformen zu ergänzen, die auf Investitionen in Sachkapital beruhen. Im Umlageverfahren hängt der Anlageerfolg außer von der Lohn- und der Bevölkerungsentwicklung auch von Änderungen des Leistungsrechts ab. Dagegen unterliegt die kapitalgedeckte Vorsorge in erster Linie Kapitalmarktrisiken. Dabei kommt es sowohl auf den individuellen Anlageerfolg als auch auf die generelle Entwicklung der Rendite am Kapitalmarkt an. Hierbei ist zu beachten, dass auch kapitalgedeckte Rentensysteme zum einen – etwa durch Änderungen des Steuerrechts – einem durchaus beachtlichen politischen Risiko unterliegen und zum anderen nicht unabhängig von demografischen Veränderungen sind. Dabei spielt insbesondere der erwartete Rückgang von Vermögenspreisen infolge der demografisch bedingt geringeren Nachfrage nach Wertpapieren, aber auch nach Wohneigentum eine Rolle.[9]

In Deutschland stammen etwa 80% der Einkommen von Personen über 65 Jahren aus umlagefinanzierten Alterssicherungssystemen (gesetzliche Rente, Beamtenversorgung, Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und Alterssicherung der Landwirte). Die betriebliche

9 Einen Überblick über die Diskussion um die „Asset Meltdown“-Hypothese findet sich in: Börsch-Supan, Axel, Alexander Ludwig, Mathias Sommer [2003], Demografie und Kapitalmärkte – Die Auswirkungen der Bevölkerungsalterung auf Aktien-, Renten- und Immobilienvermögen, herausgegeben vom Deutschen Institut für Altersvorsorge, Köln.

Altersvorsorge trägt lediglich rund 5 % hierzu bei. Die verbleibenden 15 % speisen sich im Wesentlichen aus privaten Rentenversicherungen, schließen aber auch Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Erwerbseinkommen ein.[10]

Mit der Rentenreform 2001 wurde ein bedeutender Schritt zur Gewichtsverlagerung vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren in der Alterssicherung getan. Dieser Prozess ist langfristig angelegt. Dennoch werden die umlagefinanzierten Systeme auch in der Zukunft noch die dominierende Quelle für das Alterseinkommen bleiben. Unter dem Aspekt der Risikomischung erscheint es daher durchaus angebracht, hier noch eine weitere Stärkung der ergänzenden privaten oder betrieblichen kapitalgedeckten Altersvorsorge anzustreben. Besonders wichtig dabei ist, dass mit einer solchen Gewichtsverlagerung die intergenerative Lastenverteilung zu Gunsten der Jüngeren verändert wird.

3.2.2 Anpassung der Rentenversicherung an sich ändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Aufgabe der Kommission war es nicht allein, Vorschläge für eine nachhaltige Finanzierung der sozialen Sicherung zu entwickeln. Es sollten auch Maßnahmen zur Weiterentwicklung der einzelnen Sozialversicherungszweige geprüft werden.

In der Gesetzlichen Rentenversicherung hat es in der jüngeren Vergangenheit drei große Themenfelder gegeben, die die Anpassung der Rentenversicherung an sich wandelnde gesellschaftliche Rahmenbedingungen betreffen:

- Ausgleich von durch Kindererziehung bedingten Nachteilen bei der Altersversorgung (Familienlastenausgleich),
- Übergang von einer abgeleiteten Hinterbliebenenversorgung zu einer eigenständigen Alterssicherung von Frauen,
- rentenrechtliche Absicherung der so genannten unstetigen Erwerbsverläufe.

Die Kommission ist sich bewusst, dass es nach wie vor Defizite in der eigenständigen Alterssicherung von Frauen gibt, obwohl der Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Rentenversicherung mittlerweile einen bedeutenden Umfang angenommen hat. Da die gesetzliche Rente letztlich aber ein Spiegel des Erwerbslebens ist, müssen weitere Maßnahmen zur Verbesserung des Familienlastenausgleichs zunächst außerhalb des Rentenrechts erfolgen. Die Kommission fordert den Gesetzgeber auf, generell die Erwerbsperspektiven von Frauen und speziell die Rahmenbedingungen für eine Erwerbstätigkeit Kindererziehender zu verbessern.

Mit der Reform der Hinterbliebenenrenten im Rahmen der Rentenreform 2001 wurde eine wichtige Weichenstellung vorgenommen, um die Bedeutung der abgeleiteten Witwenrente langfristig durch den Ausbau der eigenständigen Alterssicherung von Frauen zu reduzieren. Gleichzeitig wurde das Hinterbliebenenrentenrecht umfassend modernisiert. Einen kurzfristigen Handlungsbedarf hat die Kommission hier ebenso wenig wie bei der Verbesserung der rentenrechtlichen Absicherung unstetiger Erwerbsverläufe gesehen – auch weil der Gesetzgeber in jüngster Zeit hier bereits weitreichende Neuregelungen beschlossen hat. Deren Auswirkungen müssen sorgfältig beobachtet werden, um ggf. weitere Maßnahmen zu veranlassen.

3.2.2.1 Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Rentenversicherung

„Familienlastenausgleich“ – z.T. auch als Kinderlastenausgleich oder Familienleistungsausgleich bezeichnet – ist der Oberbegriff für sämtliche staatlichen Maßnahmen, die auf eine Umverteilung von Einkommen zu Gunsten von Familien mit Kindern gerichtet sind. Die grundsätzliche Notwendigkeit und Be-

10 Vgl. Alterssicherungsbericht 2001, Bundestagsdrucksache 14/7640, S. 211 und eigene Berechnungen. Die Angaben des Alterssicherungsberichts beziehen sich auf das Jahr 1999. Der Nutzungswert der selbst genutzten Immobilie wurde nicht als Alterseinkommen berücksichtigt.

rechtigung eines Familienlastenausgleichs ist im Großen und Ganzen unbestritten. Über Art und Umfang des Ausgleichs besteht allerdings vielfach Uneinigkeit.

Im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung gibt es schon seit langem einen Familienlastenausgleich, beispielsweise in Form der 1911 eingeführten Kinderzuschüsse an Invalidenrentner für jedes Kind unter 15 Jahren, die später durch das Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz ersetzt wurden. Mitte der 1980er Jahre kamen die Kindererziehungszeiten bzw. Kindererziehungsleistungen an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921 hinzu (rentenrechtliche Bewertung des ersten Jahres der Kindererziehung mit 75 % des Durchschnittsverdienstes).

Das Bundesverfassungsgericht hat diese Maßnahmen für nicht ausreichend gehalten. Im Jahr 1992 hat es entschieden, dass der Gesetzgeber verpflichtet sei, „den Mangel des Rentenversicherungssystems, der in den durch Kindererziehung bedingten Nachteilen bei der Altersversorgung liegt, in weiterem Umfang als bisher auszugleichen“.[11] Zwar hätten diese Nachteile ihre Wurzel nicht allein im Rentenrecht und bräuchten folglich nicht nur dort behoben zu werden. Soweit sich die Benachteiligung gerade in der Alterssicherung der kindererziehenden Familienmitglieder niederschlage, sei sie aber vornehmlich durch rentenrechtliche Regelungen auszugleichen. Bei der Festlegung der Reformschritte dürfe der Gesetzgeber zwar die jeweilige Haushaltslage und die finanzielle Situation der Gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigen. Es sei aber „sicherzustellen, dass sich mit jedem Reformschritt die Benachteiligung der Familie tatsächlich verringert“.

In der Folgezeit ist der Gesetzgeber dieser Vorgabe, die das Verfassungsgericht teilweise in späteren Urteilen noch konkretisiert hat, nachgekommen. Die einzelnen Schritte finden sich in Kasten 3-13.

Mit diesen Maßnahmen, die zum Teil erst jüngst umgesetzt wurden, hat der Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Rentenversicherung einen bedeutenden Umfang erlangt. Empirische Befunde über die Wirkungen der jüngsten Regelungen zum Familienlastenausgleich liegen naturgemäß noch nicht vor, da sich die Ausweitung der Kindererziehungszeiten zu einem großen Teil auf Kinder ab Geburtsjahrgang 1992 bezieht. Entsprechend können die Wirkungen hier nur beispielhaft an stark stilisierten Modellbiografien dargestellt werden.

Verglichen werden Frauen mit und ohne Kinder, die während der Erwerbsphase jährlich 0,85 Entgeltpunkte erwerben. Dies entspricht etwa dem Durchschnitt von Frauen mit langjähriger Erwerbstätigkeit im Rentenbestand. Für eine detailliertere Modellierung des Einkommensverlaufs im Lebenszyklus fehlt derzeit eine verlässliche Datengrundlage.[12] Ferner wird in der Modellbiografie unterstellt, dass die Frau drei Jahre nach der Geburt des (letzten) Kindes wieder eine Halbtagstätigkeit und zehn Jahre nach der Geburt des (letzten) Kindes wieder eine Vollzeit-Erwerbstätigkeit aufnimmt.

Vergleicht man die so ermittelten Rentenansprüche von Frauen ohne und mit Kinder(n), so zeigt sich, dass eine Frau mit nur einem Kind etwas niedrigere Rentenansprüche erwirbt als eine Frau ohne Kinder. Frauen mit zwei oder mehr Kindern erwerben dagegen sogar etwas höhere Rentenansprüche als Frauen ohne Kinder. Der Anteil der Rentenansprüche aus der Anrechnung der Kindererziehungsleistungen beträgt bei einem Kind 12 %, bei zwei Kindern 20 % und bei drei Kindern sogar fast 27 %.

Neben den hier berücksichtigten Entgeltpunktegutschriften für Kindererziehungszeiten

11 BVerfGE 87, 1, 35 ff.
12 Untersuchung auf Basis von Panel-Daten.

werden darüber hinaus Anrechnungszeiten höher bewertet und Hinterbliebenenrenten durch zusätzliche Entgeltpunktzuschläge für Kindererziehung aufgestockt.

Die hier unterstellten Annahmen zum Erwerbsverhalten von erziehenden Frauen setzen voraus, dass Kinderbetreuungseinrichtungen vorhanden sind, die die Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung drei Jahre nach der Geburt überhaupt ermöglichen. Es steht zwar außer Frage, dass dies derzeit nicht vollständig der Realität entspricht, allerdings ist hier ein Defizit in der Familienpolitik zu sehen. Die Kommission fordert deshalb den Gesetzgeber auf, Defizite in anderen Politikbereichen in geeigneter Weise zu kompensieren.

Die in den letzten Jahren geschaffenen kindbezogenen Neuregelungen haben also dazu beigetragen, dass die eigenständige Alterssicherung von Frauen spürbar verbessert wurde. Dies gilt insbesondere auch für allein erziehende Mütter, da die aufgelisteten Maßnahmen nicht an den Status der Ehe gekoppelt sind.

In welchem Maß diese Regelungen die Alterssicherung von Frauen verbessern werden, lässt sich derzeit nicht genau sagen. Zwar liegt mit der „AVID 1996“[13] eine Studie vor, die die Einkommenssituation künftiger Generationen von Rentnerinnen und Rentnern darstellt. Diese Studie konnte jedoch zahlreiche Neuregelungen der letzten Jahre noch nicht berücksichtigen. Eine aktualisierte AVID-Studie wird derzeit erarbeitet.

Trotz der beschriebenen Verbesserungen werden viele Frauen auch in der Zukunft Versorgungsdefizite in ihrer Alterssicherung hinnehmen müssen. Ein vollständiger Ausgleich sämtlicher durch die Kindererziehung bedingten Nachteile bei der Altersvorsorge erfolgt nicht. Es fragt sich deshalb, ob im Zusammenhang mit weiteren Reformschritten in der Gesetz-

Tabelle 3-1: Modellrechnungen zu Rentenansprüchen aus Kindererziehung

Alter	Frau ohne Kinder		Frau mit 1 Kind		Frau mit 2 Kindern		Frau mit 3 Kindern	
	Erwerbstätigkeit	Kindererziehungszeiten	Erwerbstätigkeit	Kindererziehungszeiten	Erwerbstätigkeit	Kindererziehungszeiten	Erwerbstätigkeit	Kindererziehungszeiten
20	0,85		0,85		0,85		0,85	
25	0,85		0,85		0,85		0,85	
26	0,85			**1,00**		**1,00**		**1,00**
27	0,85			1,00		1,00		1,00
28	0,85			1,00		1,00		**1,00**
29	0,85		0,43	0,21		1,00		1,00
30	0,85		0,43	0,21		1,00		**1,00**
31	0,85		0,43	0,21		1,00		1,00
32	0,85		0,43	0,21	0,43	0,33		1,00
33	0,85		0,43	0,21	0,43	0,33		1,00
34	0,85		0,43	0,21	0,43	0,33		1,00
35	0,85		0,43	0,21	0,43	0,33	0,43	0,33
36	0,85		0,85		0,43	0,21	0,43	0,33
37	0,85		0,85		0,43	0,21	0,43	0,33
38	0,85		0,85		0,85		0,43	0,21
39	0,85		0,85		0,85		0,43	0,21
40	0,85		0,85		0,85		0,85	
50	0,85		0,85		0,85		0,85	
60	0,85		0,85		0,85		0,85	
64	0,85		0,85		0,85		0,85	
Summe	38,25		37,21		38,35		38,89	
Anteil EP aus								
- eigenen Beiträgen	100,0		87,9		79,8		73,2	
- Kindererziehung	0,0		12,1		20,2		26,8	

Quelle: Eigene Berechnungen

13 Altersvorsorge in Deutschland 1996 – Lebensverläufe und künftige Einkommen im Alter, Hrsg.: BMA/VDR, 2000.

lichen Rentenversicherung ein Ausbau der kindbezogenen Leistungen angestrebt werden sollte. Dies gilt nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion über die demografische Entwicklung. Angesichts des Geburtenrückgangs werden Verbesserungen beim Familienlastenausgleich in letzter Zeit verstärkt unter Anreizgesichtspunkten diskutiert.

Letztlich kann an dieser Stelle offen bleiben, ob ein Ausbau des Familienlastenausgleichs im Leistungsrecht der Rentenversicherung geeignet ist, die Geburtenrate nachhaltig zu erhöhen und somit auf lange Sicht zu einer Verringerung der demografisch bedingten Finanzierungsprobleme der Rentenversicherung beizutragen. Auf einen weiteren Ausbau sollte – jedenfalls im Rahmen eventueller gesetzgeberischer Maßnahmen zur Umsetzung der Kommissionsvorschläge – schon aus anderen Gründen verzichtet werden:

- Neue kindbezogene Leistungen der Rentenversicherung müssten ordnungspolitisch korrekt vom Bund übernommen werden, da der Familienlastenausgleich Aufgabe der Allgemeinheit und damit des Steuerzahlers ist. Gegenwärtig dürfte es unrealistisch sein, derartige Mittel einzufordern.

- Wie gezeigt, hat sich die Situation im Rentenrecht im Vergleich zum Jahr 1992, als das Bundesverfassungsgericht Leistungsverbesserungen für Versicherte mit Zeiten der Kindererziehung forderte, erheblich gewandelt. Mittlerweile könnte eine zusätzliche Ausweitung der familienbezogenen Leistungen aus sozialpolitischen Gründen sogar kontraproduktiv sein: Eine sehr weitgehende rentenrechtliche Absicherung von Zeiten der Kindererziehung kann Erziehende von einem Wiedereinstieg in das Erwerbsleben abhalten und damit im Ergebnis nicht nur die eigenständige Alterssicherung der betreffenden Frauen verschlechtern, sondern auch das gesamtwirtschaftliche Produktionspotenzial verringern. Diesem Vorwurf sah sich bereits die Neuregelung der Rentenreform 2001 ausgesetzt, der zufolge auch nach dem Ende der dreijährigen Kindererziehungszeit unter bestimmten Voraussetzungen nicht nur eine Höherwertung von Entgeltpunkten aus einer Beschäftigung, sondern sogar eine Gutschrift von Entgeltpunkten auch ohne eigene Beitragszahlung erfolgen kann. Des Weiteren könnten sich die schon jetzt bestehenden Unterschiede bei der rentenrechtlichen Bewertung von Zeiten der Kindererziehung vor 1992 einerseits und nach 1991 andererseits weiter vergrößern.

- Eine Verbesserung der Alterssicherung Kindererziehender ist auch außerhalb der Rentenversicherung möglich und nötig, beispielsweise durch eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine Erwerbstätigkeit Kindererziehender.

- Eine unabdingbare Voraussetzung für eine höhere Erwerbsquote von (kindererziehenden) Frauen ist eine günstige wirtschaftliche Gesamtsituation. Diese setzt ihrerseits eine Begrenzung der Lohnzusatzkosten voraus. Die Vorschläge der Kommission, die zum Erreichen dieses Ziels beitragen sollen, sollten daher im Ergebnis auch als Maßnahme zur Verbesserung der Erwerbsperspektiven von Frauen gesehen werden.

3.2.2.2 Ausbau der eigenständigen Alterssicherung von Frauen

Die Kommission ist der Überzeugung, dass mit der grundlegenden Neuordnung der Hinterbliebenenrenten, die zum 01.01.2002 mit dem Altersvermögensergänzungsgesetz (AVmEG) vorgenommen wurde, eine wichtige Weichenstellung vorgenommen wurde, um die Bedeutung der abgeleiteten Witwenrente langfristig

durch den Ausbau der eigenständigen Alterssicherung von Frauen zu reduzieren:

- Der Bereich der Hinterbliebenenversorgung in der Gesetzlichen Rentenversicherung ist mit der Rentenreform 2001 grundlegend neu geordnet und an die geänderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen angepasst worden.[14]

- Mit der Ausweitung der Einkommensanrechnung auf Vermögenseinkünfte ist der Bedarfsgesichtspunkt der Hinterbliebenenrenten verstärkt worden und die Witwenrente wird in dem Maß an Bedeutung verlieren, in dem die eigenständige Alterssicherung von Frauen zunimmt. Durch Absenkung des allgemeinen Versorgungssatzes bei gleichzeitiger Einführung eines kinderzahlabhängigen Zuschlags werden die Witwen- bzw. Witwerrenten zielgenauer auf Personen ausgerichtet, die Kinder erzogen haben.

- Mit der Möglichkeit des Rentensplittings wird Ehepaaren außerdem die Möglichkeit eingeräumt, anstelle einer Hinterbliebenenversorgung eine Teilung der in der Ehezeit gemeinsam erworbenen Rentenanwartschaften durchzuführen.

Weitere Korrekturen oder Neuregelungen dieses, hinsichtlich seines Finanzvolumens nicht zu vernachlässigenden Leistungsbereichs der Gesetzlichen Rentenversicherung[15] sind nach Auffassung der Kommission zurzeit nicht notwendig.

Bisherige Weichenstellungen

Es ist ohne Zweifel ein wichtiges Ziel der Sozialpolitik, die eigenständige Alterssicherung von Frauen zu verbessern. Trotz einer sich seit Jahren erhöhenden Erwerbsquote von Frauen dürfte es bei dieser Personengruppe auch künftig noch Sicherungsdefizite im Alter geben. Um dem entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren wichtige Weichenstellungen vorgenommen. Beispielsweise wurde das so genannte Rentensplitting eingeführt, das eine Teilung der während der Ehezeit erworbenen Rentenansprüche ermöglicht. Darüber hinaus wurden die kindbezogenen Leistungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung kontinuierlich ausgebaut.[16] Gleichwohl kann auch ein auf eigenständige Alterssicherung von Frauen angelegtes Rentensystem auf absehbare Zeit nicht auf eine – abgeleitete – Hinterbliebenenversorgung verzichten.

Allerdings ist es möglich, den Subsidiaritätscharakter der Hinterbliebenenrenten stärker zu betonen und die Witwen- bzw. Witwerrenten zielgenauer auf Personen auszurichten, die wegen der Erziehung von Kindern keiner durchgehenden Erwerbstätigkeit nachgehen konnten. Beides ist jedoch mit der letzten Rentenreform geschehen, so dass die Kommission keinen weiteren Korrekturbedarf sieht. Die aktuellen Neuerungen werden im Folgenden kurz dargestellt.

Erwerb eigenständiger Rentenanwartschaften durch ein „Rentensplitting“

Seit dem 01.01.2002 besteht in der Gesetzlichen Rentenversicherung für Ehegatten die Möglichkeit, zwischen der herkömmlichen Witwen- bzw. Witwerrente und dem neuen Rentensplitting zu wählen.[17] Die Wahlmöglichkeit besteht grundsätzlich erst dann, wenn das Versicherungsleben beider Ehegatten abgeschlossen ist, d. h. wenn beide Partner Anspruch auf eine Vollrente wegen Alters haben. Wenn ein Ehegatte vor diesem Zeitpunkt stirbt, kann der überlebende Ehegatte das Splitting allein durchführen. Voraussetzung für das Splitting ist ferner, dass grundsätzlich beide Ehegatten 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten zurückgelegt haben, zu denen auch Kinderberücksichtigungszeiten zählen.

14 Vgl. Stahl, Helmut, Michael Stegmann [2001], Die Reform der Hinterbliebenenrenten, DRV, 2001, S. 295; Stahl/Stegmann [2001a], Änderungen der Hinterbliebenenrentenreform, DRV 2001, S. 387.
15 Ein erheblicher Anteil der Rentenausgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung entfällt auf Hinterbliebenenrenten. Von den rd. 23,7 Mio. gezahlten Renten am 31.12.2002 waren 21 % Witwenrenten und je 2 % Witwerrenten bzw. Waisenrenten. Für das Jahr 2002 wurden in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten Renten (ohne KVdR und PVdR) in Höhe von insgesamt rd. 190 Mrd. € ausgezahlt, davon rd. 34,5 Mrd. € (etwa 18 %) an Hinterbliebenenrenten.
16 Vgl. Kasten 3-13.
17 Grundlegend zum Rentensplitting Ruland [2002] in: Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Festschrift für Bernd Baron von Maydell, hrsg. von Boecken u. a., S. 561 ff.; Eichler, Hans-Jürgen [2002], Rentensplitting unter Ehegatten, DAngVers, 2002, S. 7.

Wenn die Entscheidung für ein Splitting bestandskräftig ist, entfällt der Anspruch auf Witwen- bzw. Witwerrente.

Das Rentensplitting wird durch eine direkte Übertragung von Entgeltpunkten durchgeführt. Dazu werden zunächst die in der Ehezeit erworbenen Entgeltpunkte der Ehegatten jeweils addiert und einander gegenübergestellt. Der Ehegatte mit der niedrigeren Summe erhält einen Zuwachs an Entgeltpunkten in Höhe der Hälfte des Unterschieds.

Bei den so gewonnenen zusätzlichen Entgeltpunkten des begünstigten Ehegatten handelt es sich – im Gegensatz zu abgeleiteten Ansprüchen auf eine Witwen- bzw. Witwerrente – um eigenständige Rentenanwartschaften, die nicht der bei Hinterbliebenenrenten geltenden Einkommensanrechnung unterliegen und auch bei einer eventuellen Wiederheirat des hinterbliebenen Ehegatten nicht entfallen.

Die Möglichkeit des Rentensplittings steht zum einen Ehegatten offen, deren Ehe nach dem 31.12.2001 geschlossen wurde. Bei „Altehen“ besteht ein Anspruch auf Splitting nur, wenn beide Partner nach dem 01.01.1962 geboren sind. Aufgrund dieser Regelung, die im Übrigen auf die Vertrauensschutzregelungen im Zusammenhang mit den Einschränkungen bei den Hinterbliebenenrenten abgestimmt ist, hat das Rentensplitting bislang noch keine nennenswerte praktische Bedeutung erlangt.

Um einen schnelleren Übergang von der herkömmlichen Hinterbliebenenversorgung zu einer eigenständigen Alterssicherung von Frauen zu erreichen, wird teilweise gefordert, die Option der Inanspruchnahme von Witwen- bzw. Witwerrenten abzuschaffen und somit das Rentensplitting verpflichtend zu machen.

Bereits im Gesetzgebungsverfahren ist ein entsprechendes Obligatorium geprüft worden. Weil ein verpflichtendes Rentensplitting aber dazu führt, dass sich die Versichertenrente des Ausgleichsverpflichteten auch gegen dessen Willen verringert, würde sich die individuelle Altersrente eines verheirateten Versicherten geringer darstellen als die Altersrente eines vergleichbaren unverheirateten Versicherten. Dies wird im Hinblick auf den grundgesetzlich verbrieften besonderen staatlichen Schutz von Ehe und Familie vielfach für verfassungsrechtlich bedenklich gehalten.

Ein Ausweg bestünde allenfalls darin, die selbst erworbenen Anwartschaften des Ausgleichsberechtigten zu garantieren. In diesem Fall würde aber kein Ausgleich der Rentenanwartschaften erfolgen, sondern eine bloße Hinzurechnung beim Ausgleichsberechtigten. Diesen Zugewinn müsste im Ergebnis die gesamte Solidargemeinschaft der Versicherten bezahlen.

Unabhängig von verfassungsrechtlichen Bedenken ist zu beachten, dass ein Wegfall der Witwenrente bei vielen Frauen zu einer Verschlechterung ihrer finanziellen Absicherung im Alter führen würde. Dies gilt – wegen der Einkommensanrechnung bei Hinterbliebenenrenten – vor allem für Frauen, die neben der gesetzlichen Rente nur über geringe weitere Einkünfte verfügen und somit eine ungeminderte Witwenrente in Höhe von 55 % der Rente des Verstorbenen erhalten.

Im Gesetzgebungsverfahren ist vor einer faktischen Entwertung der Hinterbliebenenrente durch das im Gesetzentwurf vorgesehene Einfrieren der Anrechnungsfreibeträge gewarnt worden.[18] In diesem Fall sei das Rentensplitting nicht geeignet, ein partnerschaftliches Alterssicherungskonzept zu sein. Die Verschärfung der Anrechnungsregelung ist zwar gleichwohl verabschiedet, kurz darauf in einem Folgegesetz aber wieder zurückgenommen worden.

18 Deutscher Bundestag, Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung, Ausschussdrucksache 14/1080, S. 81.

Ausweitung des Splittings auf andere Alterssicherungssysteme

In den Gesetzesmaterialien findet sich kein Hinweis darauf, warum das Splitting auf die Gesetzliche Rentenversicherung begrenzt wurde. In der Gesetzesbegründung heißt es lediglich: „Das Rentensplitting ist dem Versorgungsausgleich in Scheidungsfällen nachempfunden, beschränkt sich aber auf dynamische Ansprüche der Gesetzlichen Rentenversicherung“.[19]

Mit dem Hinweis auf die „dynamischen“ Ansprüche der Rentenversicherung ist zumindest indirekt ein Problem angesprochen, das beim Versorgungsausgleich nur durch einen hohen Regelungs- und Verwaltungsaufwand bewältigt werden kann: Eine hälftige Aufteilung der in der Ehezeit erworbenen Versorgungsanwartschaften und -ansprüche setzt voraus, dass verschiedenartige Anwartschaften und Ansprüche (z. T. dynamisch, z. T. statisch; Auszahlung in einer Summe oder als Rente usw.) vergleichbar gemacht werden. Hierzu sind bis zu sieben Schritte notwendig. Die Durchführung des Versorgungsausgleichs hat der Gesetzgeber den Familiengerichten zugewiesen, die ihrerseits auf die Mithilfe der verschiedenen Versorgungsträger angewiesen sind.

Die Komplexität und Streitanfälligkeit des Versorgungsausgleichs, der durch Abänderungsverfahren und – verfassungsrechtlich unverzichtbare – Härtefallregelungen noch weiter verkompliziert wird, dürfte der Grund dafür sein, dass der Gesetzgeber sich beim Ausgleich von Anwartschaften innerhalb bestehender Ehen – also der Mehrheit der Fälle – auf die Gesetzliche Rentenversicherung beschränkt hat.

Soweit im Gesetzgebungsverfahren eine Ausweitung des Splittings gefordert wurde, hatte dies einen konkreten Grund: Beispielsweise hatte der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) kritisiert, dass die ursprünglich vorgesehene Ausgestaltung des Splittings einen „erheblichen Konstruktionsfehler“ aufweise, da sie zu einer „sozialpolitisch nicht hinnehmbaren und verfassungsrechtlich bedenklichen Begünstigung von Versorgungen außerhalb der Gesetzlichen Rentenversicherung“ geführt hätte. Ehegatten, die überwiegend Einkommen aus anderen Alterssicherungssystemen (z. B. Beamten- oder Abgeordnetenversorgung, berufsständische Versorgung, Lebensversicherungen) oder aus Vermögen erzielen, wären einseitig bevorzugt worden, weil diese Anwartschaften nicht gekürzt werden.[20] Der Gesetzgeber hat diesem Einwand dadurch Rechnung getragen, dass für die Durchführung des Splittings nunmehr grundsätzlich erforderlich ist, dass beide Ehegatten am Ende der Splittingzeit 25 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten vorweisen. Eine ungerechtfertigte Begünstigung von Personen, die den Schwerpunkt ihrer Altersversorgung außerhalb der Gesetzlichen Rentenversicherung haben, soll dadurch vermieden werden.

Zu beachten ist des Weiteren, dass eine Ausweitung des Rentensplittings nur dann praktikabel sein dürfte, wenn das Splitting obligatorisch ist. Eine sachgerechte Entscheidung darüber, welche Variante sich im Einzelfall als die günstigere darstellt, dürfte bei Einbeziehung aller Versorgungsanwartschaften die große Mehrheit der Versicherten überfordern. Ein Obligatorium ist jedoch, wie bereits dargelegt, problematisch.

Schließlich ist bei allen Reformüberlegungen im Bereich des Rentensplittings zu bedenken, dass eventuelle Verbesserungen nur verheirateten Frauen zugute kommen. Die eigenständige Alterssicherung von allein stehenden, insbesondere kindererziehenden Frauen lässt sich auf diese Weise nicht verbessern. Die Kommission weist insoweit auf die Vorzüge der Kindererziehungszeiten hin, die nicht an den Status des Verheiratetseins anknüpfen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zurzeit keine Möglichkeit gesehen wird, kurzfristig eine verwaltungspraktikable Ausweitung des Rentensplittings auf andere Alterssiche-

19 Bundestagsdrucksache 14/4595, S. 42.
20 Deutscher Bundestag, Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung, Ausschussdrucksache 14/1080, S. 112.

rungssysteme zu konzipieren. Möglicherweise stellt sich die Ausgangssituation anders dar, wenn, wie vom Bundesministerium der Justiz kürzlich angekündigt, der Versorgungsausgleich mit dem Ziel, auf komplizierte Ausgleichsberechnungen vollständig verzichten zu können, in dieser Legislaturperiode grundlegend überarbeitet wird.

Ausrichtung der Hinterbliebenenrente auf Personen, die Kinder erzogen haben

Für Hinterbliebene ist – soweit keine Vertrauensschutzregelung greift[21] – der Versorgungssatz bei der großen Witwen- bzw. Witwerrente[22] von 60 % auf 55 % abgesenkt worden. Durch einen kinderzahlabhängigen Zuschlag kommt es aber bereits für Witwen oder Witwer, die ein Kind erzogen haben, insgesamt zu einer kleinen Verbesserung.

Ausweitung der Einkommensanrechnung

Bereits seit Mitte der 80er Jahre wird Erwerbs- und Erwerbsersatzeinkommen, das einen bestimmten Freibetrag übersteigt, zu 40 % auf Hinterbliebenenrenten angerechnet. Das Bundesverfassungsgericht hat diese Regelung im Jahr 1998 für verfassungsgemäß erklärt.[23] Einen Verstoß gegen Artikel 14 GG (Eigentumsschutz) hat das Gericht u. a. deshalb verneint, weil die Hinterbliebenenrente eine überwiegend fürsorgerisch motivierte Leistung darstelle, die ohne eigene Leistung der Rentenempfänger und ohne erhöhte Beitragsleistung der Versicherten gewährt werde.

Mit dem Altersvermögensergänzungsgesetz (AVmEG) ist die Einkommensanrechnung – allerdings flankiert durch weitreichende Übergangsregelungen[24] – ausgeweitet worden. Nunmehr werden aus Gleichbehandlungsgründen auch Vermögenseinkommen (z. B. Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung oder Verpachtung sowie Betriebs- oder Privatrenten) bei der Einkommensanrechnung berücksichtigt.[25] Damit ist der Bedarfsgesichtspunkt bei den Hinterbliebenenrenten verstärkt worden. Auf diese Weise wird die Witwenrente in dem Maß an Bedeutung verlieren, in dem die eigenständige Alterssicherung von Frauen – sei es innerhalb der Rentenversicherung oder sei es in den anderen Säulen der Altersvorsorge – zunimmt. Im Gegensatz zu einer Abschaffung der Hinterbliebenenrente hat dieses Verfahren den Vorteil, dass Sicherungslücken vermieden werden.

Eine weitere Verschärfung der Anrechnungsvorschriften wäre nach Ansicht der Kommission allerdings kontraproduktiv, da der Anreiz für Frauen, eine Arbeit aufzunehmen und auch private Vorsorge zu betreiben, verringert würde.

Befristung der kleinen Witwen-/Witwerrente

Die Bezugsdauer der so genannten kleinen Witwen- bzw. Witwerrente[26] ist auf 24 Monate begrenzt worden. Bislang konnte diese Rente bis zum Erreichen der Anspruchsvoraussetzungen für die große Witwen- bzw. Witwerrente (i. d. R. ab Vollendung des 45. Lebensjahres) durchgängig bezogen werden. Der Gesetzgeber war der Ansicht, dass jüngere erwerbsfähige und kinderlose Hinterbliebene ihren Lebensunterhalt nach Ablauf eines Übergangszeitraums selbst bestreiten können.

21 Wenn der Ehegatte vor dem 01.01.2002 verstorben ist, kommt „altes“ Recht zur Anwendung. Auch dann, wenn der Ehegatte nach diesem Zeitpunkt verstorben ist, kann die bisherige Regelung Anwendung finden; dies setzt voraus, dass die Ehe vor dem 01.01.2002 geschlossen wurde und mindestens ein Ehegatte vor dem 02.01.1962 geboren wurde.
22 Anspruch auf eine „große“ Witwen-/Witwerrente besteht, wenn die Witwe oder der Witwer das 45. Lebensjahr vollendet hat oder erwerbsgemindert ist oder wenn sie/er ein noch nicht 18-jähriges eigenes Kind oder ein noch nicht 18-jähriges Kind des/der Versicherten erzieht.
23 BVerfGE 97, 271 ff.
24 Die Ausführungen in Fußnote 21 gelten entsprechend.
25 Es gibt einige Ausnahmen; insbes. die sog. Riester-Rente bleibt anrechnungsfrei.
26 Wenn die in Fußnote 22 beschriebenen Voraussetzungen für eine „große“ Witwen-/Witwerrente nicht vorliegen, kann Anspruch auf eine „kleine“ Witwen-/Witwerrente mit einem Versorgungssatz von 25 % bestehen.

Ausschluss der Witwen- bzw. Witwerrente bei „Versorgungsehen“

Bei Ehen, die nicht mindestens ein Jahr gedauert haben, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf eine Witwen- bzw. Witwerrente. Dadurch soll in den Fällen, in denen die Ehe nur zum Zweck der Versorgung des überlebenden Ehegatten geschlossen wurde, ein Rentenanspruch ausgeschlossen werden. Die gesetzliche Vermutung, dass eine „Kurzehe“ eine Versorgungsehe darstellt, kann allerdings im Einzelfall widerlegt werden.

Fazit

Mit der Rentenreform 2001 ist der Bereich der Hinterbliebenenversorgung in der Gesetzlichen Rentenversicherung grundlegend neu geordnet und an die geänderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen angepasst worden. Fehlanreize sind reduziert worden. Wie sich diese Maßnahmen im Detail auswirken werden, lässt sich derzeit nicht quantifizieren. Aufgrund der langen Übergangsfristen werden bestimmte Reformelemente erst in Zukunft ihre Wirkung entfalten. Einen aktuellen Bedarf, die Reform nachzubessern, sieht die Kommission derzeit jedenfalls nicht. Die Entwicklung muss allerdings sorgfältig beobachtet werden.

Schließlich ist die Kommission der Ansicht, dass leistungseinschränkende Maßnahmen bei den Hinterbliebenenrenten auch deshalb unterbleiben sollten, weil diese Renten ohnehin von den generellen Leistungseinschnitten im Rentenrecht betroffen sein werden, die die Kommission vorschlägt.

- Das mit der veränderten Anpassungsformel einhergehende Absinken des Rentenniveaus betrifft auch die Hinterbliebenenrenten. Da die Riester-Renten nicht automatisch auch eine Hinterbliebenenabsicherung umfassen, wird dieses gesunkene Sicherungsniveau nicht in jedem Fall durch die Zusatzvorsorge kompensiert.

- Wenn im Zuge der Altersgrenzenanhebung das Bezugsalter für die Berechnung der Abschläge bei den Erwerbsminderungs- und den Hinterbliebenenrenten entsprechend angepasst werden sollte, kann dies außerdem zu (höheren) Abschlägen bei Witwen- bzw. Witwerrenten führen, sofern der bzw. die Versicherte zwischen Vollendung des 60. und 65. Lebensjahres verstorben ist.

3.2.2.3 Absicherung unsteter Erwerbsverläufe

In den letzten Jahren wird immer wieder eine Zunahme von Brüchen und Instabilitäten in den Erwerbsverläufen von Versicherten konstatiert.[27] Dies betrifft insbesondere jüngere Menschen. Häufiger als früher gelingen die Übergänge zwischen verschiedenen Lebensphasen, wie z. B. zwischen Schule und Ausbildung, Ausbildung und Berufsseinstieg, Wiedereinstieg in des Berufsleben nach Wohnortwechsel oder Kindererziehung, nicht reibungslos.[28] Aber auch im weiteren Verlauf des Erwerbslebens kommt es zu Beschäftigungslücken. Diese Lücken in den Erwerbsbiografien schlagen sich vielfach in einem geringeren Versorgungsniveau bei der Altersvorsorge nieder. Die Bundesregierung hat daher bereits in der Koalitionsvereinbarung vom Oktober 1998 die „Absicherung unsteter Erwerbsverläufe“ zu einem wichtigen Ziel von Strukturreformen im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung erklärt.

Als Ansatzpunkt zur Erreichung dieses Ziels hat die Bundesregierung die als Anrechnungszeiten bezeichneten beitragsfreien Zeiten im Rentenrecht gewählt.[29] Mit dem Altersvermögensergänzungsgesetz[30] und dem auf die Vor-

27 Vgl. etwa Rische, Herbert [2002] in: Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Festschrift für Bernd Baron von Maydell, hrsg. von Boecken u. a., S. 561 ff.
28 Stahl, Helmut [2001], Schließung von Beschäftigungslücken, DRV 2001, 327, 328.
29 Das Rentenrecht kennt drei Gruppen rentenrechtlicher Zeiten: Beitragszeiten, beitragsfreie Zeiten und Berücksichtigungszeiten. Beitragszeiten sind Zeiten, für die Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge gezahlt wurden. Beitragszeiten, zu denen auch Kindererziehungszeiten gehören, tragen zur Erfüllung von Leistungsvoraussetzungen und zur Erhöhung von Renten bei.
Beitragsfreie Zeiten sind Zeiten, in denen keine Beiträge gezahlt worden sind, die der Gesetzgeber aber aus bestimmten Gründen für rentenrechtlich relevant erachtet hat (liegt kein derartiger Tatbestand vor, handelt es sich um eine rentenrechtliche Lücke). Hierzu gehören im Wesentlichen Anrechnungs- und Zurechnungszeiten. Bestimmte Anrechnungszeiten haben neben anspruchserfüllender auch unmittelbar

schläge der Hartz-Kommission zurückgehenden „Ersten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“[31] sind neue Anrechnungstatbestände geschaffen und bestehende erweitert worden. Zeiten der Krankheit vor Eintritt in das Erwerbsleben, Zeiten der Ausbildungssuche und Zeiten der Arbeitslosmeldung nach Vollendung des 58. Lebensjahrs bei eingeschränkter Vermittlungsbereitschaft stellen anders als bisher keine rentenrechtliche Lücke mehr dar. Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft oder Arbeitslosigkeit werden nach Vollendung des 17. und vor Vollendung des 25. Lebensjahrs unter erleichterten Voraussetzungen anerkannt. Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung wurden von drei auf acht Jahre ausgeweitet, wobei allerdings – wie bei allen genannten Verbesserungen – keine zusätzlichen Entgeltpunkte erworben werden. Die neuen bzw. erweiterten Anrechnungszeiten schließen jedoch Lücken in der Versicherungsbiografie und können sich somit mittelbar rentenerhöhend auswirken, weil sie bei der Bewertung der beitragsfreien Zeiten mit berücksichtigt werden.

Darüber hinaus wird sich zeigen müssen, inwieweit die Maßnahmen des Ersten und Zweiten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (z. B. Existenzgründerzuschuss, Förderung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer) geeignet sind, die Lücken und Brüche in den Erwerbsverläufen von Versicherten zu verringern und damit Defizite in der Alterssicherung zu vermeiden oder zu minimieren. Für eine Analyse dieser Maßnahmen ist es gegenwärtig aber noch zu früh. Ihre Wirkung muss jedoch sorgfältig beobachtet werden.

Schließlich stellt sich die Frage, ob mit den im Durchschnitt zunehmend unsteten Erwerbsverläufen auch geringere Lebenserwerbseinkommen verbunden sein werden. Dies erscheint nicht zwangsläufig, wenn sich in nicht allzu ferner Zukunft die Beschäftigungssituation – auch aufgrund der demografischen Veränderungen – deutlich entspannen wird.

3.3 Massnahmen zur nachhaltigen Systemstabilisierung

Die beständig steigende Lebenserwartung verursacht zwar Finanzierungsprobleme in den Sozialen Sicherungssystemen, eröffnet gleichzeitig aber auch Chancen für mehr Beschäftigung insbesondere älterer Arbeitnehmer. Eine höhere Erwerbsbeteiligung auch der über 50-Jährigen sollte daher vorrangiges Ziel der Wirtschafts- und Sozialpolitik sein. Anreize zur Frühverrentung müssen konsequent abgebaut werden. Doch reicht eine Annäherung des durchschnittlichen an das bislang geltende gesetzliche Rentenalter allein nicht aus. Dies wird daran deutlich, dass der Anstieg der ferneren Lebenserwartung bei unverändertem gesetzlichen Rentenalter eine permanente Leistungsausweitung bedeutet. Aus diesem Grund plädiert die Kommission für eine langfristig angelegte Anhebung des gesetzlichen Rentenalters von 65 auf 67 Jahre.

Darüber hinaus schlägt die Kommission die Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors vor, mit dessen Hilfe die Verschiebungen im Verhältnis von Rentenempfängern zu Beitragszahlern bei der jährlichen Rentenanpassung berücksichtigt werden soll. Damit wird ein automatischer Stabilisator in das Rentensystem eingebaut, der dessen Immunität gegen

rentenerhöhende Wirkung (z. B. die ersten drei Jahre der Schulausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahrs). Zurechnungszeiten werden bei Erwerbsminderungsrenten und bei Hinterbliebenenrenten den bis zum Versicherungsfall zurückgelegten Zeiten hinzugerechnet, wenn der Versicherte das 60. Lebensjahr noch nicht erreicht hatte. Für die Zurechnungszeiten werden Entgeltpunkte ermittelt, die die Rente erhöhen.

Berücksichtigungszeit ist die Zeit der Erziehung eines Kindes bis zu dessen vollendetem zehnten Lebensjahr. Berücksichtigungszeiten wirken für den begünstigten Elternteil zwar nicht unmittelbar rentenerhöhend, sie tragen aber zur Erfüllung von bestimmten Anspruchsvoraussetzungen (z. B. 35-jährige Wartezeit) bei und können eine verbesserte Bewertung beitragsfreier Zeiten bewirken.

30 Vgl. Fußnote 2.

31 Gesetz vom 23.12.2002, BGBl. I S. 4607.

Veränderungen der demografischen und ökonomischen Rahmenbedingungen deutlich erhöht.
Insgesamt wird mit den vorgeschlagenen Maßnahmen erreicht, dass der Beitragssatz bis zum Jahr 2030 nicht über 22 % steigt und gleichzeitig ein ausreichendes Rentenniveau aufrechterhalten wird. Dies trägt zur Begrenzung der Abgabenlast des Faktors Arbeit bei und erhöht damit die Beschäftigungschancen. Letztlich wird die Finanzierung der Gesetzlichen Rentenversicherung auf eine nachhaltige Grundlage gestellt. Hinzu kommt, dass die intergenerative Lastverteilung gleichmäßiger gestaltet wird.

Die Kommission ist der Auffassung, dass das Ziel, bis zum Jahr 2030 einen Beitragssatz von 22 % nicht zu überschreiten, in einer alternden Gesellschaft mit einer zudem niedrigen Geburtenquote nur durch Maßnahmen zu verwirklichen ist, die auf der Leistungsseite der Gesetzlichen Rentenversicherung ansetzen. Unter 3.4 wird ausgeführt, dass mit einnahmenseitigen Maßnahmen regelmäßig nur kurzfristige Entlastungseffekte zu erzielen sind, wenn sie nicht tragenden Prinzipien des Rentenrechts zuwiderlaufen sollen.

Auf der Leistungsseite bieten sich zwei Ansatzpunkte an, mit denen auf die demografische Entwicklung reagiert werden kann: Zum einen erscheint angesichts der sich beständig verlängernden durchschnittlichen Lebenserwartung eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit und damit eine Anhebung des Renteneintrittsalters konsequent. Daher wird eine Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre vorgeschlagen.

Zum anderen beruht die für die Gesetzliche Rentenversicherung problematische Verschlechterung des Verhältnisses von Beitragszahlerinnen und -zahlern zu Rentnerinnen und Rentnern zu einem guten Teil auch auf der anhaltend niedrigen Geburtenrate, die auch niedrigere Erwerbstätigenzahlen zur Folge hat. Dieser Umstand muss im Rahmen der Rentenanpassung Berücksichtigung finden. Deshalb schlägt die Kommission vor, die Rentenanpassungsformel um einen Nachhaltigkeitsfaktor zu ergänzen, durch den auch die Veränderungen des Verhältnisses von Beitragszahlerinnen und -zahlern zu Rentenbeziehern die Höhe der Anpassungssätze mit beeinflussen. Dieser Nachhaltigkeitsfaktor hat eine selbststabilisierende Funktion[32], da er automatisch auf Verschiebungen der Demografie und der Erwerbstätigkeit reagiert.

Das Zusammenwirken beider Maßnahmen – Anhebung der Altersgrenze und Modifizierung der Anpassungsformel – entlastet die Rentenfinanzen nachhaltig. Auf der Grundlage der nach Ansicht der Kommission zu erwartenden ökonomischen und demografischen Rahmenbedingungen kann bis zum Jahr 2030 ein Beitragssatz von 22 % gehalten werden, ohne dass das Versorgungsniveau künftiger Rentenbezieher in die Nähe einer bloßen Grundversorgung rückt.

Die angestrebten Neuregelungen sollen von flankierenden Maßnahmen begleitet werden. Neben einer Ausweitung der Möglichkeit des vorzeitigen Rentenbezugs für besonders langjährig Versicherte sind Maßnahmen zur Stärkung der Erwerbsbeteiligung Älterer notwendig. Außerdem unterbreitet die Kommission Vorschläge, die zu einer verbesserten Akzeptanz und größeren Verbreitung der Riester-Rente beitragen sollen.

3.3.1 Anhebung des gesetzlichen Rentenalters

Die Kommission ist der Ansicht, dass es angesichts der weiter steigenden Lebenserwartung – bis 2030 um gut drei Jahre – zu einer Anhebung des gesetzlichen Rentenalters auf Dauer keine Alternative gibt. Die Kommission hält aus heutiger Sicht eine Heraufsetzung der Regelaltersgrenze von 65 auf 67 Jahre für angemessen. Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Arbeitsmarktsituation, die einer generellen Verlängerung der Lebensarbeits-

32 Der erwartete zukünftige Anstieg der Erwerbsbeteiligung führt nicht nur zu einem c.p. niedrigeren Beitragssatz. Ein Teil der Mehreinnahmen wird vielmehr für stärkere Rentenanpassungen verwendet. Sollte die Erwerbsbeteiligung wider Erwarten weniger stark steigen, fällt die deshalb erforderliche Anhebung des Beitragssatzes entsprechend geringer aus.

zeit entgegensteht, kann eine solche Maßnahme nicht kurzfristig umgesetzt werden. Die Kommission schlägt deshalb vor, mit der Altersgrenzenanhebung im Jahr 2011 zu beginnen und sie in langen Stufen über einen Zeitraum von 24 Jahren vorzunehmen.[33]

Eine gesetzliche Festlegung der Anhebung sollte noch in der laufenden Legislaturperiode erfolgen. Der verfassungsrechtliche Vertrauensschutz gebietet es, dass die Versicherten wie die Unternehmen sich rechtzeitig auf diese Rechtsänderung einstellen können.

Die Zeit zwischen Verabschiedung und Wirksamwerden der Altersgrenzenanhebung muss der Gesetzgeber nutzen, den rechtlichen und tatsächlichen Rahmen für eine höhere Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer zu schaffen. Der internationale Vergleich zeigt, dass dies möglich ist. Sowohl vor Beginn der Anhebung als auch während der Anhebungsphase ist beständig zu prüfen, ob die unterstellte Entwicklung der Rahmenbedingungen tatsächlich eintritt. Zu diesem Zweck muss der Rentenversicherungsbericht spätestens ab dem Jahr 2008 um eine entsprechende Darstellung ergänzt werden.

3.3.1.1 Ausgangssituation

In der Gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter lag die Altersgrenze ursprünglich bei 70 Jahren und wurde im Jahr 1916 auf 65 Jahre herabgesetzt. In der 1912 gegründeten Angestelltenversicherung lag die Altersgrenze von Beginn an bei 65 Jahren. Zwar sind in den folgenden Jahrzehnten für bestimmte Personengruppen (Arbeitslose, Frauen, schwerbehinderte Menschen, langjährig Versicherte) besondere vorgezogene Altersrenten eingeführt worden, die bei Vorliegen bestimmter versicherungsrechtlicher und persönlicher Voraussetzungen bereits vor Vollendung des 65. Lebensjahres in Anspruch genommen werden können. Die Altersgrenze für die Inanspruchnahme der Regelaltersrente, die nur die Erfüllung einer Mindestversicherungszeit voraussetzt, blieb aber unverändert bei 65 Jahren.

Die fernere Lebenserwartung der 65-Jährigen in Deutschland hat sich jedoch allein seit 1960 um rund drei Jahre bei Männern und sogar viereinhalb Jahre bei Frauen erhöht. Damit ist auch die Dauer des Rentenbezugs erheblich gestiegen. Die durchschnittlichen Laufzeiten in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten haben sich – auch vor dem Hintergrund des gesunkenen durchschnittlichen Rentenzugangsalters – in den alten Bundesländern in der Zeit von 1960 bis 2002 bei den Versichertenrenten um rund zwei Drittel verlängert. Für die Zukunft zeichnet sich ein weiterer erheblicher Anstieg der durchschnittlichen ferneren Lebenserwartung ab. Die Kommission erwartet zwischen 2000 und 2030 eine Verlängerung um 2,6 Jahre bei Männern und um 3,1 Jahre bei Frauen. Dies hat zur Folge, dass die Summe der Rentenzahlungen immer weiter ansteigt. Ohne korrigierende Eingriffe in das Rentenrecht würde die daraus resultierende Finanzierungslast den jeweiligen Beitragszahlerinnen und -zahlern aufgebürdet. Das Finanzierungsvolumen des Umlageverfahrens würde erheblich ausgeweitet.

3.3.1.2 Lösungsansatz: Anhebung der Regelaltersgrenze

Die bereits mit der Rentenreform 1992 eingeleitete Anhebung der vorgezogenen Altersgrenzen von 60 bzw. 63 Jahren auf 65 Jahre wird bald abgeschlossen sein (vgl. auch Kasten 3-3, nächste Seite). Das effektive Rentenalter wird sich deshalb erhöhen.

Daher stellt die Anhebung der Regelaltersgrenze – neben einer Reform des Anpassungsverfahrens bei den Renten – einen geeigneten Ansatzpunkt für eine weitere Bewältigung der demografisch bedingten Belastungen der Gesetzlichen Rentenversicherung dar. Die Kom-

33 So auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2001/02, Textziffer 260.

Kasten 3-3: Renten wegen Alters in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten nach geltendem Recht

(Nach Abschluss der Heraufsetzung der vorzeitigen Altersgrenzen, ohne Berücksichtigung von Vertrauensschutz- bzw. Übergangsregelungen)

Regelaltersrente

Altersgrenze:	65 Jahre
Anspruchsvoraussetzung:	5 Jahre Mindestversicherungszeit (Wartezeit)

Altersrente für langjährig Versicherte

Altersgrenze:	65 Jahre
Anspruchsvoraussetzung:	35 Jahre Wartezeit
Vorzeitiger Bezug möglich ab:	62 Jahren

Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Altersgrenze:	63 Jahre
Anspruchsvoraussetzungen:	35 Jahre Wartezeit; Anerkennung als schwerbehindert (Grad der Behinderung mind. 50)
Vorzeitiger Bezug möglich ab:	60 Jahren

Altersrente für Frauen

Altersgrenze:	65 Jahre
Anspruchsvoraussetzungen:	vor 1952 geboren; 15 Jahre Wartezeit; nach Vollendung des 40. Lebensjahres mehr als zehn Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit
Vorzeitiger Bezug möglich ab:	60 Jahren

Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit

Altersgrenze:	65 Jahre
Anspruchsvoraussetzungen:	vor 1952 geboren; 15 Jahre Wartezeit; in den letzten zehn Jahren vor Rentenbeginn acht Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit; nach Erreichen des Alters von 58 1/2 Jahren insgesamt 52 Wochen arbeitslos sowie Arbeitslosigkeit bei Rentenbeginn oder 24 Monate Altersteilzeitarbeit im Sinne des Altersteilzeitgesetzes.
Vorzeitiger Bezug möglich ab:	60 Jahren

mission ist der Ansicht, dass Maßnahmen, die an der Altersgrenze ansetzen und solche, die die Anpassung betreffen, einander ergänzen müssen: Eine veränderte Rentenanpassung betrifft sowohl Rentenzugang als auch Rentenbestand und bewirkt damit eine breite, generationenübergreifende Lastenverteilung. Daneben erscheint es aber geboten, mittels einer Altersgrenzenanhebung gezielt die künftigen Rentnergenerationen zu erfassen, denen die verlängerte Rentenlaufzeit zugute kommt.

Die Kommission spricht sich für eine Anhebung der Regelaltersgrenze um zwei Jahre auf 67 Jahre aus. Die Anhebung soll in Stufen von einem Monat pro Geburtsjahrgang erfolgen. Die Anhebung beginnt mit dem Geburtsjahrgang 1946. Für diesen Jahrgang gilt eine Altersgrenze von 65 Jahren und einem Monat. Der erste Jahrgang, für den die Altersgrenze von 67 Jahren gilt, ist der Geburtsjahrgang 1969.

Im internationalen Vergleich scheint Deutschland damit eine Vorreiterrolle innezuhaben. In den Ländern der Europäischen Union sind zwar vielfach ebenfalls Anhebungen der Regelaltersgrenzen eingeleitet worden. Dort ist jedoch die Zielgröße regelmäßig das 65. Lebensjahr.[34] Lediglich in Dänemark gibt es zurzeit bei der Volksrente eine Altersgrenze von 67 Jahren; diese ist für künftige Rentenbezieher jedoch wieder auf 65 Jahre gesenkt worden.

Allerdings sind Altersgrenzen in verschiedenen Rentensystemen nicht ohne weiteres vergleichbar. Eine niedrige Grenze, die mit einem geringen Rentenniveau und hohen Zuschlägen bei aufgeschobenem Rentenbezug gekoppelt ist, entspricht beispielsweise in ihren Wirkungen letztlich einer höheren Altersgrenze mit entsprechenden Abschlägen bei vorgezogenem Bezug.

Außerdem gibt es außerhalb der EU durchaus Länder, die eine Altersgrenze von 67 Jahren kennen, wie etwa die USA oder Norwegen. Zudem dürften die neuen demografischen Erkenntnisse, die nicht auf Deutschland beschränkt sein werden, auch innerhalb und außerhalb der EU eine neue Diskussion zur Anhebung des Rentenalters auslösen. Aus den Niederlanden und aus der Schweiz ist bereits zu vernehmen, dass ein Rentenalter von 67 Jahren diskutiert wird.[35] In Japan wird sogar eine Anhebung des Rentenalters auf 69 Jahre erwogen.[36]

Die Annäherung des tatsächlichen an das gesetzliche Renteneintrittsalter ist unter gesamtwirtschaftlichen Aspekten anzustreben, um das Produktionspotenzial der Volkswirtschaft nach Möglichkeit zu vergrößern. Für die nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Rentenversicherung ist diese Absicht nach Einführung der Abschläge bei vorzeitigem Rentenbeginn aber nur von zweitrangiger Bedeutung (siehe Kasten 3-4, nächste Seite).

Voraussetzungen für eine Anhebung der Altersgrenze

Eine längere Lebensarbeitszeit kann nur dann verwirklicht werden, wenn Ältere eine tatsächliche Chance zur Weiterarbeit haben. Hier wird die – schon aus demografischen Gründen zu erwartende – Besserung der Arbeitsmarktlage allein nicht ausreichen. Expertisen, die von Kommissionsmitgliedern vorgelegt wurden, haben die Notwendigkeit hervorgehoben, die Anreize für längere Erwerbsbiografien auch durch gesetzgeberische Maßnahmen zu stärken. Der internationale Vergleich zeigt, dass die Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer bei geeigneten Rahmenbedingungen und entsprechender Politikgestaltung durchaus veränderbar ist. So weisen Länder, in denen die Frühverrentung nicht als arbeitsmarktpolitisches Instrument eingesetzt wurde, höhere Erwerbsquoten Älterer auf.[37] Wichtig ist die Einsicht, dass Frühverrentung durch den damit verbundenen Anstieg der Lohnzusatzkosten eher Arbeitslosigkeit schafft als verringert.

Deswegen kommt dem Aspekt der lebenslangen Weiterqualifizierung entscheidende Bedeutung zu. Hier sind die Unternehmen gefordert, entsprechende Angebote zu schaffen. Auf Arbeitnehmerseite setzt dies eine Bereitschaft voraus, solche Angebote anzunehmen. Schließlich müssen die gesundheitlichen Voraussetzungen für eine verlängerte Lebensarbeitszeit gegeben sein. Insofern werden der Präventions- und der Rehabilitationsgedanke in Zukunft größeres Gewicht erlangen. Einzelheiten hierzu finden sich in Kasten 3-5. Schließlich bedarf es einer Anpassung von Normen außerhalb des Rentenrechts, die an die Vollendung des 65. Lebensjahres anknüpfen. Dies gilt beispielsweise für arbeitsrechtliche Regelungen oder die Vorschriften des Grundsicherungsgesetzes.

34 Vgl. Übersicht bei Heidel, Susanne [2003], Altersgrenzen im europäischen Vergleich, in: DAngVers 2003, S. 123.
35 Die Welt vom 27.05.2003 bzw. FAZ vom 30.05.2003.
36 Heidel, a.a.O., S. 126
37 Vgl. Gruber, Jonathan David Wise [1999], Social Security and Retirement Around the World, Chicago/London.

Kasten 3-4: Anhebung des tatsächlichen oder des gesetzlichen Renteneintrittsalters?

Mit dem Vorschlag der Kommission, das gesetzliche Renteneintrittsalter von heute 65 Jahren ab 2011 um einen Monat pro Jahr bis auf 67 Jahre im Jahr 2035 anzuheben, soll zum einen der mit der lebenserwartungsbedingt steigenden Rentenbezugsdauer verbundenen permanenten Leistungsausweitung in der Gesetzlichen Rentenversicherung Rechnung getragen werden. Darüber hinaus kommt es aber entscheidend darauf an, die Lohnzusatzkosten zu senken, um die Beschäftigungschancen insbesondere auch der älteren Arbeitnehmer zu verbessern.

Mit der Anhebung des gesetzlichen Rentenalters soll der Anstieg der durchschnittlichen Rentenbezugsdauer begrenzt werden. Durch die damit verbundene Verringerung des Verhältnisses von Rentnerinnen und Rentnern zu Beitragszahlerinnen und -zahlern wird unter sonst gleichen Bedingungen eine Dämpfung des demografisch bedingten Beitragssatzanstiegs bewirkt.

Eine Annäherung des tatsächlichen durchschnittlichen Renteneintrittsalters von derzeit 60,4 Jahren für „Versichertenrenten“ bzw. 62,7 Jahre für „Renten wegen Alters“ an das heute gültige gesetzliche Rentenalter von 65 Jahren hätte dagegen kaum nachhaltige Wirkungen auf den Beitragssatz. Die Abschläge bei vorgezogenem Rentenbeginn stellen spiegelbildlich Zuschläge für einen Verzicht auf die Frührente dar. Wird nun der durchschnittliche Rentenbeginn hinausgeschoben, hat dies zur Folge, dass die Renten zwar später ausgezahlt werden, dann aber erheblich höher ausfallen. Hier wirken nicht nur die nun als Zuschläge interpretierten Abschläge rentensteigernd, sondern auch die zusätzlichen Entgeltpunkte, die im Fall der Weiterarbeit noch erworben werden. Für die Rentenversicherung bedeutet ein Hinausschieben des tatsächlichen Renteneintrittsalters letztlich nur vorübergehend eine Entlastung. Wenn die höheren Renten ausgezahlt werden müssen, wird dieser Effekt jedoch wieder eingeholt. Insofern ist auf diesem Wege in der Tat keine nachhaltige Dämpfung des Beitragssatzes zu erreichen.

Eigene Berechnungen weisen darauf hin, dass die Abschläge in Höhe von 3,6 % pro Jahr vorgezogenen Renteneintritts zwar am unteren Rand liegen, aber dennoch für ein umlagefinanziertes Rentensystem als annähernd versicherungsmathematisch korrekt angesehen werden können. Dies bedeutet, dass mit diesen Abschlägen der Beitragssatz zur Rentenversicherung gegen eine Variation des Renteneintrittsverhaltens weitgehend immunisiert wird. Wenn dies aber so ist, kommt es zur dauerhaften Beeinflussung des Beitragssatzes nicht auf das tatsächliche, sondern auf das gesetzliche Rentenalter an, von dem aus die Abschläge bemessen werden.

Wenngleich die Anhebung des tatsächlichen durchschnittlichen Renteneintrittsalters von geringer nachhaltiger Bedeutung für die Finanzen der Rentenversicherung ist, so ist doch darauf hinzuweisen, dass die Frühverrentung eine erhebliche Verschwendung volkswirtschaftlicher Ressourcen darstellt. Die teilweise „Stilllegung“ des Produktionsfaktors Arbeit vermindert das gesamtwirtschaftliche Produktionspotenzial, das Volkseinkommen und schließlich auch die Bemessungsgrundlagen für Steuern und sonstige Sozialbeiträge. Insofern hat die Forderung nach einer Annäherung des tatsächlichen an das gesetzliche Rentenalter durchaus ihre Berechtigung und wird auch von der Kommission geteilt. Auch aus diesem Grund ist im Rentenkonzept der Kommission beispielsweise vorgesehen, den Zeitpunkt für den frühestmöglichen Renteneintritt, der bereits nach geltendem Recht ab 2012 generell auf 62 Jahre angehoben wird, parallel zur Erhöhung des gesetzlichen Rentenalters allmählich auf 64 Jahre anzuheben.

Die Kommission hat eine lange zeitliche Perspektive bei der Altersgrenzenanhebung gewählt, damit zuvor die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen eingeleitet werden kann. Gleichwohl muss sowohl vor Beginn der Anhebung als auch während der Anhebungsphase immer wieder geprüft werden, ob die unterstellte Verbesserung der Rahmenbedingungen tatsächlich eintritt. Zu diesem Zweck muss der Rentenversicherungsbericht spätestens ab dem Jahr 2008 um eine detaillierte Darstellung ergänzt werden, wie sich die Anhebung der Altersgrenzen (voraussichtlich) auf die wirtschaftliche und soziale Situation älterer Arbeitnehmer sowie auf die Arbeitsmarktlage und die Finanzlage der Rentenversicherung und anderer öffentlicher Haushalte auswirkt. Im Jahr 2008 kann im Übrigen auch beurteilt werden, wie sich die zurzeit noch laufende Anhebung der vorgezogenen Altersgrenzen ausgewirkt hat.

Die Abschläge bei einem vorgezogenen Renteneintritt (3,6 % pro Jahr) bzw. die Zuschläge bei einem hinausgeschobenen Rentenbeginn (6,0 % pro Jahr) über das Regelzugangsalter hinaus sind für ein umlagefinanziertes Rentensystem näherungsweise angemessen. Sie können in dem Sinne als „versicherungsmathematisch korrekt“ interpretiert werden, als eine Frühverrentung mit diesen Abschlägen keinen Druck zur dauerhaften Anhebung der Beitragssätze auslöst.[38] Es entstehen allerdings Vorfinanzierungskosten aufgrund der früheren Rentenauszahlung. Diese werden im Lauf

38 Vgl. Ohsmann, Sabine, Ulrich Stolz und Reinhold Thiede [2003], Rentenabschläge bei vorgezogenem Rentenbeginn: Welche Abschläge sind „richtig“?, in: DAngVers, 2003, S. 171-179.

Kasten 3-5: Möglichkeiten zur Stärkung der Erwerbsbeteiligung Älterer

Die demografische Entwicklung impliziert einen stark und nachhaltig steigenden Anteil der älteren Beschäftigten am Erwerbspersonenpotenzial. Gelingt es, die künftige Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu steigern, kann damit ein Teil der Lücken ausgefüllt werden, die durch den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials entstehen. Politisches Ziel muss vor diesem Hintergrund insbesondere eine Steigerung der Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen in der Altersgruppe der über 55-Jährigen sein. Wenn ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer länger arbeiten sollen, müssen bald die Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Dies setzt ein grundsätzliches Umdenken von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, aber insbesondere auch bei den Unternehmen voraus. Ältere Arbeitnehmer müssen stärker als „Produktivitätspotenzial" und nicht als „personalwirtschaftliche Dispositionsmasse" verstanden werden. Auch für die langfristige Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf 67 Jahre ist eine Neuorientierung des Arbeitsmarktes mit verbesserten Erwerbsmöglichkeiten für Ältere von zentraler Bedeutung.

Die Weiterqualifizierung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im mittleren Alter ist – wie internationale Erfahrungen zeigen – der Schlüssel zu höheren Erwerbsquoten Älterer.[39] Nur das lebenslange Lernen ermöglicht es, längerfristig mit der technologischen Entwicklung Schritt zu halten. Insbesondere sind hierbei Qualifizierungsanforderungen entscheidend, die aus den Informations- und Kommunikationstechniken und der verstärkten Globalisierung der Produktion erwachsen. Dabei wird bei haushalts-, unternehmens- und personenbezogenen Dienstleistungen in der Zukunft mit deutlichen Beschäftigungszuwächsen zu rechnen sein, wobei der Trend in Richtung immer anspruchsvollerer Tätigkeiten mit der Folge weiter steigender Qualifikationsanforderungen geht. Insgesamt müssen die Weiterbildungsangebote verstärkt auf die spezifischen Bedingungen Älterer zugeschnitten werden. Bislang stehen kurzfristige betriebswirtschaftliche Überlegungen diesem Ziel oft entgegen. Je kürzer die verbleibende Erwerbsphase, umso weniger lohnen sich Investitionen in die Qualifikation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Die schrittweise Anhebung der Regelaltersgrenze und eine damit angestrebte erhöhte Beschäftigung auch älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wirkt insofern in die richtige Richtung, weil dadurch die Weiterbildung für Beschäftigte und Arbeitgeber auf eine verlässlichere Planungsgrundlage gestellt wird. Zu prüfen wäre, ob der Gesetzgeber einen Anspruch und ggf. auch eine Verpflichtung zur Weiterbildung regeln sollte. Im Übrigen sind in diesem Zusammenhang auch die Parteien auf Tarifvertrags- und betrieblicher Ebene gefordert, entsprechende Rahmenbedingungen und Vereinbarungen zu schaffen.

Auch die Arbeitsplatzgestaltung und Berufsplanung muss an einen im Durchschnitt späteren Renteneintritt angepasst werden. Je später der durchschnittliche Renteneintritt erfolgt, desto lohnender werden Arbeitsplatzgestaltung und Karriereplanung im Vergleich zur bislang häufig praktizierten Externalisierung älterer Beschäftigter zu Lasten der Sozialversicherungen. Bislang war es aus einzelbetrieblicher Sicht häufig kostengünstiger, Beschäftigte in den Vorruhestand freizusetzen, als Mittel in die altersgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen und die Einrichtung betrieblicher Personalentwicklungspläne zu investieren. Auch für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer selber steigt angesichts des erwartbaren Rentenniveaus die Notwendigkeit zur verstärkten Vorsorge im Sinne höherer Weiterbildungsanstrengungen als notwendige Bedingung für eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit. Eine Möglichkeit der Stärkung der Weiterbildung in Richtung einer stärkeren betrieblichen Anpassungsflexibilität besteht z. B. darin, bei beschäftigungssichernden Arbeitszeitverkürzungen diese Zeiten für berufliche Weiterbildung zu nutzen. Antizyklische Qualifizierungsstrategien würden langfristig Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe verbessern. Bei diesen Maßnahmen sind allerdings nicht allein der Gesetzgeber, sondern ebenso die Tarifvertragsparteien sowie die zuständigen Gremien auf betrieblicher Ebene gefordert.

Neben dem Aspekt der lebenslangen Weiterqualifizierung müssen auch die Möglichkeiten zum Erhalt der gesundheitlichen Voraussetzungen für eine verlängerte Lebensarbeitszeit verbessert werden. Insofern werden der Präventions- und der Rehabilitationsgedanke in Zukunft noch größeres Gewicht erlangen müssen. Das Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung zeigt, wie erfolgreich Maßnahmen zur präventiven Gesundheitsförderung und zum betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz sind. Zur rechtzeitigen Vermeidung von altersspezifischen Berufsrisiken könnten verstärkt betriebliche Früherkennungssysteme (z. B. Gesundheits- und Qualifikationszirkel) implementiert werden. Auch die Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung tragen nachweislich erfolgreich zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern bei.[40] Bei Anhebung der Altersgrenzen und Verlängerung der Erwerbsphase kommt es im Bereich der Rehabilitationsleistungen zu Umschichtungen von der gesetzlichen Kranken- zur Rentenversicherung. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Kommission die Überprüfung der mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz 1996 eingeführten Deckelung der Rehabilitationsausgaben.

Darüber hinaus gilt es generell, Anreize zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit zu verstärken. Das erste und zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt enthalten bereits eine Reihe positiver Ansätze zur Förderung des

39 Vgl. u. a. Enquête-Kommission „Demografischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik", Schlussbericht vom 28.03.2002, S. 90 ff. und Koller, Barbara und Hans-Eberhard Plath [2000], Qualifikation und Qualifizierung älterer Arbeitnehmer, MittAB 1/2000, 112-125.

40 Vgl. u. a. Irle, Hanno et al. [1998], Sozialmedizinische Prognose nach stationärer medizinischer Rehabiltiation in der Angestelltenversicherung, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 51-60.

Kasten 3-5: Möglichkeiten zur Stärkung der Erwerbsbeteiligung Älterer (Fortsetzung)

Verbleibs und des Wiedereinstiegs in Arbeit älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer: die Ausweitung der erleichterten Befristung von Arbeitsverhältnissen von Arbeitnehmern ab 52 Jahren, die Befreiung des Arbeitgebers von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung bei der Einstellung älterer Arbeitsloser ab 55 Jahren sowie die Einführung einer Lohnversicherung bei Arbeitnehmern ab 50 Jahren, die eine niedriger bezahlte Arbeit annehmen. Darüber hinaus sollten Ältere bei der Vermittlung und den Maßnahmen zur aktiven Arbeitsmarktpolitik gegenüber den Jüngeren nicht benachteiligt werden. Die geplante Verkürzung der Bezugsdauer für Arbeitslosengeld ist zu begrüßen, weil sie die Bereitschaft der älteren Arbeitslosen erhöhen wird, wieder eine neue Tätigkeit aufzunehmen (Versicherungsleistung statt Versorgungsleistung). Flankierend hierzu sollten auch Frühverrentungsanreize wie die vereinfachten Berechtigungskriterien für den Bezug von Arbeitslosengeld ab dem 58. Lebensjahr entfallen. Eine Lockerung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes könnte ebenfalls dazu beitragen, die Langzeitarbeitslosigkeit bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern abzubauen.

Der internationale Vergleich zeigt, dass die Beschäftigungsquoten älterer Arbeitnehmer bei geeigneten Rahmenbedingungen und entsprechender Politikgestaltung durchaus veränderbar sind. Zentrale Ansatzpunkte finden sich in den Regelungen des Arbeitsrechts. So verringern tarifliche Kündigungs- und Entgeltschutzregelungen und insbesondere altersabhängige Kündigungsschutzregelungen letztlich die Einstellungschancen älterer Arbeitssuchender. Die einseitige Nutzung von Vorruhestandsregelungen als Mittel des Personalabbaus führt zur vermehrten Freisetzung älterer Arbeitnehmer. Die vielfach praktizierte Senioritätsentlohnung erhöht das Arbeitslosigkeitsrisiko Älterer. Dagegen erleichtern Möglichkeiten zur befristeten Beschäftigung von Älteren deren Einstellungschancen. Das Bewusstsein für die Notwendigkeit längerer Lebensarbeitszeiten könnte durch die Abschaffung des Blockmodells im Rahmen der Altersteilzeitregelungen gestärkt werden.

des Rentenbezugs aber durch die abschlagsbedingt verminderte Rente in etwa wieder aufgewogen. Ein Anreiz zur Frühverrentung dürfte jedoch auch mit diesen Abschlägen noch bestehen, wenn die individuelle Zeitpräferenz höher als die Rendite des Umlageverfahrens ist, die sich aus der Rentenanpassungsformel ergibt und somit eng an die Lohnentwicklung gekoppelt ist.[41] Im Übrigen gehen durch die Frühverrentung nicht nur Beitragseinnahmen für die Rentenversicherung verloren, sondern auch in den übrigen Sozialversicherungszweigen. Gleiches gilt für die Steuereinnahmen des Staates. Letztlich bedeutet der vorgezogene

Kasten 3-6: Zur Ermittlung „fairer" Rentenabschläge

Die aktuelle Diskussion um die richtige Bemessung der Abschläge bei vorzeitigem Rentenbeginn basiert in der Regel auf einem Vergleich zwischen dem Barwert der Rentenzahlungen bei vorzeitigem Renteneintritt und dem Barwert der Rentenzahlungen abzüglich der noch zu entrichtenden Beiträge bei einem hinausgeschobenen Rentenbeginn. Stimmen diese Barwerte überein, spricht man von „fairen Abschlägen". Diese Definition ist jedoch weniger eindeutig als es auf den ersten Blick scheint. Tatsächlich sind hier zwei grundsätzliche Perspektiven zu unterscheiden. Zum einen kann das Augenmerk auf die Stabilität der Beitragssätze gelegt werden. In diesem Fall soll von der Frühverrentung kein Druck zur Anhebung der Beitragssätze ausgehen. Dies ist immer dann gewährleistet, wenn die Zahlungsströme mit der Anpassungsrate der Renten diskontiert werden. In Rentensystemen mit Lohnanpassung wäre der unter diesem Blickwinkel angemessene Diskontierungssatz die Lohnwachstumsrate. Da die Renten mit der gleichen Rate wachsen wie sie diskontiert werden, entspricht der Barwert hier praktisch der einfachen Summe der Zahlungen. Die gegenwärtigen Abschläge von 3,6 % pro Jahr vorgezogenen Rentenbeginns erscheinen auch nach dieser Berechnungsmethode zwar recht gering bemessen, aber noch angemessen, insbesondere wenn lange Rentenlaufzeiten unterstellt werden, wie sie für Frauen oder auch für Männer zuzüglich Hinterbliebenenversorgung typisch sind.

Unter einem anderen Blickwinkel kann gefordert werden, dass von der Rentenversicherung kein Anreiz zur Frühverrentung ausgehen soll. In diesem Fall sind die künftigen Zahlungen mit der individuellen Zeitpräferenzrate zu diskontieren, die die Vorliebe für den Gegenwartskonsum im Vergleich zum hinausgeschobenen Konsum wiedergibt. Eine geeignete Annäherung an diese Zeitpräferenzrate stellt der Kapitalmarktzins dar. Er gibt an, um wie viel der zukünftige Konsum höher ausfallen könnte, wenn heute auf den Konsum verzichtet wird. Er gibt praktisch den „Preis" für den vorgezogenen Konsum wieder. Bei einer Zeitpräferenzrate, die über der Lohnwachstumsrate liegt, kommt es zu einer „echten" Diskontierung, d. h. der Barwert der künftigen Zahlungen ist kleiner als die bloße Summe. Die „fairen Abschläge" fallen bei dieser Berechnungsmethode c. p. größer aus, weil die noch zu leistenden Beitragszahlungen bei hinausgeschobenem Rentenbeginn relativ stark gewichtet werden, während die durch die Abschläge geminderten Renten bei Frühverrentung relativ gering ins Gewicht fallen. Nach dieser Berechnungsmethode scheinen die Abschläge von 3,6 % pro Jahr deutlich zu niedrig bemessen. Sie dürften die Weiterarbeit im Alter „implizit besteuern" und somit einen Anreiz bieten, vorzeitig in Rente zu gehen.

41 Eine Diskussion der Veränderung des tatsächlichen Renteneintrittsalters als Folge verschiedener Reformoptionen findet sich bei Berkel, Barbara und Axel Börsch-Supan [2003], Renteneintrittsentscheidungen in Deutschland: Langfristige Auswirkungen verschiedener Reformoptionen, MEA Diskussionspapier Nr. 31-2003.

Rentenbezug immer auch eine Einschränkung des gesamtwirtschaftlichen Produktionspotenzials. Aus diesem Grund sind jegliche Anreize zur Frühverrentung abzubauen.

Die Rentenabschläge dürften – ebenso wie eine Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters – Ausweichreaktionen zur Folge haben. So kann ein Teil der Abschläge im Fall der Erwerbsminderungsrente oder der Schwerbehindertenrente vermieden werden. Hier wird darauf zu achten sein, dass diese besonderen Rentenformen tatsächlich nur dem Personenkreis eröffnet werden, der gemäß der Intention des Gesetzgebers hierfür vorgesehen ist.

Anpassung der Möglichkeiten zum vorzeitigen Rentenbezug

Die Möglichkeiten, Altersrenten bis zu drei Jahre vorzeitig mit Abschlägen von bis zu 10,8 % zu beziehen, sollten erhalten bleiben. Um das bestehende Gefüge von Regelaltersgrenze und vorgezogenen Altersgrenzen zu bewahren, müssen die Altersgrenzen für die vorgezogenen Altersrenten und auch das jeweils geltende Mindestalter für den vorzeitigen, abschlagsbehafteten Rentenbezug parallel zur Regelaltersgrenze angehoben werden. Das bedeutet, dass die Anhebung auch insoweit mit dem Geburtsjahrgang 1946 beginnt und pro Jahrgang einen Monat beträgt. Die Einzelheiten können Tabelle 3-2 (nächste Seite) entnommen werden.

Durch eine Parallelanhebung der Regelaltersgrenze und der Zeitpunkte für den frühestmöglichen vorzeitigen Rentenbezug (mit Abschlägen) wird sichergestellt, dass die bisherige maximale Abschlagshöhe (10,8 %; übergangsweise bei der Altersrente für Frauen und bei der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit 18 %) nicht erhöht wird. Allerdings ist der Zeitabstand zwischen der vorgeschlagenen Rechtsänderung und dem beabsichtigten Rentenbeginn hier deutlich kürzer als bei den Altersgrenzen von 65 bzw. 63 Jahren. Ein Versicherter des Jahrgangs 1946, der den Bezug einer vorzeitigen Altersrente ab Vollendung des 60. Lebensjahrs im Jahr 2006 geplant hatte, ist bei einer angenommenen Rechtsänderung im Jahr 2004 bereits 58 Jahre alt und steht zwei Jahre vor dem Renteneintritt. Daher sollte zumindest dann, wenn bereits konkrete Dispositionen für den Übergang in die Rente getroffen wurden, das nachweisbar dokumentierte Vertrauen geschützt werden.

Für die einzelnen Rentenarten, die einen Rentenbeginn vor Vollendung des 65. Lebensjahres ermöglichen, empfiehlt die Kommission grundsätzlich eine parallele Altersgrenzenanhebung. Leitgedanke dieser Vorschläge ist, dass auch das tatsächliche Renteneintrittsalter angehoben werden sollte. Hierzu müssen sowohl Ausweichreaktionen begrenzt als auch klare Rahmenbedingungen für die Planung von Arbeitsverhältnissen gesetzt werden. Im Einzelnen schlägt die Kommission deshalb folgende Regelungen vor:

- **Altersrente für langjährig Versicherte**
  Die Möglichkeit des vorzeitigen Bezugs bleibt auch für die Geburtsjahrgänge 1946 bis 1957 unverändert bei 63 Jahren. Allerdings erhöht sich der Abschlag bei frühestmöglichem Bezug von 7,2 % allmählich bis auf 10,8 %. Da der zeitliche Vorlauf fünf Jahre beträgt, sind gesonderte Vertrauensschutzregelungen entbehrlich.

- **Altersrente für Frauen und Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit**
  Bei diesen Renten handelt es sich zwar um auslaufende Regelungen, die bereits nach geltendem Recht nur von vor 1952 geborenen Versicherten in Anspruch genommen werden können. Das Erfordernis des Vertrauensschutzes gilt gleichwohl auch hier in vollem Umfang.

Tabelle 3-2: Neuregelung der Altersgrenzen

Geburtsjahrgang	Regelaltersrente								Altersrente für langjährig Versicherte								Altersrente für schwerbehinderte Menschen								Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit, Altersrente für Frauen							
	Altersgrenze				Vorz. Bezug ab				Altersgrenze				Vorz. Bezug ab				Altersgrenze				Vorz. Bezug ab				Altersgrenze				Vorz. Bezug ab			
	Gelt. Recht		Vorschlag		Gelt. Recht		Vorschlag		Gelt. Recht		Vorschlag		Gelt. Recht		Vorschlag		Gelt. Recht		Vorschlag		Gelt. Recht		Vorschlag		Gelt. Recht		Vorschlag		Gelt. Recht		Vorschlag	
	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
1945	65	0	65	0	-	-	-	-	65	0	65	0	63	0	63	0	63	0	63	0	60	0	60	0	65	0	65	0	60	0	60	0
1946	65	0	65	1	-	-	-	-	65	0	65	1	63	0	63	0	63	0	63	1	60	0	60	1	65	0	65	1	60	0	60	1
1947	65	0	65	2	-	-	-	-	65	0	65	2	63	0	63	0	63	0	63	2	60	0	60	2	65	0	65	2	60	0	60	2
1948	65	0	65	3	-	-	-	-	65	0	65	3	62	6	63	0	63	0	63	3	60	0	60	3	65	0	65	3	60	0	60	3
1949	65	0	65	4	-	-	-	-	65	0	65	4	62	0	63	0	63	0	63	4	60	0	60	4	65	0	65	4	60	0	60	4
1950	65	0	65	5	-	-	-	-	65	0	65	5	62	0	63	0	63	0	63	5	60	0	60	5	65	0	65	5	60	0	60	5
1951	65	0	65	6	-	-	-	-	65	0	65	6	62	0	63	0	63	0	63	6	60	0	60	6	65	0	65	6	60	0	60	6
1952	65	0	65	7	-	-	-	-	65	0	65	7	62	0	63	0	63	0	63	7	60	0	60	7	-	-	-	-	-	-	-	-
1953	65	0	65	8	-	-	-	-	65	0	65	8	62	0	63	0	63	0	63	8	60	0	60	8	-	-	-	-	-	-	-	-
1954	65	0	65	9	-	-	-	-	65	0	65	9	62	0	63	0	63	0	63	9	60	0	60	9	-	-	-	-	-	-	-	-
1955	65	0	65	10	-	-	-	-	65	0	65	10	62	0	63	0	63	0	63	10	60	0	60	10	-	-	-	-	-	-	-	-
1956	65	0	65	11	-	-	-	-	65	0	65	11	62	0	63	0	63	0	63	11	60	0	60	11	-	-	-	-	-	-	-	-
1957	65	0	66	0	-	-	-	-	65	0	66	0	62	0	63	0	63	0	64	0	60	0	61	0	-	-	-	-	-	-	-	-
1958	65	0	66	1	-	-	-	-	65	0	66	1	62	0	63	1	63	0	64	1	60	0	61	1	-	-	-	-	-	-	-	-
1959	65	0	66	2	-	-	-	-	65	0	66	2	62	0	63	2	63	0	64	2	60	0	61	2	-	-	-	-	-	-	-	-
1960	65	0	66	3	-	-	-	-	65	0	66	3	62	0	63	3	63	0	64	3	60	0	61	3	-	-	-	-	-	-	-	-
1961	65	0	66	4	-	-	-	-	65	0	66	4	62	0	63	4	63	0	64	4	60	0	61	4	-	-	-	-	-	-	-	-
1962	65	0	66	5	-	-	-	-	65	0	66	5	62	0	63	5	63	0	64	5	60	0	61	5	-	-	-	-	-	-	-	-
1963	65	0	66	6	-	-	-	-	65	0	66	6	62	0	63	6	63	0	64	6	60	0	61	6	-	-	-	-	-	-	-	-
1964	65	0	66	7	-	-	-	-	65	0	66	7	62	0	63	7	63	0	64	7	60	0	61	7	-	-	-	-	-	-	-	-
1965	65	0	66	8	-	-	-	-	65	0	66	8	62	0	63	8	63	0	64	8	60	0	61	8	-	-	-	-	-	-	-	-
1966	65	0	66	9	-	-	-	-	65	0	66	9	62	0	63	9	63	0	64	9	60	0	61	9	-	-	-	-	-	-	-	-
1967	65	0	66	10	-	-	-	-	65	0	66	10	62	0	63	10	63	0	64	10	60	0	61	10	-	-	-	-	-	-	-	-
1968	65	0	66	11	-	-	-	-	65	0	66	11	62	0	63	11	63	0	64	11	60	0	61	11	-	-	-	-	-	-	-	-
1969	65	0	67	0	-	-	-	-	65	0	67	0	62	0	64	0	63	0	65	0	60	0	62	0	-	-	-	-	-	-	-	-
1970	65	0	67	0	-	-	-	-	65	0	67	0	62	0	64	0	63	0	65	0	60	0	62	0	-	-	-	-	-	-	-	-

Für Versicherte des Geburtsjahrgangs 1946 verschiebt sich bei diesen Altersrenten die Altersgrenze auf 65 Jahre und einen Monat und die Möglichkeit des vorzeitigen Bezuges auf 60 Jahre und einen Monat. Eine Inanspruchnahme der Rente mit Vollendung des 60. Lebensjahrs ist also selbst unter Inkaufnahme von Abschlägen nicht mehr möglich. Versicherte, die bereits verbindlich über den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand disponiert haben (was sich z.B. in einer Kündigung, einem Aufhebungsvertrag, dem Abschluss eines befristeten Vertrages oder einer Altersteilzeitvereinbarung manifestiert hat), sollten hierauf vertrauen dürfen und von der Altersgrenzenanhebung ausgenommen werden. Das bedeutet konkret, dass es für die betreffenden Versicherten bei der Altersgrenze von 65 Jahren bleibt. Ein vorzeitiger Bezug bleibt für diesen Personenkreis noch ab Vollendung des 60. Lebensjahrs möglich. Der Abschlag bei frühestmöglichem Rentenbezug beträgt 18 %.

Nach dem Vorbild der Vertrauensschutzregelungen, die 1996 zur Flankierung der damaligen vorgezogenen und beschleunigten Altersgrenzenanhebung in das Gesetz aufgenommen wurden, sollte der Vertrauensschutz grundsätzlich auf die zu einem maßgeblichen Stichtag (seinerzeit war es der Kabinettsbeschluss über die geplante Maßnahme) 55 Jahre alten Versicherten beschränkt werden. Wegen der Besonderheiten bei der Altersteilzeitarbeit, die bereits ab Vollendung des 55. Lebensjahres ausgeübt werden kann, sollte insoweit auf das 54. Lebensjahr abgestellt werden.

- **Altersrente für schwerbehinderte Menschen**

Bei dieser Altersrente handelt es sich um eine systemfremde Komponente im Rentenrecht, weil sie nicht an den Tatbestand einer Minderung der Erwerbsfähigkeit anknüpft. Bei ihr besteht die Besonderheit, dass bereits nach geltendem Recht bestimmte Versicherte bis einschließlich Jahrgang 1950 in ihrem Vertrauen auf das bis 31.12.2000 geltende Recht geschützt sind. Diese Vertrauensschutzregelung ist fortzuführen.[42] Zusätzlich sollten auch bei dieser Rente diejenigen Versicherten Vertrauensschutz genießen, die zu dem genannten Stichtag das 55. Lebensjahr vollendet haben, als schwerbehindert anerkannt sind und im Hinblick auf den Rentenbeginn entsprechend disponiert haben. Denn auch bei dieser Altersrente besteht ansonsten das Problem, dass für Versicherte ab Geburtsjahrgang 1946 ein Rentenbeginn ab Vollendung des 60. Lebensjahres selbst unter Inkaufnahme von Abschlägen nicht möglich ist.

Unabhängig von diesen Überlegungen hat die Kommission die Altersrente für schwerbehinderte Menschen aber auch unter einem anderen Blickwinkel betrachtet. Die Altersrente für schwerbehinderte Menschen kann sich nämlich als Möglichkeit darstellen, der Anhebung des Renteneintrittsalters zumindest teilweise auszuweichen. Bereits aufgrund der gegenwärtig umgesetzten Anhebung der vorgezogenen Altersgrenzen zeigt sich eine Tendenz, wegen der Abschläge bei vorzeitigem Bezug auf die Schwerbehindertenrente auszuweichen.[43] Da die Abschläge bei dieser Rentenart auf das 63. und nicht wie bei den anderen Altersrenten auf das 65. Lebensjahr bezogen berechnet werden, fallen die Abschläge bei gleichem Renteneintrittsalter um 7,2 Prozentpunkte niedriger aus. Durch die von der Kommission vorgeschlagene parallele Anhebung aller Altersgrenzen bleibt es bei diesem Effekt.

Die Schwerbehinderung geht nicht notwendigerweise mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit einher. Problematisch ist bei

42 Der Gesetzgeber hat mit einer befristeten Übergangsvorschrift einen besonderen Vertrauenstatbestand geschaffen, der ohnehin nur unter sehr engen Voraussetzungen – schwere Nachteile für wichtige Gemeinschaftsgüter – entfallen könnte; BVerfGE 102, 68, 97 ff.

43 Der Anteil der Rentenzugänge mit der Altersrente für schwerbehinderte Menschen ist von 4,5 % im Jahr 1997 auf 7,3 % im Jahr 2002 angestiegen. Vgl. VDR, Statistik Rentenzugang, verschiedene Jahrgänge.

dieser Rente des Weiteren, dass das Tatbestandsmerkmal der Schwerbehinderung nicht von den Rentenversicherungsträgern, sondern von den Versorgungsämtern geprüft wird. Die Träger sind dann an diese Entscheidung gebunden. Somit erweist sich die Altersrente für schwerbehinderte Menschen letztlich als systemfremde Leistung. Die Kommission hält es deshalb für grundsätzlich gerechtfertigt, die Altersrente für schwerbehinderte Menschen langfristig entfallen zu lassen, zumal bei Erwerbsminderung die Erwerbsminderungsrente in Anspruch genommen werden kann.

3.3.1.3 Erwerbsminderungsrenten

Erwerbsminderungsrenten decken das biometrische Risiko der Erwerbsminderung (Invaliditätsrisiko) ab und sind daher ein wichtiger Bestandteil der Gesetzlichen Rentenversicherung. Die Kommission weist jedoch darauf hin, dass die Erwerbsminderungsrenten in ihrer gegenwärtigen Ausprägung aufgrund der vom Bundessozialgericht entwickelten und in das SGB VI übernommenen „konkreten Betrachtungsweise“ nicht nur das Invaliditätsrisiko, sondern auch das Arbeitsmarktrisiko älterer Arbeitnehmer abdecken. Aufgrund dieser nicht sachgerechten Risikozuweisung erscheint eine Abschaffung der so genannten Arbeitsmarktrenten geboten.

Die Kommission hat zudem den Bereich der Erwerbsminderungsrenten unter zwei Gesichtspunkten untersucht: Zum einen sollte sichergestellt gestellt werden, dass aufgrund der Altersgrenzenanhebung kein zusätzliches Ausweichverhalten in diese Rentenart entsteht. Dabei soll gewährleistet werden, dass es zu keiner Rückführung des relativen Leistungsniveaus der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit kommt. Zum anderen wurde geprüft, ob das derzeitige Recht der Erwerbsminderungsrenten eine ausreichende Absicherung von Arbeitnehmern gewährleistet, die aufgrund langjähriger schwerer Arbeit einem außergewöhnlichen körperlichen Verschleiß unterliegen.

Kasten 3-7: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

In der Gesetzlichen Rentenversicherung, die als Invaliditätsversicherung gegründet wurde, stellen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach den Renten wegen Alters und den Renten wegen Todes im Hinblick auf das Ausgabenvolumen den drittgrößten Leistungsposten dar. Zum 01.01.2001 ist das frühere System aus Erwerbsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsrente durch eine einheitliche, aber abgestufte Erwerbsminderungsrente ersetzt worden.

Anspruch auf eine Rente wegen voller Erwerbsminderung besteht – bei Erfüllung der Wartezeit und besonderer versicherungsrechtlicher Voraussetzungen – für Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Die Rente wird, wie eine Altersrente, als Vollrente gezahlt. Für Versicherte, deren Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf drei bis unter sechs Stunden täglich gesunken ist, besteht Anspruch auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Diese Rente wird in Höhe einer halben Vollrente geleistet. Bei einem Restleistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von sechs Stunden täglich und mehr wird keine Erwerbsminderungsrente gezahlt.

Maßstab für die Feststellung des Leistungsvermögens ist die Erwerbsfähigkeit des Versicherten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter den üblichen Bedingungen. Allein die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit des Versicherten sowie eventuelle zusätzliche Einschränkungen, die sich aus der ärztlichen Begutachtung ergeben können, sind zu berücksichtigen. Auf die subjektive Zumutbarkeit einer Tätigkeit unter dem Gesichtspunkt der Ausbildung und des Status der bisherigen beruflichen Tätigkeit kommt es nicht an.

Infolge der höchstrichterlichen Rechtsprechung kommt es aber nicht allein auf die medizinische Beurteilung (abstrakte Betrachtungsweise) an. Bei Zugrundelegung der von der Rechtsprechung begründeten konkreten Betrachtungsweise erhalten Versicherte bei einem festgestellten täglichen Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich eine volle – arbeitsmarktbedingte – Erwerbsminderungsrente („Arbeitsmarktrente“), wenn sie keinen entsprechenden Teilzeitarbeitsplatz finden, obwohl sie medizinisch betrachtet nur teilweise erwerbsgemindert sind.

Problem der konkreten Betrachtungsweise bei den Erwerbsminderungsrenten

Mit den Arbeitsmarktrenten sichert die Gesetzliche Rentenversicherung in erheblichem Umfang das Arbeitsmarktrisiko älterer Arbeitnehmer ab. Sie erbringt damit eine Leistung außerhalb ihres originären Risikobereichs. Die Aufwendungen hierfür werden von der Bundesanstalt für Arbeit nur in unzureichendem Umfang erstattet.[44] Grundsätzlich befürwortet es die Kommission deshalb, bei der Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten eine abstrakte Betrachtungsweise zugrunde zu legen, die allein auf medizinische Aspekte abstellt.

Angesichts der aktuellen Arbeitsmarktsituation ist es jedoch unter sozialpolitischen Aspekten kaum vertretbar, kurzfristig auf die Gewährung von Arbeitsmarktrenten zu verzichten. Bei einer verbesserten Lage auf dem Arbeitsmarkt wird dies aber erneut zu prüfen sein. Bei dieser Prüfung ist zu berücksichtigen, inwieweit auch für ältere Versicherte mit einem Leistungsvermögen von weniger als sechs Stunden Möglichkeiten bestehen, bis zum Erreichen der dann angehobenen Altersgrenzen einer Teilzeittätigkeit nachzugehen. Wenn diese Möglichkeiten nicht in ausreichendem Umfang gegeben sind, muss eine weitere – eventuell auf ältere Arbeitnehmer beschränkte – Anwendung der konkreten Betrachtungsweise in Erwägung gezogen werden. Die Kommission hält es allerdings für sachgerechter und ordnungspolitisch korrekt, derartige Fälle in der Arbeitslosenversicherung aufzufangen.

Absicherung körperlich stark belasteter Versicherter durch die Erwerbsminderungsrenten

Das geltende Recht der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sichert auch körperlich stark belastete Versicherte in ausreichendem Umfang ab: Wer lange Zeit körperlich schwer gearbeitet hat und diese Arbeit nicht mehr leisten kann, wird nach dem geltenden Recht regelmäßig als mindestens teilweise erwerbsgemindert eingestuft. Ohne Arbeitsplatz kann eine (arbeitsmarktbedingte) Rente wegen voller Erwerbsminderung bezogen werden. Eine „Gerechtigkeitslücke“ ist nicht erkennbar. Sonderregelungen im Bereich der Erwerbsminderungsrenten zu Gunsten von Versicherten, die körperlich schwer gearbeitet haben, sind daher nicht notwendig.

Im Übrigen würden derartige Sonderregelungen sich angesichts der bekannten Ausweichtendenzen, die sich bereits im Hinblick auf die konkrete Betrachtungsweise als Problem darstellen, nicht in zufrieden stellender Weise konzipieren lassen. Praktikable Ansätze für eine gerechte und gleichzeitig missbrauchssichere Abgrenzung bestimmter Personenkreise sind nicht ersichtlich. Eine Regelung, die allein auf die Versicherungsdauer abstellt, ist bei den Erwerbsminderungsrenten nicht zu rechtfertigen. Es lässt sich nicht begründen, dass ein nicht erwerbsgeminderter Versicherter allein aufgrund der Dauer seiner Versicherung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhält.

Anpassung der Abschlagsregelung bei den Erwerbsminderungsrenten

Bei den Erwerbsminderungsrenten wurden im Rahmen der Rentenreform 2001 Abschläge eingeführt, die sich auf bis zu 10,8 % belaufen können und somit den – langfristig – bei den Altersrenten maximal möglichen Abschlägen entsprechen. Auf diese Weise sollte Ausweichtendenzen von den Altersrenten zu den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit entgegengewirkt werden. Damit diese Funktion auch künftig erhalten bleibt, muss das Bezugsalter für die Bemessung der Abschläge ab Jahr-

44 Der Ausgleichsbetrag der Bundesanstalt für Arbeit bemisst sich pauschal nach der Hälfte der Aufwendungen für die Renten wegen voller Erwerbsminderung (einschließlich der darauf entfallenden Beteiligung der Rentenversicherung an den Beiträgen zur Pflege- und Krankenversicherung) und der durchschnittlichen Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld, der anstelle der Erwerbsminderungsrente bestanden hätte.

gang 1946 stufenweise von 63 auf 65 Jahre angehoben werden. Der höchstmögliche Abschlag sollte auch künftig auf 10,8 % begrenzt werden.

Für Versicherte, die vor Vollendung des 60. Lebensjahres erwerbsgemindert werden, bedeutet dies gegenüber dem geltenden Recht keine Änderung. Der Abschlag beträgt nach wie vor 10,8 % und wird insbesondere für jüngere Versicherte durch die mit dem Rentenreformgesetz 2001 vorgenommene Ausweitung der Zurechnungszeit weiterhin zu einem großen Teil kompensiert. Für Versicherte, die genau mit 60 Jahren erwerbsgemindert sind, ändert sich ebenfalls nichts: voller Abschlag, aber keine Kompensation durch die bis zum 60. Lebensjahr reichende Zurechnungszeit.

Für Versicherte, die zwischen 60 und 65 Jahren in Erwerbsminderungsrente gehen, steigen die Abschläge nach folgendem – stark vereinfachten – Schema (siehe Tabelle 3-3):

Für Versicherte, die nach Vollendung des 65. Lebensjahrs erwerbsgemindert werden, sind keine Abschläge vorgesehen.

Insgesamt erhöhen sich durch die Anpassung der Abschlagsregelung die Abschläge für Versicherte, deren Erwerbsminderungsrente zwischen 60 und 65 beginnt. Gleichwohl fallen die Abschläge grundsätzlich geringer aus als bei Inanspruchnahme einer Rente wegen Alters. Die maximale Abschlagshöhe beträgt wie bisher 10,8 %; es kommt also nicht zu einer Rückführung des relativen Leistungsniveaus.

3.3.1.4 Flankierende Massnahmen für besonders langjährig Versicherte

Unabhängig von einer Anhebung der Altersgrenzen in der Gesetzlichen Rentenversicherung wurde sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Kommission diskutiert, ob es für bestimmte Versicherte eine privilegierte Behandlung im Hinblick auf die Abschläge bei vorzeitigem Rentenbeginn geben sollte. Im Gespräch waren insbesondere Sonderregelungen für besonders langjährig Versicherte z. B. mit 45 Beitragsjahren oder für Versicherte, die lange Jahre Tätigkeiten ausgeübt haben, in denen sie regelmäßig einer überdurchschnittlichen körperlichen Belastung ausgesetzt waren.

Die Kommission ist der Auffassung, dass Arbeitnehmer, die aufgrund schwerer körperlicher Arbeit einem außergewöhnlichen Verschleiß unterliegen, in der Tat eine besondere Unterstützung der Gesellschaft verdienen. Auch für diese Fälle wurde das Instrument der Erwerbsminderungsrente geschaffen. Von daher sind Vorschläge, diese lang andauernde Belastung dadurch zu berücksichtigen, dass Versicherte nach einer bestimmten Anzahl von Versicherungsjahren (z. B. 45) vorzeitig in eine abschlagsfreie Rente gehen können, abzulehnen. Ein derartiger Ansatz ist mit dem Versicherungsprinzip und dem Prinzip der Teilhabeäquivalenz nicht zu vereinbaren.

Es zeigt sich, dass das geltende Recht Personen, die – unter anderem wegen körperlich anstrengender Arbeit – gesundheitlich beeinträchtigt sind, bereits umfassend absichert. Soweit Versi-

Tabelle 3-3: Abschläge bei Erwerbsminderungsrenten

Alter	Abschlag		
	Bisher	Künftig	Differenz
61	7,2 %	10,8 %	3,6 %
62	3,6 %	10,8 %	7,2 %
63	0,0 %	7,2 %	7,2 %
64	0,0 %	3,6 %	3,6 %
65	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Anm.: Diese Tabelle gilt nur für Versicherte, die 1969 und später geboren sind; für die Übrigen ab Jahrgang 1946 fallen die Abschläge – je nach Anhebungsstufe – geringer aus.

cherten künftig im Einzelfall kein bündiger Übergang vom Erwerbsleben oder aus Lohnersatzleistungen heraus in die Rente möglich ist, weil sie weder das maßgebliche Rentenalter erreicht haben noch ihr Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt weniger als sechs Stunden beträgt, hat sich kein Lebensrisiko verwirklicht, das von der Gesetzlichen Rentenversicherung abzusichern wäre. Lösungsansätze für diesen Personenkreis müssten außerhalb der Gesetzlichen Rentenversicherung gesucht werden, wenn die Rentenversicherung nicht erneut mit versicherungsfremden Leistungen belastet werden soll.

Will man gleichwohl weitere Rentenzugangsmöglichkeiten für bestimmte Personen eröffnen, könnte ein geeigneter Ansatzpunkt die Versicherungsdauer sein, da die bisher diskutierten „Härtefallregelungen“ ausnahmslos an dieses Tatbestandsmerkmal anknüpfen und dessen Vorliegen auch ohne größeren Verwaltungsaufwand geprüft werden kann. Angesichts der aufgezeigten Probleme, eine Sonderregelung im Rahmen der Erwerbsminderungsrenten zu schaffen, spricht sich die Kommission für einen Lösungsansatz bei den Renten wegen Alters aus.

Die Kommission schlägt vor – als Unterfall der bereits bestehenden Altersrente für langjährig Versicherte –, eine „Altersrente für besonders langjährig Versicherte“ zu schaffen. Die Altersgrenze müsste, wie bei der Altersrente für langjährig Versicherte, nach Abschluss der Altersgrenzenanhebung bei 67 Jahren liegen. Eine vorzeitige Inanspruchnahme könnte ab Vollendung des 62. Lebensjahres ermöglicht werden. Die Abschläge sollten – wie im geltenden Recht – 0,3 % für jeden Monat des vorzeitigen Bezugs betragen.

Tabelle 3-4: Altersrente für besonders langjährig Versicherte

Geburtsjahrgang	Regelaltersrente		Altersrente für langjährig Versicherte			Altersrente für besonders langjährig Versicherte			Altersrente wg. Alo/nach ATZ Altersrente für Frauen		
	Altersgrenze		Vorz. Bezug ab			Vorz. Bezug ab			Vorz. Bezug ab		
	Alter		Alter		Abschlag	Alter		Abschlag	Alter		Abschlag
	J	M	J	M	%	J	M	%	J	M	%
1945	65	0	63	0	7,2	-	-	-	60	0	18,0
1946	65	1	63	0	7,5	62	0	11,1	60	1	18,0
1947	65	2	63	0	7,8	62	0	11,4	60	2	18,0
1948	65	3	63	0	8,1	62	0	11,7	60	3	18,0
1949	65	4	63	0	8,4	62	0	12,0	60	4	18,0
1950	65	5	63	0	8,7	62	0	12,3	60	5	18,0
1951	65	6	63	0	9,0	62	0	12,6	60	6	18,0
1952	65	7	63	0	9,3	62	0	12,9	-	-	-
1953	65	8	63	0	9,6	62	0	13,2	-	-	-
1954	65	9	63	0	9,9	62	0	13,5	-	-	-
1955	65	10	63	0	10,2	62	0	13,8	-	-	-
1956	65	11	63	0	10,5	62	0	14,1	-	-	-
1957	66	0	63	0	10,8	62	0	14,4	-	-	-
1958	66	1	63	1	10,8	62	0	14,7	-	-	-
1959	66	2	63	2	10,8	62	0	15,0	-	-	-
1960	66	3	63	3	10,8	62	0	15,3	-	-	-
1961	66	4	63	4	10,8	62	0	15,6	-	-	-
1962	66	5	63	5	10,8	62	0	15,9	-	-	-
1963	66	6	63	6	10,8	62	0	16,2	-	-	-
1964	66	7	63	7	10,8	62	0	16,5	-	-	-
1965	66	8	63	8	10,8	62	0	16,8	-	-	-
1966	66	9	63	9	10,8	62	0	17,1	-	-	-
1967	66	10	63	10	10,8	62	0	17,4	-	-	-
1968	66	11	63	11	10,8	62	0	17,7	-	-	-
1969	67	0	64	0	10,8	62	0	18,0	-	-	-
1970	67	0	64	0	10,8	62	0	18,0	-	-	-

1) wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit

Voraussetzung für den Rentenbezug sollten 45 Jahre mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit sowie mit Zeiten der Kindererziehung oder Berücksichtigungszeiten für die Erziehung eines Kindes oder die nicht erwerbsmäßige Pflege eines Pflegebedürftigen[45] sein.

Im Gegensatz zu den von der Kommission abgelehnten Vorschlägen, die eine abschlagsfreie Rente nach einer bestimmten Anzahl von Versicherungsjahren vorsehen, widerspricht der hier vorgestellte Lösungsansatz nicht dem Äquivalenzprinzip und ist aufgrund der Abschläge – abgesehen von Vorfinanzierungseffekten – kostenneutral. Eine langjährige Beitragszahlung wird mit dem Privileg belohnt, frühzeitig Altersrente beziehen zu können. Dies Privileg kann allerdings nicht so weit gehen, dass es von der Solidargemeinschaft der Versicherten finanziert wird.

Ein möglicher Einwand könnte lauten, dass mit der Ausweitung der Möglichkeit des vorzeitigen Bezugs von Renten das Ziel der Verlängerung der Lebensarbeitszeit in Frage gestellt würde. Gerade auch aus Sicht der Arbeitgeber und deren „Investitionsbereitschaft" in ihre älteren Beschäftigten kommt es nämlich entscheidend darauf an, dass das Zeitfenster, in dem die Inanspruchnahme einer vorzeitigen Altersrente möglich ist, nicht zu tief angesetzt wird. Selbst wenn man die Rente für besonders langjährig Versicherte auf Versicherte begrenzt, die mindestens 45 Jahre Beitragszeiten oder Berücksichtigungszeiten für Kindererziehung oder Pflege nachweisen können, würden gegenwärtig 47 % der Männer und 7,5 % der Frauen diese Zeiten nachweisen (siehe Tabelle 3-5).[46] Dies zeigt, dass diese Regelung in erster Linie Männern zugute kommen würde.

Tabelle 3-5 zeigt, dass fast die Hälfte der Männer in den 50er Jahren spätestens im Alter von 17 Jahren ihre erste sozialversicherungspflichtige Tätigkeit aufgenommen hat. Schon die Verlängerung der Schulpflicht auf neun bzw. zehn Schuljahre und der stark gestiegene Anteil von Abiturienten werden allerdings dazu führen, dass der Anteil der Anspruchsberechtigten für diese Rentenart deutlich zurückgehen wird.

Darüber hinaus würde die Rente für besonders langjährig Versicherte tatsächlich erst ab Mitte des nächsten Jahrzehnts wirklich relevant, da dann der vorzeitige Renteneintritt z. B. wegen Arbeitslosigkeit nicht mehr möglich sein wird. Aus diesen Gründen wird auch der Vorfinanzierungseffekt für die Rentenversicherung voraussichtlich kein gravierendes Ausmaß annehmen.

Wer letztlich zu den besonders langjährig Versicherten gehören soll, kann erst nach einer genauen Analyse der Rentenbestandsdaten entschieden werden. Die oben beispielhaft genannte Tatbestandsvoraussetzung von 45 Jahren mit Pflichtbeiträgen oder mit Berücksichtigungszeiten ist jedenfalls in verschiedener Hinsicht variabel: Die Dauer und Art der geforderten Beitragszeiten können verändert werden oder es können zusätzliche persönliche oder versicherungsrechtliche Voraussetzungen aufgenommen werden.

3.3.2 Ergänzung der Rentenanpassungsformel

Parallel zur Anhebung der rentenrechtlichen Altersgrenzen schlägt die Kommission eine Ergänzung der Rentenanpassungsformel um einen Nachhaltigkeitsfaktor vor. Dieser Nachhaltigkeitsfaktor soll neben der steigenden Lebenserwartung vor allem auch die rückläufige Entwicklung der Geburten und die Zuwanderung sowie die Veränderungen im Erwerbsverhalten berücksichtigen. Sollten sich diese Größen so verändern, dass die Finanzierungsgrundlage der Rentenversicherung geschwächt wird, so sollten hieran auch die Rentnerinnen und Rentner durch gedämpfte jährliche Rentenerhöhungen beteiligt werden. Im umgekehrten Fall einer steigenden Erwerbsbeteiligung sollten die Renten entsprechend stärker angehoben werden. Ein wichtiges Ziel

45 Pflegeberücksichtigungszeiten können nur in der Zeit vom 01.01.1992 bis 31.03.1995 vorliegen.

46 In den Prozentangaben der Tabelle 3-5 zum Rentenzugang 2002 sind auch Personen enthalten, die mit 60 bzw. 61 Jahren in Rente gegangen sind. Unterstellt man, dass alle Personen, die vor dem Alter 62 in Rente gegangen sind, bis 62 weiter gearbeitet hätten, würde sich der Kreis der Anspruchsberechtigten bei Männern sogar auf 51,5 % und bei Frauen auf 20,5 % erhöhen.

dieses Vorschlags ist es, die Beschäftigungschancen der Menschen im erwerbsfähigen Alter zu verbessern. Eine Begrenzung der Lohnzusatzkosten ist Voraussetzung dafür, dass die Beschäftigung zunehmen und damit die Finanzierungsgrundlage der sozialen Sicherung insgesamt auf eine solidere Grundlage gestellt werden kann.

3.3.2.1 Geltendes Recht – Konflikt zwischen Beitragssatzziel und Niveausicherungsklausel

Die seit der Rentenreform 2001 geltende Rentenanpassungsformel[47] hat die vorherige Nettolohnanpassungsformel ersetzt. Die jährlichen Rentenanpassungen orientieren sich

Tabelle 3-5: Verteilung der Rentenzugänge des Jahres 2002 in Deutschland[1)]

Beitragszeiten + Berücksichtigungszeiten	insgesamt[2)]	Regelaltersrenten	Altersrenten: für langjährig Versicherte	für schwerbehinderte Menschen	wegen Arbeitslosigkeit/nach Altersteilzeitarbeit	für Frauen
	Männer					
Anteile in %						
unter 40	29,7	77,9	13,5	17,7	14,7	
40 u. mehr	70,3	22,1	86,5	82,3	85,3	
45 u. mehr	**47,1**	**13,5**	**71,7**	**39,9**	**56,8**	
46 u. mehr	32,5	11,7	62,7	17,3	35,2	
47 u. mehr	19,5	9,7	51,5	6,5	14,6	
Fallzahl gesamt	303.995	71.128	59.404	43.521	129.700	
	Frauen					
Anteile in %						
unter 40	68,7	97,6	78,5	47,0	67,7	43,0
40 u. mehr	31,3	2,4	21,5	53,0	32,3	57,0
45 u. mehr	**7,5**	**1,1**	**7,6**	**8,0**	**12,6**	**13,4**
46 u. mehr	2,6	0,8	5,4	1,4	3,4	4,2
47 u. mehr	0,8	0,6	3,1	0,2	0,7	0,9
Fallzahl gesamt	356.874	158.942	8.972	18.603	3.635	166.722
	insgesamt					
Anteile in %						
unter 40	50,7	91,5	22,0	26,5	16,1	43,0
40 u. mehr	49,3	8,5	78,0	73,5	83,9	57,0
45 u. mehr	**25,7**	**4,9**	**63,3**	**30,4**	**55,6**	**13,4**
46 u. mehr	16,3	4,2	55,2	12,5	34,4	4,2
47 u. mehr	9,4	3,4	45,2	4,6	14,3	0,9
Fallzahl gesamt	660.869	230.070	68.376	62.124	133.335	166.722
Rentenzahlbetrag (€)						
unter 40	416	280	688	777	835	549
40 u. mehr	1.030	1.114	1.218	1.089	1.140	751
45 u. mehr	**1.166**	**1.202**	**1.270**	**1.188**	**1.199**	**818**
46 u. mehr	1.222	1.222	1.279	1.229	1.229	864
47 u. mehr	1.270	1.247	1.290	1.264	1.276	919
insgesamt	719	351	1.101	1.006	1.091	664

Quelle: Sonderauswertung des VDR-Statistik Rentenzugang 2002
Hinweis: Statistisch nicht auswertbare Fälle wurden nicht in die Auswertung einbezogen.
1) Vollwertige und beitragsgeminderte Zeiten sowie Berücksichtigungszeiten, nur Nichtvertragsrenten
2) inklusive Altersrenten für langjährig unter Tage Beschäftigte

47 Vgl. Ruland, Franz [2000], Neugestaltung der Rentenformel?,DAngVers, 2000, S. 169 ff., Michaelis, Klaus [2000], Anpassung der Renten – unverzichtbarer Bestandteil der sozialen Ordnung, DRV, 2000, S. 414 ff., Rürup, Bert [1999], Der „Demografische Faktor" – Begründung und Notwendigkeit, DRV, 1999, S. 455 ff.

nach wie vor grundsätzlich an der Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitsentgelte. Allerdings wird seit der Reform die Veränderung der Bruttoentgelte als die entscheidende Determinante für die Rentenanpassung herangezogen. Die Rentenanpassung wurde dadurch unabhängig von Änderungen im Einkommensteuerrecht, so dass weder Steuersenkungen rentensteigernd noch Steuererhöhungen (z. B. aufgrund der „kalten Progression") rentensenkend wirken.

Die seit 2001 für die Rentenanpassung herangezogene Veränderung der durchschnittlichen Bruttolöhne wird jedoch um die Veränderung des Beitragssatzes zur Rentenversicherung und den so genannten Altersvorsorgeanteil modifiziert. Dadurch wird gewährleistet, dass Rentnerinnen und Rentner an der steigenden Belastung der Erwerbstätigen für die Altersvorsorge durch gedämpfte Rentenanpassungen beteiligt werden. Zu diesen Belastungen werden auch die Beiträge zur staatlich geförderten privaten oder betrieblichen Altersvorsorge gezählt, die als Ausgleich für das zukünftig sinkende Niveau der gesetzlichen Renten aufgebaut werden soll. Der Altersvorsorgeanteil steigt von 0,5 % im Jahr 2002 auf 4,0 % des Arbeitsentgelts im Jahr 2009 und führt im Ergebnis dazu, dass die Rentenanpassung in den Jahren 2003 bis 2010 jeweils um etwa 0,6 Prozentpunkte geringer ausfällt.

Rentenanpassungsformel bis 2010:

$$aRW_t = aRW_{t-1} * \frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2}} * \frac{100 - AVA_{t-1} - BS_{t-1}}{100 - AVA_{t-2} - BS_{t-2}}$$

aRW = aktueller Rentenwert
BE = Bruttoarbeitsentgelt je abhängig Beschäftigten
AVA = Altersvorsorgeanteil
BS = Beitragssatz in der Gesetzlichen Rentenversicherung

Ab dem Jahr 2011 verliert der Altersvorsorgeanteil seine Wirkung, weil er nicht weiter angehoben wird. Durch die Berücksichtigung von nur noch 90 % des durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelts wird sich der Abzug eines steigenden Rentenbeitrags künftig aber stärker rentenanpassungsdämpfend auswirken.

Rentenanpassungsformel ab 2011:

$$aRW_t = aRW_{t-1} * \frac{BE_{t-1}}{BE_{t-2}} * \frac{90 - AVA_{t-1} - BS_{t-1}}{90 - AVA_{t-2} - BS_{t-2}}$$

Diese Maßnahme der Rentenreform 2001 führt zu einer beachtlichen Verlangsamung des Rentenanstiegs im Vergleich zur Lohnentwicklung. Auf der Grundlage der Annahmen zur Demografie und Beschäftigungsentwicklung der Kommission[48] sinkt das Bruttorentenniveau allein dadurch von derzeit 48 % auf etwa 42 % bis zum Jahr 2030. Der Beitragssatzanstieg kann damit zwar deutlich begrenzt werden. Dennoch werden die gesetzlich verankerten Beitragssatzziele von maximal 20 % bis zum Jahr 2020 und maximal 22 % bis zum Jahr 2030 verfehlt (siehe Abbildung 3-1). Nach diesen Berechnungen wird die 20 %-Grenze für den Beitragssatz bereits im Jahr 2014 und die 22 %-Grenze im Jahr 2023 erreicht. Ebenfalls wird die Niveausicherungsklausel verletzt. Im Jahr 2030 ist mit einem Beitragssatz von 24 % und gleichzeitig einem Brutto-Standardrentenniveau von 42 % zu rechnen.[49]

Zwischen 2002 und 2010 sinkt das Bruttorentenniveau um fast drei Prozentpunkte als Folge der Berücksichtigung des Altersvorsorgeanteils in der Rentenanpassungsformel. Gleichzeitig wird der Beitragssatz bis zum Jahr 2011 auf dem derzeitigen Niveau stabilisiert. Auf den ersten Blick scheint damit eine einseitige Belastung der heutigen Rentnergeneration verbunden zu sein. Dabei wird jedoch nicht berücksichtigt, dass sich bis dahin auch die Aufwendungen für die Altersvorsorge der Erwerbstätigen erhöhen, nämlich um vier Prozentpunkte für die Riester-Rente. Nur durch eine zusätzliche private oder betriebliche

48 Siehe zu diesen Annahmen im Detail Kapitel 2. Darüber hinaus wird für die nachfolgend ausgewiesenen Berechnungen unterstellt, dass der Beitragssatz zur Krankenversicherung der Rentner langfristig bei 14,3 % konstant bleibt, der Beitragssatz zur Pflegeversicherung dagegen bis zum Jahr 2030 auf 2,7 % ansteigt (siehe hierzu Kapitel 5.1).

49 Die Berechnung eines allgemeinen Netto-Standardrentenniveaus ist aufgrund der erwarteten Neuregelung der Rentenbesteuerung nicht mehr möglich (siehe Kasten 3-8). Ohne Berücksichtigung dieser Neuregelung würde das Nettorentenniveau auf 64,8 % im Jahr 2030 sinken.

Kasten 3-8: Nettorentenniveau

Das sozialpolitische Ziel, langjährig Versicherten ein verlässliches Einkommen im Alter zu sichern, das einen ausreichenden Abstand zur Sozialhilfe garantiert, wurde im Zuge der Rentenreform 2001 durch die Einführung der Niveausicherungsklausel in § 154 Abs. 3 SGB VI gesetzlich verankert. Als Maßzahl hierfür dient das Nettorentenniveau, welches als Verhältniswert zwischen Netto-Standardrente und dem durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelt abzüglich der Altersvorsorgeaufwendungen definiert ist.

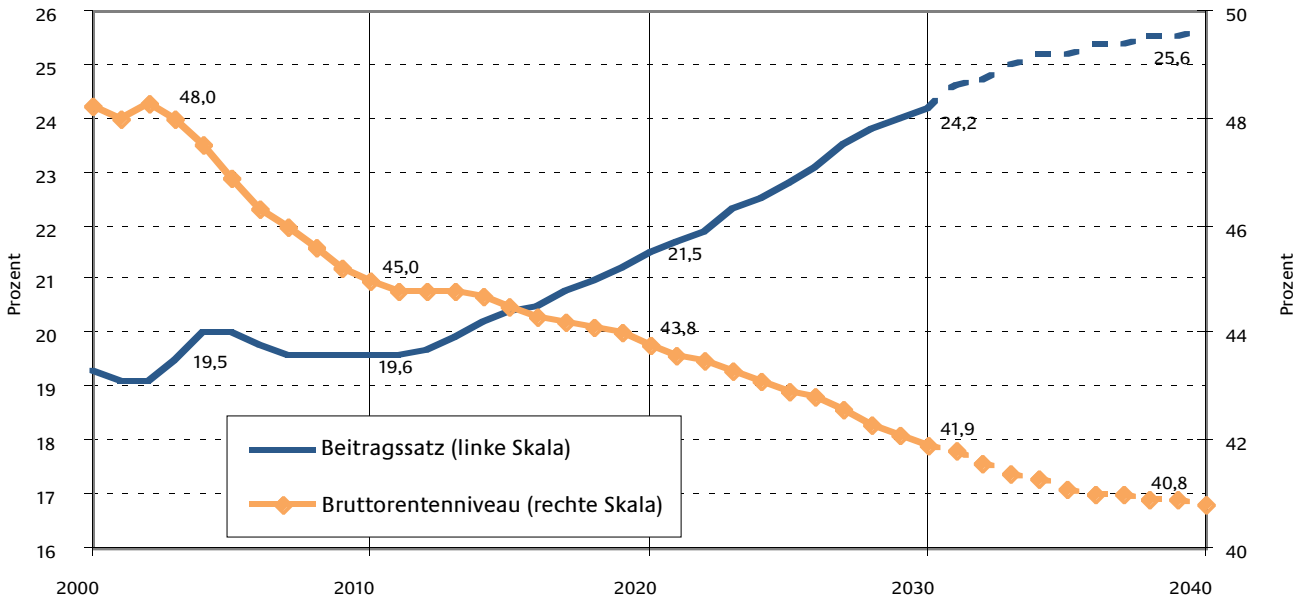
Mit der Neuregelung der steuerlichen Behandlung von Altersvorsorgeaufwendungen und Alterseinkünften (nachgelagerte Besteuerung) verliert die Maßzahl „Nettorentenniveau" an Aussagekraft und kann darüber hinaus nicht mehr in die Zukunft fortgeschrieben werden.

Die schrittweise Steuerfreistellung der Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung führt zu einer Steigerung der Nettolöhne. Daraus resultiert rein rechnerisch ein Absinken des Nettorentenniveaus, ohne dass sich bei den Nettorenten etwas ändert.

- In der längeren Frist wird die Standardrente für die Rentenzugänge schrittweise in die Besteuerung hineinwachsen, da die in die Besteuerung einbezogenen Rentenanteile Jahr für Jahr angehoben werden sollen. Die Nettostandardrente, und damit auch das Nettorentenniveau, wird allein deshalb sinken, allerdings jeweils nur für die Rentenzugänge. Für Bestandsrentner wird der zu versteuernde Rentenanteil nicht verändert. Die Höhe der Nettorente wird damit vom Rentenzugangsjahr abhängen. Entsprechend wird es zukünftig nicht mehr möglich sein, ein einheitliches Nettorentenniveau für den gesamten Rentenbestand auszuweisen.
- Die derzeitige rechtliche Regelung fordert vom Gesetzgeber Maßnahmen, sofern das Nettorentenniveau in der 15-jährigen Vorausschau die 67 %-Marke unterschreitet. Um die Effekte der nachgelagerten Besteuerung zu berücksichtigen, müsste die zukünftige Besteuerung einer Standardrente berechnet werden. Dafür müsste das Steuerrecht in die Zukunft detailliert fortgeschrieben werden, was nur durch willkürliche Annahmen möglich wäre. Bisher reichte eine Fortschreibung der durchschnittlichen Lohnsteuerquote der Arbeitnehmer aus. Eine fundierte Vorausberechnung des Nettorentenniveaus ist deshalb unmöglich.

Als aussagekräftige Maßzahl für das Rentenniveau kommt aus den skizzierten Gründen eine Nettobetrachtung nicht mehr in Frage. Vielmehr sollte zukünftig auf das Bruttorentenniveau abgestellt werden, welches die Bruttostandardrente und das durchschnittliche Bruttoentgelt ins Verhältnis setzt.

Abbildung 3-1: Beitragssatz und Bruttorentenniveau nach geltendem Recht



Quelle: Eigene Berechnungen

Rente kann die zukünftige Niveauabsenkung in der Gesetzlichen Rentenversicherung kompensiert werden. Daher ist es im Prinzip irrelevant, ob die Beschäftigten tatsächlich die Möglichkeiten der privaten oder betrieblichen Altersvorsorge nutzen oder nicht. Tun sie dies nicht, tritt die Belastung nicht sofort in Form der zusätzlichen Beiträge, sondern erst im Rentenalter auf, da dann das niedrigere Rentenniveau nicht kompensiert werden kann.

Auch nach 2010 sinkt das Bruttorentenniveau aufgrund des steigenden Beitragssatzes weiter ab. Zu beachten ist aber, dass unter den Annahmen der Kommission die Renten nicht gekürzt werden, sondern lediglich langsamer als die Löhne wachsen. So steigt die um die Preissteigerung bereinigte Standardrente bei einer unterstellten Reallohnsteigerung von 1,5 % von heute rund 1.170 €/Monat bis zum Jahr 2030 auf 1.500 €/Monat an. Trotz dieser Maßnahmen würde bei geltendem Recht nach den Berechnungen der Kommission der Beitragssatz auf 24,2 % im Jahr 2030 ansteigen.

Ausgangspunkt der Überlegungen der Kommission ist, dass die nachhaltige Beitragsfinanzierung der Renten nur bei einer günstigen Beschäftigungsperspektive für die Erwerbstätigen gesichert werden kann. Dies setzt die Vermeidung einer übermäßigen Beitragsbelastung voraus, was im Übrigen auch zu einer gleichmäßigeren Belastungsverteilung über die Generationen hinweg beitragen kann. Aus diesen Gründen soll das Ziel eines Beitragssatzes, der bis zum Jahr 2030 die Grenze von 22 % nicht überschreitet, angestrebt werden.

Die Kommission geht davon aus, dass der Gesetzgeber bereits kurzfristig Maßnahmen ergreifen wird, um den Beitragssatz im kommenden Jahr zu stabilisieren. Da diesbezüglich noch keine Festlegungen getroffen wurden, wird in den folgenden Berechnungen unterstellt, dass die Rentenanpassung ab 2004 von der Jahresmitte auf den Jahreswechsel verschoben wird. Damit könnte der Beitragssatz dauerhaft um 0,1 bis 0,2 Prozentpunkte gesenkt werden. Die empfohlene gleitende Anhebung der Altersgrenzen wird den Anstieg des Beitragssatzes bis 2030 um weitere 0,6 Prozentpunkte dämpfen (siehe Tabelle 3-7).

Zusammen genommen reichen diese beiden Maßnahmen jedoch nicht aus, um ein Beitragssatzziel von 22 % im Jahr 2030 zu erreichen; denn der Beitragssatz würde auch dann im Jahr 2030 noch 23,1 % betragen. Vor diesem Hintergrund hält es die Kommission für geboten, weitere Möglichkeiten zur Begrenzung des Beitragssatzanstiegs vorzuschlagen.

3.3.2.2 Veränderung der Rentenanpassungsformel

Als Ansatzpunkt für Maßnahmen zur Dämpfung des Beitragssatzanstiegs bietet sich zusätzlich zu einer Anhebung der Altersgrenzen in der Gesetzlichen Rentenversicherung vor

Tabelle 3-6: Entwicklung der Löhne und Renten nach geltendem Recht

	Durchschnittsentgelt in € / Monat		Brutto-Standardrente in € / Monat		Bruttorentenniveau in %
	nominal	preisbereinigt[1)]	nominal	preisbereinigt[1)]	
2003	2.435	2.435	1.170	1.170	48,0
2005	2.544	2.486	1.192	1.165	46,9
2010	2.920	2.660	1.313	1.196	45,0
2015	3.385	2.862	1.507	1.274	44,5
2020	3.925	3.080	1.720	1.350	43,8
2025	4.550	3.315	1.954	1.423	42,9
2030	5.275	3.567	2.212	1.496	41,9
2040	7.088	4.131	2.895	1.687	40,8

1) in Preisen von 2003, Inflationsrate 1,5 % p. a., Standardrente Alte Bundesländer
Quelle: Eigene Berechnungen

allem das Verfahren zur Anpassung der Renten an. Eine derartige Maßnahme bewirkt zum einen eine schnelle finanzielle Entlastung der Rentenversicherung, da sie ohne Übergangsregelung umsetzbar ist. Zum anderen sind die davon ausgehenden Entlastungswirkungen nachhaltig, da sie das Ausgabenvolumen dauerhaft dämpfen. Der Vorschlag der Kommission umfasst zwei Elemente. Zum einen sollte – aus eher technischen Gründen – sich die Rentenanpassung künftig an der Entwicklung der versicherungspflichtigen Entgelte statt der Bruttolöhne und -gehälter aus den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) orientieren. Zum anderen – und dies ist von weit größerer Bedeutung – schlägt die Kommission eine Ergänzung der Anpassungsformel um einen Nachhaltigkeitsfaktor vor, durch den die Veränderung der demografischen und ökonomischen Rahmenbedingungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung Berücksichtigung finden sollen.

Die Kommission verkennt die Problematik einer erneuten Veränderung der Anpassungsformel nicht. Die zahlreichen Neuregelungen der letzten Jahre – Einführung, Aussetzung und Abschaffung des demografischen Faktors, einmalige Inflationsanpassung sowie Wechsel von der Nettoanpassung zu einer modifizierten Bruttoanpassung – haben dazu beigetragen, das Vertrauen der Versicherten und Rentner in die Gesetzliche Rentenversicherung zu schwächen. Zudem ist sich die Kommission im Klaren, dass einer weiteren Absenkung des Rentenniveaus Grenzen im Hinblick auf die Vermeidung von Altersarmut sowie das Abstandsgebot zur Sozialhilfe bzw. zur Grundsicherung gesetzt sind. Gleichwohl sieht die Kommission angesichts des Ziels einer nachhaltigen Begrenzung des Anstiegs der Lohnnebenkosten keine Alternative zu einer Modifikation der heutigen Anpassungsformel.

Berücksichtigung der versicherungspflichtigen Entgelte der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler

Die Kommission spricht sich dafür aus, dass sich die Rentenanpassung künftig nicht mehr nach der Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Beschäftigten richtet, sondern nach der Veränderung der versicherungspflichtigen Entgelte je Beitragszahler, also der dem Rentensystem adäquaten Bemessungsgrundlage. Die Bruttoentgelte der Arbeitnehmer werden nach geltendem Recht aus den VGR entnommen. Sie umfassen nicht nur die Entgelte der Rentenversicherten, sondern auch die Entgelte nicht versicherungspflichti-

Tabelle 3-7: Auswirkung der Anhebung der Altersgrenze

	Beitragssatz in %			Bruttorentenniveau in %		
	Geltendes Recht	Verschiebung der Anpassung auf 1.1	Anhebung der Altersgrenze auf 67 Jahre	Geltendes Recht	Verschiebung der Anpassung auf 1.1	Anhebung der Altersgrenze auf 67 Jahre
2003	19,5	19,5	19,5	48,0	48,0	48,0
2005	20,0	19,9	19,9	46,9	46,7	46,7
2010	19,6	19,4	19,3	45,0	44,6	44,6
2015	20,4	20,1	20,0	44,5	44,1	44,3
2020	21,5	21,2	20,8	43,8	43,4	43,6
2025	22,8	22,6	22,0	42,9	42,6	42,8
2030	24,2	23,9	23,3	41,9	41,6	42,0
2040	25,6	25,1	24,6	40,8	40,5	40,9

Quelle: Eigene Berechnungen

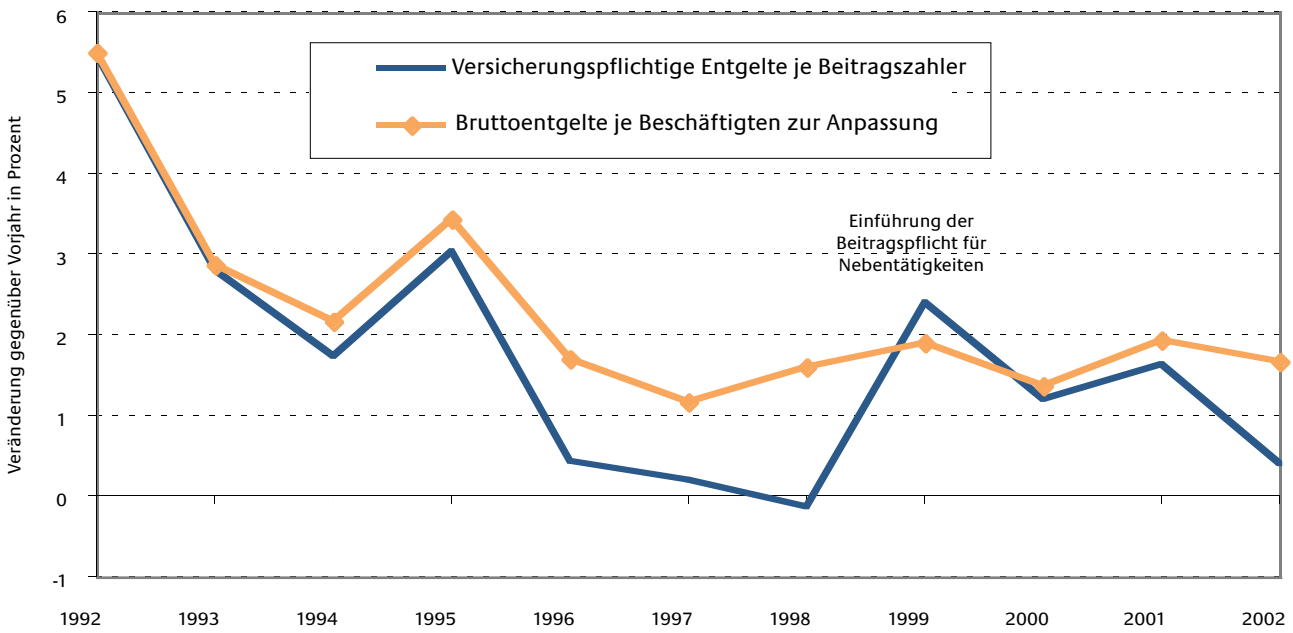
ger abhängig Beschäftigter, insbesondere der Beamten. Alle Entgelte fließen in voller Höhe, d.h. ohne Kappung durch eine Beitragsbemessungsgrenze, in die Durchschnittskalkulation ein. Die durchschnittlichen Bruttoentgelte unterliegen damit einer ganzen Reihe von Einflüssen, die eine abweichende Entwicklung von der eigentlichen Beitragsbemessungsgrundlage in der Gesetzlichen Rentenversicherung ermöglichen.

Steigen die durchschnittlichen „VGR-Entgelte" stärker als die versicherungspflichtigen Entgelte je Beitragszahler, fallen die Rentenanpassungen höher aus, als dies sachgerecht wäre, da sich diese an der tatsächlichen Veränderung der Einkommenssituation der Versicherungspflichtigen orientieren sollten.[50] Insbesondere seit Mitte der neunziger Jahre zeigen sich erhebliche Abweichungen zwischen den „VGR-Entgelten" und den versicherungspflichtigen Entgelten je Beitragszahler.

Bis dato ist nicht gänzlich geklärt, welches die genauen Gründe für das Auseinanderlaufen von „VGR-Entgelten" und versicherungspflichtigen Bruttolöhnen je Beitragszahler sind. Einige Aspekte können jedoch als gesichert gelten:

- In konjunkturellen Abschwungphasen sind insbesondere Arbeitnehmer der unteren Einkommensgruppen von steigender Arbeitslosigkeit betroffen. Dies schlägt sich bei den versicherungspflichtigen Bruttolöhnen je Beitragszahler stärker nieder als bei den „VGR-Entgelten", weil darin auch Einkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze enthalten sind.
- Bei zunehmender Lohnspreizung, die auch in Deutschland seit 1995 zu beobachten ist, steigen die Löhne über der Beitragsbemessungsgrenze stärker als die Löhne unterhalb. Dies führt zu einem überproportionalen Anstieg der „VGR-Entgelte".
- Die Möglichkeit der Entgeltumwandlung zur Altersvorsorge dürfte sich wesentlich stärker bei den versicherungspflichtigen Bruttolöhnen je Beitragszahler auswirken als bei den „VGR-Entgelten", da für die umgewandelten Gehaltsbestandteile keine

Abbildung 3-2: Veränderung der Bruttoentgelte je Beschäftigten und der versicherungspflichtigen Entgelte je Beitragszahler[51]



Quelle: Statistisches Bundesamt, VDR-Statistiken, eigene Berechnungen

50 Die Kommission empfiehlt, die versicherungspflichtigen Entgelte je Beitragszahler so zu definieren, dass darin die verbeitragten Löhne von abhängig Beschäftigten sowie die beitragspflichtigen Lohnersatzleistungen von Arbeitslosen berücksichtigt werden. Die genaue Ausgestaltung kann jedoch erst erfolgen, wenn die Reformen zum Leistungsrecht für Arbeitslose, insbesondere für Bezieher von Arbeitslosengeld II, abgeschlossen sind.

51 Veränderung des Bruttoentgelts je Beschäftigten gemäß Anpassungsverordnungen; Versicherungspflichtige Entgelte je Beitragszahler = Veränderung der beitragssatzbereinigten Sollbeiträge (Pflichtbeiträge und Beiträge geringfügig Beschäftigter) je abhängig Beschäftigtem ohne Beamte.

Sozialbeiträge abgeführt werden müssen. Die Differenz im Jahr 2002 dürfte unter anderem damit zusammenhängen.

Aktuell kommt zu den schwachen Beitragseinnahmen angesichts der konjunkturell angespannten Lage noch erschwerend hinzu, dass die Rentenanpassung zur Mitte dieses Jahres kräftiger ausgefallen ist, als es von der Entwicklung der versicherungspflichtigen Entgelte her gerechtfertigt war. Die Konsequenz ist ein zusätzlicher Druck zur Anhebung des Beitragssatzes. Um derartige Probleme in Zukunft auszuschließen, sollten die versicherungspflichtigen Bruttolöhne und -gehälter je Beitragszahler der Rentenanpassung zu Grunde gelegt werden.

Nachhaltigkeitsfaktor

Neu in die Formel aufgenommen werden sollen Elemente, die Veränderungen in der Relation von Beitragszahlerinnen und -zahlern zu Leistungsempfängerinnen und -empfängern widerspiegeln. Dadurch werden die ökonomischen Veränderungen, die für die finanzielle Situation der Rentenversicherung von Bedeutung sind, bei der Bestimmung der Anpassungssätze berücksichtigt.

Orientiert man sich im Interesse einer nachhaltigen Belastungsbegrenzung der Beitragszahlerinnen und -zahler an der Konzeption einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, so folgt daraus, dass die Rentenanpassungsformel um einen Faktor ergänzt werden muss, der bei Zunahme der Beitragszahler zu höheren und bei Zunahme der Rentner zu geringeren Rentenanpassungen führt. Die Bezeichnung Nachhaltigkeitsfaktor resultiert daraus, dass dieser Faktor durch die Einbeziehung der Anzahl der Rentnerinnen und Rentner und der Beitragszahlerinnen und -zahler als „regelgebundener Stabilisator“ auf die Finanzen der Gesetzlichen Rentenversicherung wirkt. Ein solcher Nachhaltigkeitsfaktor unterscheidet sich deutlich von dem mit der Rentenreform 1999 eingeführten, jedoch nicht in Kraft getretenen demografischen Faktor, durch den die Rentenanpassung verringert werden sollte, wenn sich die fernere Lebenserwartung erhöht. Der für die Rentenfinanzen nachteilige Effekt der steigenden Lebenserwartung wird bereits durch die Anhebung der Altersgrenzen berücksichtigt. Ein Nachhaltigkeitsfaktor stellt dagegen auf die Relation von Beitragszahlerinnen und -zahlern und Leistungsempfängerinnen und -empfängern ab und berücksichtigt somit neben der Lebenserwartung vor allem auch die Entwicklung der Geburten und der Wanderungsbewegungen sowie der Erwerbstätigkeit.

Der Nachhaltigkeitsfaktor ist im Übrigen so zu spezifizieren, dass er flexibel genug ist, auch dann noch die Beitragssatzziele erreichen zu können, wenn der Altersvorsorgeanteil in der derzeit gültigen Rentenanpassungsformel auf rechtliche Bedenken stoßen sollte. Daher muss eine präzise Definition der Modifikation der Rentenanpassungsformel noch erfolgen. Wenn der Altersvorsorgeanteil („Riester-Treppe“) in der Anpassungsformel verbleibt, ließe sich die neue Rentenanpassungsformel wie folgt ausgestalten: (siehe Formel unten)

Der Rentnerquotient entspricht dem Verhältnis von Rentenempfängerinnen und -empfän-

$$aRW_t = aRW_{t-1} * \frac{VE_{t-2}}{VE_{t-3}} * \frac{100 - AVA_{t-2} - BS_{t-2}}{100 - AVA_{t-3} - BS_{t-3}} * \left[\left(1 - \frac{RQ_{t-2}}{RQ_{t-3}}\right) * \frac{1}{4} + 1\right]$$

VE = Versicherungspflichtiges Einkommen je Beitragszahler
AVA = Altervorsorgeanteil
BS = Beitragssatz in der Gesetzlichen Rentenversicherung
RQ = Rentnerquotient = Äquivalenzrentner / Äquivalenz-Beitragszahler

gern zu Beitragszahlerinnen und -zahlern. Für die Finanzentwicklung der Rentenversicherung sind aber nicht nur die bloße Anzahl der Rentnerinnen und Rentner bzw. Beitragszahlerinnen und -zahler relevant, sondern auch die durchschnittliche Höhe der Renten bzw. der Löhne. Entsprechend wird die Anzahl der Rentnerinnen und Rentner durch eine Normierung auf Standardrenten in „Äquivalenzrentner" umgerechnet. Auf Seiten der Beitragszahlerinnen und -zahler werden in analoger Weise die Anzahl der „Äquivalenzbeitragszahler" durch eine Normierung auf den Durchschnittsverdiener errechnet. Der zusätzliche Faktor 1/4 wird benötigt, um eine möglichst gleichmäßige intergenerative Lastverteilung zu erreichen (vgl. auch Kasten 3-9).[52]

Die erheblichen Finanzprobleme der Gesetzlichen Rentenversicherung in der jüngeren Vergangenheit spiegeln sich nicht zuletzt in dem starken Anstieg des Rentnerquotienten seit Beginn der 90er Jahre wider (siehe Abbildung 3-3). In den nächsten zehn Jahren wird der Rentnerquotient aber nur noch geringfügig ansteigen, da auf der einen Seite die Zunahme der Äquivalenzrentner demografisch bedingt etwas abflacht und auf der anderen Seite mit einer leichten Zunahme der Beschäftigung gerechnet wird. Danach – bis etwa zum Jahr 2040 – wird jedoch im Zuge der Alterung der Gesellschaft der Rentnerquotient stark ansteigen. Nach 2010 wird die Rentenanpassung daher im Sinne der Beitragssatzstabilität zunehmend gebremst.

Der Nachhaltigkeitsfaktor entwickelt aber auch kurzfristig eine stabilisierende Wirkung: Nimmt die Anzahl der Äquivalenzbeitragszahler konjunkturell bedingt ab, wie dies derzeit der Fall ist, wird die nächste Rentenanpassung weiter gedämpft, so dass Beitragssatzanhebungen u. U. vermieden werden können. Steigt andererseits die Anzahl der Beitragszahler konjunkturell bedingt wieder an, fällt auch die Rentenanpassung entsprechend höher aus. Die Rentnerinnen und Rentner werden damit zwar an den konjunkturellen Schwankungen beteiligt, tragen aber auch zur Stabilisierung ihrer eigenen Finanzierungsbasis bei. Über den gesamten Konjunkturzyklus betrachtet werden sie nicht benachteiligt.

Selbststabilisierende Eigenschaft des Nachhaltigkeitsfaktors

Die zahlreichen diskretionären Eingriffe in das Rentenrecht haben zu einem Vertrauensverlust der Gesetzlichen Rentenversicherung beigetragen. Erinnert sei nur an die mit der Rentenreform 1999 beschlossene Einführung des demografischen Faktors, der, bevor er in Kraft treten konnte, zunächst ausgesetzt und später endgültig aus dem Gesetz gestrichen worden ist. Es folgte im Jahr 2000 eine Inflationsanpassung, und für das Jahr 2001 galt bereits die

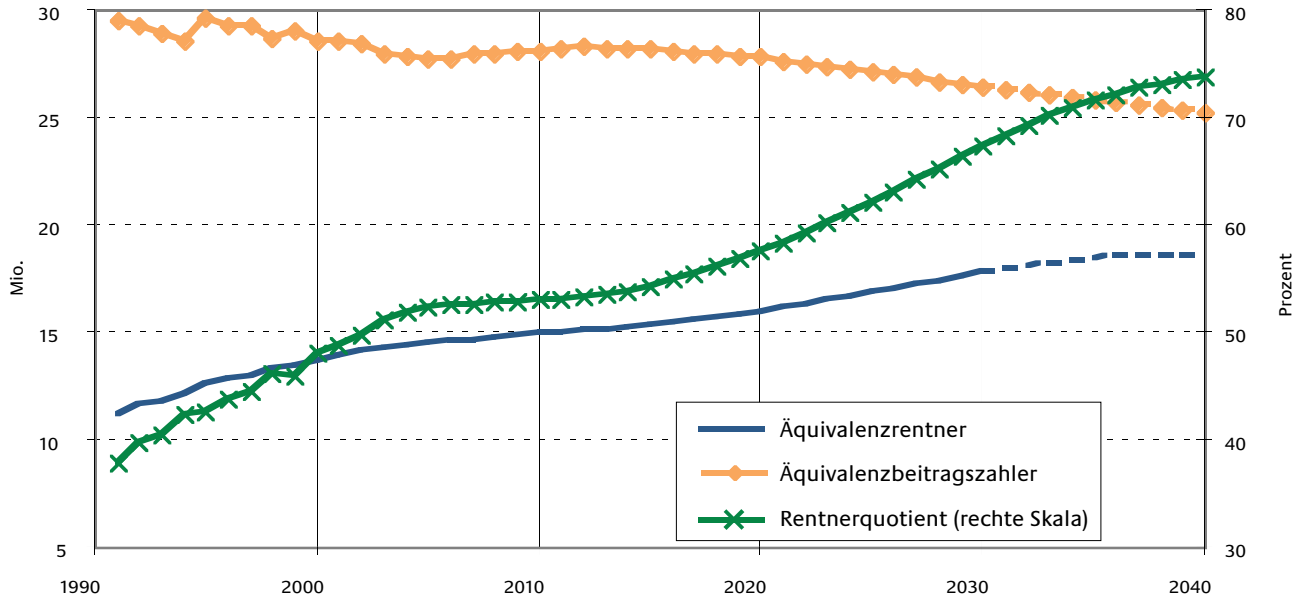
Kasten 3-9: Funktionsweise des Nachhaltigkeitsfaktors

Der Nachhaltigkeitsfaktor bewirkt, dass die jährliche Rentenanpassung modifiziert wird, wenn sich künftig das Verhältnis von Rentnerinnen und Rentnern zu Beitragszahlerinnen und -zahlern verändert. Das Verhältnis von Rentnerinnen und Rentnern zu Beitragszahlerinnen und -zahlern wird zu diesem Zweck aus „standardisierten" Werten ermittelt. Die standardisierte Anzahl der Rentnerinnen und Rentner umfasst die rechnerische Anzahl der „Eckrentner" im jeweiligen Rentenbestand. Damit soll verhindert werden, dass z. B. durch eine Zunahme von geringen Renten, die auf relativ kurzen oder Teilzeit-Erwerbsbiografien beruhen, die Rentnerzahl künstlich aufgebläht würde. Gleichzeitig wird die standardisierte Anzahl der Beitragszahler als rechnerische Anzahl der versicherungspflichtigen Durchschnittsverdiener ermittelt. Sollte sich z. B. der Umfang der Teilzeitarbeit erhöhen, so wird dies nicht zu einer entsprechenden Erhöhung der Anzahl der Beitragszahlerinnen und -zahler und somit zu einer Verringerung des hier zu verwendenden Rentnerquotienten beitragen. Durch die Standardisierung wird die Rentenanpassungsformel gewissermaßen gegen Strukturveränderungen unter den Rentnerinnen und Rentnern wie unter den Beitragszahlerinnen und -zahlern immunisiert.

Um den Anstieg der Lohnzusatzkosten zu begrenzen und damit die - für die Rentenfinanzen entscheidenden - Beschäftigungschancen der Arbeitnehmer nicht zu verschlechtern, wird der Rentnerquotient schließlich noch mit dem Faktor 1/4 gewichtet. Damit soll garantiert werden, dass der Beitragssatz zur Rentenversicherung bis zum Jahr 2020 nicht über 20 % und bis zum Jahr 2030 nicht über 22 % steigt. Gleichzeitig soll aber auch verhindert werden, dass das Rentenniveau zu stark fällt.

52 Für den Fall, dass der Altersvorsorgeanteil in den kommenden Jahren nicht zur Anwendung kommen sollte, müsste dieser Faktor nicht 1/4, sondern 1/3 betragen.

Abbildung 3-3: Entwicklung des Rentnerquotienten bis zum Jahr 2040



Quelle: Eigene Berechnungen

neue Anpassungsformel, die nicht mehr von der Nettolohnentwicklung, sondern von den modifizierten Bruttoarbeitsentgelten ausgeht.

Es zeigt sich, dass das Rentensystem und das vorgegebene Beitragssatzziel mit dem vorgeschlagenen Nachhaltigkeitsfaktor besser vor tatsächlichen Abweichungen von den Annahmen zur Demografie und insbesondere zur Entwicklung des Arbeitsmarktes geschützt wären als beispielsweise mit dem demografischen Faktor der Rentenreform 1999.[53] Dies ist unmittelbar einleuchtend, da der Demografiefaktor lediglich die Einflussgröße Lebenserwartung berücksichtigte, während der Nachhaltigkeitsfaktor darüber hinaus neben der Entwicklung der Geburten und der Zuwanderung vor allem auch Veränderungen im Erwerbsverhalten berücksichtigt.

3.3.3 Wirkungsanalyse

Im Folgenden werden die Wirkungen der vorgeschlagenen Maßnahmen auf den Beitragssatz und das Rentenniveau dargestellt. Außerdem wird anhand von Renditeberechnungen versucht, die intergenerativen Verteilungswirkungen abzuschätzen.

3.3.3.1 Beitragssatz und Rentenniveau

Durch die vorgeschlagenen Maßnahmen ergibt sich im Jahr 2030 eine Beitragssatzersparnis von 2,2 Prozentpunkten. Davon entfallen auf die Wirkung des Nachhaltigkeitsfaktors 1,4 Prozentpunkte und auf die Heraufsetzung der Regelaltersgrenze 0,6 Prozentpunkte. Darüber hinaus resultiert aus einer Verschiebung der Rentenanpassung vom 1.7. des Jahres auf den 1.1. des Folgejahres eine Beitragssatzersparnis von 0,2 Prozentpunkten.

Damit geht eine Reduktion des Bruttorentenniveaus um 1,8 Prozentpunkte einher. Die preisbereinigte monatliche Bruttostandardrente würde damit bis 2030 um etwa 70 € weniger steigen als nach der Referenzentwicklung auf Grundlage des geltenden Rechts. Gleichwohl findet aber noch immer eine Zunahme des preisbereinigten Zahlbetrags und damit der Kaufkraft der Rente statt.

53 Vgl. Börsch-Supan, Axel und Anette Reil-Held, Christina Benita Wilke [2003], Der Nachhaltigkeitsfaktor und andere Formelmodifikationen zur langfristigen Stabilisierung des Beitragssatzes zur GRV, MEA-Diskussionspapier Nr. 30-2003, S. 22 ff. Im Vergleichsszenario wurde unterstellt, dass das durchschnittliche Renteneintrittsalter bei 59,5 Jahren und die Frauen-Erwerbsquote unverändert bleiben und die Arbeitslosenquote langfristig bei 8 % verharrt.

Durch die bereits im Altersvermögensergänzungsgesetz 2001 beschlossenen Maßnahmen geht das Bruttorentenniveau von derzeit 48 % auf etwa 42 % im Jahr 2030 zurück. Mit den von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen kommt es zu einer weiteren Senkung dieses Rentenniveaus um etwa 2 Prozentpunkte auf rund 40 %. Der größte Teil des gesamten Rückgangs bis 2030 resultiert somit aus bereits geltendem Recht.

Die Vorschläge der Kommission müssen zudem im Gesamtzusammenhang gesehen werden. So wird die Anhebung der Altersgrenzen das durchschnittliche Renteneintrittsalter erhöhen. Damit wird die durchschnittliche Beschäftigungsdauer tendenziell zunehmen und damit auch die Anzahl der durchschnittlich erworbenen Entgeltpunkte. Das Bruttorentenniveau des so angepassten Standardrentners fällt gegenüber dem 45-Entgeltpunkte-Standardrentner im Jahr 2030 um 1,5 Prozentpunkte höher aus und liegt damit nur noch um 0,5 Prozentpunkte unterhalb der Referenzentwicklung.

Des Weiteren ist der wesentliche Bestandteil der Rentenreform 2001, nämlich der Ausbau der zusätzlichen kapitalgedeckten Altersvorsorge, in den oben dargestellten Ergebnissen noch zu berücksichtigen. Der heute aktiven Generation wurde mit dieser Reform die Möglichkeit eröffnet, eine staatlich geförderte zusätzliche Altersversorgung aufzubauen. Unter Berücksichtigung der Riester-Renten kann das Brutto-Gesamtversorgungsniveau (GRV-Rente zzgl. Riester-Rente) langfristig im Wesentlichen auf dem Stand des heutigen Brutto-Rentenniveaus gehalten werden – allerdings mit einem deutlich höheren Gesamtbeitragssatz. Damit erfüllt der Kommissionsvorschlag das vorgegebene Ziel, durch ein geeignetes rentenpolitisches Maßnahmenbündel das Gesamtversorgungsniveau nachhaltig zu sichern.

Konkrete Berechnungen für den Standardrentner

Bei den nachfolgenden Berechnungen wird der Nachhaltigkeitsfaktor an die bestehende Rentenanpassungsformel angefügt, die außerdem schon um die Entwicklung der versicherungspflichtigen Entgelte modifiziert worden ist. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass der Altersvorsorgeanteil in der Anpassungsformel verbleibt. Die folgenden Tabellen zeigen den Effekt des Nachhaltigkeitsfaktors auf das Sicherungsniveau und weisen als zentrale Größe das Bruttorentenniveau aus.

Die Berechnungen (Tabelle 3-8) zeigen, dass mit der Begrenzung des Beitragssatzanstiegs auf 22 % bis zum Jahr 2030 eine Reduktion des Bruttorentenniveaus gegenüber der Referenz um 1,8 Prozentpunkte verbunden ist.

Die Tabelle 3-9 zeigt, dass die Nominalrente bei geltendem Recht bis zum Jahr 2030 auf über 2.200 € steigt. Gemessen in heutigen Preisen fällt der Anstieg allerdings schwächer aus. Die preisbereinigte monatliche Brutto-

Tabelle 3-8: Auswirkungen der Reformmassnahmen auf Beitragssatz und Rentenniveau

	Beitragssatz in %		Standardrente preisbereinigt[1] in € / Monat		Bruttorentenniveau in %	
	Geltendes Recht	Reformszenario	Geltendes Recht	Reformszenario	Geltendes Recht	Reformszenario
2003	19,5	19,5	1.170	1.170	48,0	48,0
2005	20,0	19,9	1.165	1.152	46,9	46,4
2010	19,6	19,0	1.196	1.171	45,0	44,0
2015	20,4	19,6	1.274	1.251	44,5	43,7
2020	21,5	20,2	1.350	1.313	43,8	42,6
2025	22,8	21,2	1.423	1.376	42,9	41,5
2030	24,2	22,0	1.496	1.429	41,9	40,1
2040	25,6	22,9	1.687	1.584	40,8	38,4

1) in Preisen von 2003, unterstellte Inflationsrate 1,5 % p. a., Standardrente Alte Bundesländer.
Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 3-9: Bruttolöhne und Bruttorenten – Reformszenario gegenüber geltendem Recht

	Bruttorente nominal in € / Monat		Bruttorente preisbereinigt[1)2)] in € / Monat		Ø-Bruttolohn preisbereinigt[1)] in € / Monat
	Geltendes Recht	Reformszenario	Geltendes Recht	Reformszenario	
2003	1.170	1.170	1.170	1.170	2.435
2005	1.192	1.179	1.165	1.152	2.486
2010	1.313	1.286	1.196	1.171	2.660
2015	1.507	1.480	1.274	1.251	2.862
2020	1.720	1.673	1.350	1.313	3.080
2025	1.954	1.889	1.423	1.376	3.315
2030	2.212	2.114	1.496	1.429	3.567
2040	2.895	2.719	1.687	1.584	4.131

1) In Preisen von 2003, unterstellte Inflationsrate 1,5 % p.a., Standardrente Alte Bundesländer
2) Die Verschiebung der Rentenanpassung und der fiskalische Effekt der Anhebung der Altersgrenzen sind ebenfalls berücksichtigt.
Quelle: Eigene Berechnungen

standardrente würde damit bis 2030 lediglich auf etwa 1.500 € steigen. Im Reformszenario fällt die preisbereinigte Standardrente 2030 dagegen um etwa 70 € niedriger aus als im Referenzszenario bei Fortschreibung des geltenden Rechts. Gleichwohl steigt die Standardrente im Zeitablauf an und liegt preisbereinigt im Jahr 2030 um 260 € höher als im Jahr 2003. Die Rente der zukünftigen Generationen wird also auch unter Berücksichtigung der hier vorgeschlagenen Maßnahmen eine im Vergleich zur heutigen Situation höhere Kaufkraft aufweisen.

Zu den Steigerungen in Tabelle 3-9 kommen die rentenerhöhenden Effekte einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit. Um diesen Effekt auf den Standardrentner zu übertragen, wird in der Beispielrechnung die Anzahl der Entgeltpunkte des Standardrentners ab 2011 jährlich um 1/12 erhöht. Im Jahr 2030 hätte der Standardrentner dann 46,7 Entgeltpunkte. Das Bruttorentenniveau des so angepassten Standardrentners fällt gegenüber dem 45-Entgeltpunkte-Standardrentner um 1,5 Prozentpunkte höher aus und liegt damit um einen halben Prozentpunkt unterhalb der Referenzentwicklung (siehe Tabelle 3-10), d.h. durch eine entsprechende Verlängerung der Lebensarbeitszeit können bei voller Weiterarbeit die Renteneinbußen aus der modifizierten Anpassung zu rund 75 % kompensiert werden.

Tabelle 3-10: Berücksichtigung der Anhebung der Altersgrenze bei der Standardrente im Reformszenario

	Entgeltpunkte		Bruttorente preisbereinigt[1)] in € / Monat		Bruttorentenniveau in %	
	Standardrente	Standardrente angepasst[2)]	Standardrente	Standardrente angepasst[2)]	Standardrente	Standardrente angepasst[2)]
2003	45,0	45,0	1.170	1.170	48,0	48,0
2005	45,0	45,0	1.152	1.152	46,4	46,4
2010	45,0	45,0	1.171	1.171	44,0	44,0
2015	45,0	45,4	1.251	1.263	43,7	44,1
2020	45,0	45,8	1.313	1.337	42,6	43,4
2025	45,0	46,3	1.376	1.414	41,5	42,7
2030	45,0	46,7	1.429	1.482	40,1	41,6
2040	45,0	47,0	1.584	1.655	38,4	40,1

1) In Preisen von 2003, unterstellte Inflationsrate 1,5 % p.a., Standardrente Alte Bundesländer
2) Die Anzahl der Entgeltpunkte steigt parallel zur Anhebung der Altersgrenze
Quelle: Eigene Berechnungen

Schließlich zeigt Tabelle 3-11 im Rahmen einer Beispielrechnung die Entwicklung des Gesamtversorgungsniveaus unter Berücksichtigung der Riester-Rente. Das Brutto-Gesamtversorgungsniveau (GRV-Rente zzgl. Riester-Rente) sinkt bis 2030 kurzfristig für Zugangsrentner im Jahr 2010 auf 44,3 %, steigt dann aber für darauf folgende Zugangsrentner wieder stetig an und erreicht im Jahr 2030 etwa 48,1 %. Damit wird das derzeitige Bruttorentenniveau wieder erreicht.[54] Diesen Berechnungen liegt die Annahme zu Grunde, dass – nicht zuletzt aufgrund der voraussichtlichen Entwicklung des Rentenniveaus – tatsächlich 4 % des jährlichen Einkommens für die Zusatzvorsorge aufgewendet wird. Die Gesamtbelastung für die Altersvorsorge liegt also inklusive Riester-Rente im Jahr 2030 bei 26 %. Dabei ist allerdings die steuerliche Förderung die Beiträge zur Riester-Rente nicht berücksichtigt, die die Gesamtbelastung bei einem Grenzsteuersatz von beispielsweise 30 % um 1,2 Prozentpunkte auf 24,8 % senkt.

3.3.3.2 Intergenerative Verteilungswirkungen

Intergenerative Verteilungswirkungen der Anhebung der Altersgrenzen sowie der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors können mit Hilfe des Konzepts der „impliziten Renditen" abgeschätzt werden.[55] Dazu wird für einen Standardversicherten dessen Rendite in der gesetzlichen Rentenversicherung zuzüglich der Riester-Rente bei Fortschreibung des rechtlichen Status quo mit der Gesamtrendite verglichen, die sich mit den Kommissionsvorschlägen ergibt. Dabei wird unterstellt, dass der zusätzliche Spielraum aufgrund der langsamer ansteigenden Beitragssätze im Reformszenario genutzt wird, um ergänzend privat für das Alter vorzusorgen. Damit wird die Gesamtbeitragslast in beiden Szenarien in Übereinstimmung gebracht, Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der Leistungen (vgl. Kasten 3-10).

Unter Berücksichtigung der Reformvorschläge wird sich das Alterseinkommen künftig zu einem kleinerem Anteil aus der gesetzlichen Rente und zu einem größeren Anteil aus privaten Vorsorgeformen zusammensetzen. Bei der unterstellten höheren Rendite bei Kapitaldeckung ergibt sich somit eine insgesamt höhere Rendite aus beiden Altersvorsorgeformen zusammengenommen. Diese wird aber erst allmählich zur Geltung kommen, weil in einer Übergangsphase noch relativ hohe Beitragssätze für die bestehenden und eigentumsrechtlich geschützten Rentenansprüche gezahlt werden müssen. Daher wird während einer Übergangsphase ein Rückgang der Gesamtrendite hinzunehmen sein. Langfristig kommt es aber zu Renditezuwächsen von etwa 15 Basispunkten bzw. 0,15 Prozentpunkten.[56]

Tabelle 3-11: Gesamtversorgungsniveau im Reformszenario

Jahr des Rentenzugangs	Bruttorenten preisbereinigt[1)] in Preisen von 2003 in € / Monat		Bruttorentenniveau in %		
	GRV-Rente angepasst[2)]	Riester-Rente	Bruttorentenniveau GRV	Bruttorentenniveau Riester	Gesamtversorgungsniveau
2003	1.170	0	48,0	0,0	48,0
2005	1.152	0	46,4	0,0	46,4
2010	1.171	0	44,0	0,0	44,0
2015	1.263	70	44,1	2,4	46,6
2020	1.337	115	43,4	3,7	47,2
2025	1.414	169	42,7	5,1	47,8
2030	1.482	233	41,6	6,5	48,1
2040	1.655	377	40,1	9,1	49,2

1) In Preisen von 2003, Inflationsrate 1,5 % p.a., Standardrente Alte Bundesländer
2) Die Anzahl der Entgeltpunkte der Standardrente steigt parallel zur Anhebung der Altersgrenze
Quelle: Eigene Berechnungen

54 Zur Berechnung der Riester-Rente: Vom Durchschnittslohn werden jährlich 4 % angespart (mit Berücksichtigung der sog. Riester-Treppe). Die minimale Einzahlungsdauer beträgt 12 Jahre, d.h. erste Riester-Renten werden ab 2015 ausgezahlt. Es werden eine Verzinsung von 4 % nominal und Verwaltungskosten in Höhe von 10 % der jährlichen Spareinlage angenommen. In der Auszahlungsphase (18 Jahre, keine Hinterbliebenenabsicherung) wird die Riester-Rente parallel zur GRV-Rente dynamisiert.

55 Vgl. Deutsche Bundesbank [2000], Monatsbericht November 2000, S. 61.

Kasten 3-10: Zur Berechnung „impliziter Renditen“

Die Berechnungen der „impliziten Renditen“ beziehen sich auf den speziellen Fall eines Durchschnittsverdieners, der ab dem Alter von 20 Jahren Beiträge zahlt, nach Vollendung des 65. Lebensjahrs in Rente geht und nach Maßgabe der steigenden Lebenserwartung eine Rente bezieht. Dabei steigt die Rentenbezugsdauer mit der kohortenspezifischen Lebenserwartung. Die unterstellte Lebenserwartung entspricht dem Durchschnittswert für Männer und Frauen. Bis zum Jahr 2010 geht der Modellrentner mit 65 Jahren in Rente, danach verzögert sich der Renteneintritt entsprechend der Anhebung der Altersgrenzen.

Den Berechnungen wurden die Beitragssätze und Bruttorentenniveaus bei Fortschreibung des Status quo zum einen und bei Umsetzung der Kommissionsvorschläge zum anderen zu Grunde gelegt. In beiden Szenarien wurde angenommen, dass 4 % des Durchschnittseinkommens in einen Riester-Vertrag eingezahlt wird. Im Reformszenario wird darüber hinaus der sich durch den niedrigeren Beitragssatz ergebende finanzielle Spielraum zu einer weiteren privaten Vorsorge genutzt. Die nominale Rendite der kapitalgedeckten Zusatzvorsorge wurde mit 4 %, die nominale Lohnwachstumsrate mit 3 % angenommen. Bei einer angenommenen Inflationsrate von 1,5 % ergibt sich ein Realzins von 2,5 % und ein Anstieg der durchschnittlichen Reallöhne um 1,5 %. Außerdem wurden im kapitalgedeckten System Verwaltungskosten in Höhe von 10 % der jährlichen Spareinlagen unterstellt.

Das sinkende Bruttorentenniveau und der steigende Beitragssatz haben zur Folge, dass die Rendite des umlagefinanzierten Rentensystems im Zeitablauf sinkt. Mit den von der Kommission vorgeschlagenen Reformmaßnahmen sinkt die Rendite des Umlagesystems allerdings schneller. Heutige Beitragszahler erleiden eine Renditeeinbuße, weil sie künftig aufgrund des Nachhaltigkeitsfaktors eine weniger stark gestiegene Rente erhalten werden. Von der Senkung des Beitragssatzes haben sie aber noch einen relativ geringen Vorteil, weil er nur für einen relativ kurzen Zeitraum ihrer Erwerbsphase gilt.

Zieht man die Riester-Rente in die Betrachtung mit ein, die annahmegemäß sowohl mit als auch ohne Reform im gleichen Umfang betrieben wird, so zeigt sich eine deutliche Verbesserung der Gesamtrendite der Gesetzlichen und der Riester-Rente in beiden Szenarien. Wird auch der zusätzlich gewonnene Spielraum in Form des c. p. niedrigeren Beitragssatzes in die Betrachtung einbezogen und unterstellt, dass dieser ebenfalls zu den gleichen Konditionen wie die Riester-Rente für die private Altersvorsorge verwendet wird, so ergibt sich langfristig ein Vorteil des neuen Mehrsäulen-Rentensystems, in dem die Kapitaldeckung ein wesentlich größeres Gewicht haben wird.

Die Niveaus der impliziten Renditen variieren stark mit dem zu Grunde gelegten Modellrentner. Je länger die Rentenlaufzeit, umso günstiger die Rendite. Die Renditedifferenzen sind dagegen wesentlich robuster. Aus diesem Grund sind hier nur die Differenzen zwischen den Renditen ohne und mit Umsetzung der Reformvorschläge dargestellt. Danach dürfte der kritische Geburtsjahrgang, bei dem die Reform erstmals zu einer Renditeverbesserung führt, etwa Mitte der 90-er Jahre liegen. Langfristig ergeben sich Renditeverbesserungen um etwa 0,15 Prozentpunkte. Dem stehen allerdings gravierende Renditeverschlechterungen für die älteren Jahrgänge gegenüber. Am stärksten betroffen dürften die zwischen 1960 und 1970 Geborenen sein.

Bei der Interpretation dieser Beispielrechnungen ist zu berücksichtigen, dass steuerliche Aspekte ebenso wenig einbezogen wurden wie der Einfluss der staatlichen Förderung im Rahmen der Riester-Rente oder der betrieblichen Altersvorsorge. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass auch die Kosten dieser Förderung von den heutigen oder künftigen Steuerzahlern aufzubringen sind.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Verbesserung der Gesamtrendite durch die Gewichtsverlagerung vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren entscheidend von der unterstellten Verzinsung des Kapitals in der privaten Zusatzvorsorge abhängt. Der hier mit 2,5 % angenommene Realzins ist im langfristigen ex-post-Vergleich relativ niedrig. Die demografischen Veränderungen werden allerdings auch die in vergleichbaren kapitalgedeckten Rentensystemen erzielbare Rendite negativ beeinflussen.

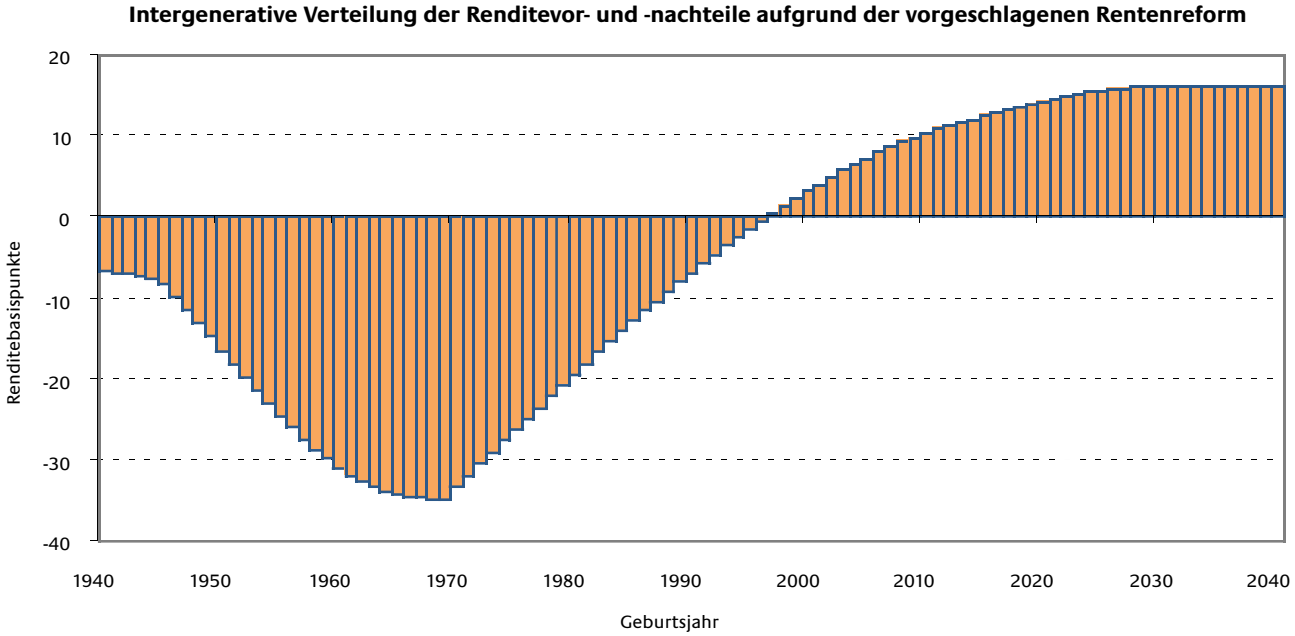
Hinsichtlich der deutlichen Mehrbelastung der insbesondere zwischen 1960 und 1970 Geborenen ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Gesamtrendite dieser Gruppe ohne Reform deutlich höher liegt als die der später Geborenen. Mit den Reformvorschlägen kommt es zu einer Drehung der Renditekurven. Aus dem relativ steil fallenden Verlauf wird die Kurve nahezu in die Waagerechte gedreht. Damit ist im Ergebnis eine gleichmäßigere intergenerative Verteilung verbunden (vgl. Abbildung 3-4).

3.4 Abgelehnte Reformvorschläge

Die Kommission hat sich ausführlich mit Reformvorschlägen befasst, die in der rentenpolitischen Diskussion eine bedeutende Rolle

56 Bei einer monatlichen Sparrate von 100 € über 45 Jahre und einer anschließenden Rentenbezugsdauer von 20 Jahren würde die monatliche Rente um etwa 50 € höher ausfallen, wenn die Rendite nicht 4 %, sondern 4,15 % beträgt.

Abbildung 3-4: Intergenerativer Renditevergleich



Quelle: Eigene Berechnungen

spielen, jedoch in klarem Widerspruch zu den Grundprinzipien der Alterssicherung in Deutschland stehen. Sie sind daher vor allem unter Anreiz- und damit Beschäftigungsaspekten abzulehnen. Insgesamt spricht sich die Kommission dafür aus, das Äquivalenzprinzip in der Gesetzlichen Rentenversicherung zu stärken und Schritte zu unterlassen, die mit einer Ausweitung des Umlageverfahrens verbunden wären. Hier werden allzu oft Scheinlösungen mit tatsächlichen Lösungsansätzen verwechselt. Letztlich gibt es keinen Weg, die Folgen des demografischen Wandels wegzudefinieren. Die Bemühungen sind deshalb darauf zu konzentrieren, die Zukunft unter den gegebenen Umständen möglichst beschäftigungsfreundlich zu gestalten und dabei die Lasten, die zukünftigen Generationen aufgebürdet werden, weitestgehend zu begrenzen.

Zu den Vorschlägen, die in der rentenpolitischen Diskussion immer wieder genannt werden und mit denen sich die Kommission ausführlich befasst hat, zählen:

- der grundsätzliche Systemwechsel in Richtung eines Grund- oder Sockelrentensystems,
- die Staffelung der Beiträge oder der Renten nach der Kinderzahl,
- die Differenzierung der Rentenanpassungen nach der Rentenhöhe,
- die Differenzierung der Rentenabschläge nach der Anzahl der Beitragsjahre,
- die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkommen sowie
- die Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises insbesondere um Beamte und Selbständige.

Diese Vorschläge sind zum Teil nicht mit den Grundprinzipien der Gesetzlichen Rentenversicherung vereinbar und mit erheblichen negativen Anreizeffekten verbunden. Sie sind daher nicht geeignet, die Beschäftigung und damit die Finanzierungsbasis der sozialen Sicherung zu fördern. Die Vorschläge tragen nicht zur Verbesserung der finanziellen Nachhaltigkeit der Alterssicherung bei und werden deshalb von der Kommission abgelehnt.

3.4.1 Systemwechsel zu einem steuerfinanzierten Grundrentensystem

Zu den wohl populärsten Vorschlägen, die umlagefinanzierte Rentenversicherung auf ein grundlegend anderes System umzustellen, zählt das Grundrentenmodell.[57] Es sieht einen von der individuellen Bedürftigkeit unabhängigen Anspruch auf eine einheitliche Grundrente im Alter

57 Vgl. Miegel, Meinhard und Stefanie Wahl [1999], Solidarische Grundsicherung – Private Vorsorge: der Weg aus der Rentenkrise, München.

vor, die durch entsprechende Erhöhungen der Einkommen- und Umsatzsteuer finanziert werden soll. Als erster Schritt in Richtung einer Grundrente kann die so genannte Sockelrente verstanden werden, bei der die Grundrente mit einer einkommensproportionalen Rentenversicherung kombiniert werden soll.[58] Die Grundrentenmodelle sind nicht zu verwechseln mit der bedarfsorientierten Grundsicherung, die zum 01.01.2003 in Kraft getreten ist und lediglich eine zusätzliche Absicherungsfunktion zur Vermeidung von Altersarmut erfüllen soll.

Grundrentenmodelle konzentrieren die Aufgabe der staatlichen Alterssicherung auf die Vermeidung von Altersarmut. Spezifische Beiträge werden nicht erhoben. Die Finanzierung erfolgt vielmehr aus allgemeinen Steuermitteln oder speziellen Sondersteuern. Eine Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen besteht nicht. Von der bedarfsorientierten Grundsicherung unterscheidet sich die Grundrente durch die fehlende Bedürftigkeitsprüfung.

Der Vorschlag, das beitragsfinanzierte Rentensystem auf eine steuerfinanzierte Grundrente umzustellen, kann als ein Spezialfall von zahlreichen Modellen betrachtet werden, in denen es um einen teilweisen Übergang vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren mittels deutlicher Leistungsreduktion im Umlagesystem geht. Leitmotiv dieser Modelle ist die höhere erwartete Rendite bei Kapitaldeckung und die darauf zurückzuführende vermeintliche Ineffizienz des Umlageverfahrens. Grundsätzlich ist es jedoch nicht möglich, allein durch einen Wechsel der Finanzierungsmethode niemanden schlechter und mindestens einige besser zu stellen.[59] Hauptgrund hierfür sind die eigentumsrechtlich geschützten bestehenden Rentenanwartschaften. Weil sie zu beachten sind, müssen während einer Übergangsphase die Beitragszahler immer eine Zusatzlast tragen. Zum einen müssen sie die Altansprüche finanzieren und zum anderen die eigene private Altersvorsorge betreiben (siehe Kasten 3-11, nächste Seite).

Auch Grundrentenmodelle können diese zentralen Zusammenhänge nicht verleugnen. Daher sehen sie stets eine Umverteilung vor, die zumeist zu Lasten der Altansprüche geht, indem die im beitragsfinanzierten Rentensystem erworbenen Rentenansprüche reduziert werden. Konkret geschieht dies z.B. in der Weise, dass die Indexierung der bestehenden Ansprüche verändert wird; sie wachsen künftig langsamer als nach Fortbestehen des geltenden Rechts. Insofern ähneln diese Übergangsmodelle dem Kommissionsvorschlag zur Ergänzung der Rentenanpassungsformel um einen Nachhaltigkeitsfaktor. Tatsächlich wird damit auch eine gewisse Gewichtsverlagerung zur individuellen oder betrieblichen Altersvorsorge beabsichtigt. Der entscheidende Unterschied zu den Grundrentenmodellen besteht allerdings in der Aufrechterhaltung der Teilhabeäquivalenz bei Fortführung des beitragsfinanzierten Rentensystems (vgl. auch Kasten 3-12, nächste Seite).

Mit dem Vorschlag einer steuerfinanzierten Grundrente ist nicht nur eine mit Übergangskosten verbundene Reduzierung der durchschnittlichen Alterssicherungsleistungen verbunden, sondern vor allem auch die völlige Abkehr vom Prinzip der Beitragsäquivalenz. Tatsächlich soll die Grundrente vollständig aus Steuermitteln finanziert werden. Damit geht aber der große Vorteil verloren, dass der Beitrag zur Rentenversicherung nur in relativ geringem Maße als verzerrende Steuer empfunden wird.[60] Zwar enthält der Leistungskata-

58 Vgl. Familienbund der Katholiken [2003], Vorschlag für ein familiengerechtes und solidarisches System der Alterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin, Februar 2003.

59 Vgl. z.B. Fenge, Robert [1997], Effizienz der Alterssicherung, Heidelberg, Sinn, Hans-Werner [2000], Why a Funded Pension System is Useful and Why it is not Useful, International Tax and Public Finance 7, S. 389-410, Breyer, Friedrich [2001], Why Funding is not a Solution to the „Social Security Crisis“, DIW Discussion Paper No. 254, Berlin oder auch Börsch-Supan, Axel [2000], Was lehrt uns die Empirie in Sachen Rentenreform?, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Bd. 1, Heft 4 (Okt./Dez.), S. 431-451. Effizienzgewinne sind lediglich über Sekundäreffekte wie z.B. durch die Verringerung von Verzerrungen oder die Vergrößerung von Diversifikationsvorteilen möglich.

60 Der Beitrag zur Rentenversicherung wird grundsätzlich dann als Steuer empfunden, wenn aus den Beiträgen Umverteilungsaufgaben finanziert werden und somit vom Prinzip der Beitragsäquivalenz abgewichen wird, oder wenn die erwartete Rendite der Rentenversicherung aus der Sicht des Einzelnen niedriger ist als die erwartete Rendite in der privaten Altersvorsorge.

Kasten 3-11: Grundproblem des Übergangs vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren

In einem umlagefinanzierten Rentensystem mit Lohnanpassung kommt es in jedem Jahr zu einer impliziten Besteuerung (IB) in Höhe der Renditedifferenz zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren, multipliziert mit der impliziten Verschuldung des Rentensystems (IV). Die implizite Verschuldung ergibt sich aus den bereits erworbenen Rentenanwartschaften der Rentner und Beitragszahler – ihrem „Sozialversicherungsvermögen". Diese Ansprüche wachsen – unter der Annahme konstanter Beitragssätze – jährlich mit der Lohnsummenwachstumsrate g. Wäre das Vermögen dagegen am Kapitalmarkt investiert worden, könnte mit einer Rendite in Höhe von r gerechnet werden. In jedem Jahr stellt sich für die Versicherten ein Verlust in Höhe der impliziten Steuer ein:

$$IS = (r-g)IV$$

Im Falle der Umstellung auf Kapitaldeckung entfiele für neu erworbene Rentenansprüche die implizite Besteuerung. Allerdings wären die Altansprüche weiter zu befriedigen, entweder über Kreditaufnahme zum – hier stark vereinfachend mit der Kapitalmarktrendite gleichgesetzten – Zinssatz r oder durch zusätzliche Steuereinnahmen zum Opportunitätskostensatz von ebenfalls r. Eine intergenerativ gleichmäßige Verteilung der Finanzierungslast für die Altansprüche ist im langfristigen Gleichgewicht und bei unveränderter Altersstruktur möglich, wenn die implizite Schuld durch Kreditaufnahme zunächst in eine offene Staatsschuld umgewandelt und die Schuldenquote (zusätzliche Staatsschuld in Relation zur Lohnsumme der Versicherten) fortan konstant gehalten wird. Die absolute Schuld muss dann in jedem Jahr mit der Rate g wachsen. Ein Teil der jährlich fälligen Zinszahlungen zum Zinssatz r muss also durch zusätzliche Kreditaufnahme vorgewälzt werden, der restliche Anteil (r-g) ist dagegen in jedem Jahr über Steuern aufzubringen. Damit ergibt sich aber eine notwendige Steuer zur Finanzierung der Zinsen (ZS), die genau der impliziten Steuer entspricht:

$$ZS = (r-g)IV$$

Bei einer im Zeitablauf sinkenden Schuldenquote darf die offen gelegte Staatsschuld nur mit einer Rate wachsen, die kleiner als g ist. Ein größerer Teil muss dann durch Besteuerung aufgebracht werden. Damit wäre eine im Vergleich zur Fortführung des Umlageverfahrens zusätzliche Belastung heutiger zu Gunsten künftiger Generationen verbunden. Umgekehrtes gilt für den Fall einer steigenden Schuldenquote. Letztlich ist jede beliebige Verteilung unter den Generationen modellierbar.

Kasten 3-12: Ein Grundrentenmodell

Der Grundrentenanspruch setzt in einem Modell von Miegel/Wahl lediglich eine 25-jährige Steuerpflichtigkeit in Deutschland voraus. Sonderregelungen gelten für Erwerbsunfähige und Waisen. Die Grundrente ersetzt alle bisherigen staatlichen Alterssicherungssysteme, d. h. insbesondere auch die Beamtenversorgung. Die Höhe der Grundrente soll sich – auf das Jahr 2000 bezogen – auf 818 € pro Monat belaufen. Davon sollen 153 € als Krankenversicherungsbeitrag abgeführt werden.

Die Finanzierung der Grundrente soll aus allgemeinen Steuermitteln erfolgen (60 % indirekte, 40 % direkte Steuern). Dies würde eine Erhöhung des durchschnittlichen Lohnsteuersatzes von 19 % auf 24 % und eine Anhebung der Mehrwertsteuersätze von 7 % bzw. 16 % auf 10,5 % bzw. 24 % erforderlich machen. Die bisherigen Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung entfallen.

Der Übergang zum Grundrentensystem wird recht komplex gestaltet. Grundsätzlich sollen die Altansprüche erhalten bleiben. Allerdings werden sie nur noch mit der Wachstumsrate des Pro-Kopf-Volkseinkommens, das gerade aufgrund der demografischen Veränderungen künftig deutlich langsamer wachsen wird als die Bruttoentgelte je Arbeitnehmer, angepasst.

Nach den Angaben der Vertreter des Grundrentenmodells ist nicht nur im Endstadium, sondern auch bereits im Übergang zum Grundrentenmodell stets mit geringeren finanziellen Belastungen für den Staat zu rechnen als bei Fortführung der bestehenden Systeme. Die Erklärung hierfür erschließt sich aus den vorgenannten Anpassungsregeln. Im Ergebnis bedeutet dies, dass vor allem Rentner und rentennahe Jahrgänge durch einen Übergang zum Grundrentensystem besonders belastet würden.

log der Gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland zahlreiche versicherungsfremde Leistungen, deren typisches Merkmal darin besteht, dass sie gerade nicht auf Beiträgen beruhen. Doch nach den letzten Aufstockungen der Bundeszuschüsse an die Rentenversicherungsträger dürften die versicherungsfremden Leistungen im Wesentlichen durch steuerfinanzierte Zuweisungen aus dem Bundeshaushalt abgedeckt sein.[61] Dabei ist allerdings zu beachten, dass es keine allgemeingültige Definition der versicherungsfremden Leistung gibt und somit auch keinen eindeutigen Leistungskatalog.[62]

61 Vgl. Rombach, Wolfgang [2003], Bundesbeteiligungen und Verfahren der Finanzierung der Gesetzlichen Rentenversicherung nach den Reformen, NZS 2003, S. 79.

62 Vgl. Börsch-Supan, Axel und Anette Reil-Held, How much is Transfer and how much Insurance in a Pay-As-You-Go-System? The German Case, Scandinavian Journal of Economics, 103, S. 505-524.

Ein entscheidender Vorteil eines im Wesentlichen beitragsfinanzierten Systems ist im Übrigen der verfassungsrechtliche Eigentumsschutz, den Rentenanwartschaften und -ansprüche genießen. Eingriffe des Gesetzgebers in diese Rechtspositionen sind nur unter engen Voraussetzungen möglich. Das Bundesverfassungsgericht stellt bei der Begründung des Eigentumsschutzes entscheidend darauf ab, in welchem Maß Rentenansprüche oder -anwartschaften durch den personalen Bezug des Anteils eigener Leistungen des Versicherten geprägt sind. Einer steuerfinanzierten Grundrente fehlt daher ein verfassungsrechtlicher Eigentumsschutz mit der Folge, dass sie stets unter Finanzierungsvorbehalt stünde („Rente nach Kassenlage").

Die Voraussetzung einer unbeschränkten Steuerpflicht von mindestens 25 Jahren in Deutschland sagt im Übrigen noch nichts darüber aus, wie stark sich der Einzelne tatsächlich an der Finanzierung des Staates beteiligt. Ein „Trittbrettfahrerverhalten", das mit der Verknüpfung von Beitragszahlung und Rentenhöhe gerade eingedämmt werden soll, wäre in diesem steuerfinanzierten Grundrentenmodell sehr einfach möglich.

Als Grund für den angestrebten Systemwechsel werden auch die demografisch bedingten Probleme der Gesetzlichen Rentenversicherung genannt. Die demografischen Entwicklungen (steigende durchschnittliche Lebenserwartung, nicht bestanderhaltende Geburtenrate) treffen jedoch auch die Grundrentenmodelle: Das Verhältnis von Steuerzahlern zu Grundrentenempfängern verschlechtert sich und die Grundrentenbezugsdauer steigt.

Zum Vorschlag einer „Sockelrente"

Der gegenwärtig diskutierte Vorschlag zur Einführung einer „Sockelrente"[63] ist als erster Schritt in Richtung auf ein steuerfinanziertes Grundrentensystem anzusehen. Dieses Konzept sieht vor, dass alle Steuerpflichtigen nach Vollendung ihres 65. Lebensjahres eine einheitliche Mindestrente von 410 € pro Monat erhalten, die auf die gesetzliche Rente und die Beamtenversorgung angerechnet werden soll. Die Finanzierung der „Sockelrente" soll über eine gesonderte einkommensproportionale Abgabe von 4 bis 5 % auf das gesamte steuerpflichtige Einkommen erfolgen. Gleichzeitig könne der Beitragssatz zur Gesetzlichen Rentenversicherung um rund 8 Prozentpunkte gesenkt werden.

Mit diesem Vorschlag würde das Leistungsniveau der auf dem Prinzip der Beitragsäquivalenz beruhenden Gesetzlichen Rentenversicherung deutlich reduziert und teilweise durch ein steuerfinanziertes Teilrentensystem ersetzt. Die negativen Anreizeffekte nähmen deutlich zu. Sollte es – wie im Vorschlag zur „Sockelrente" – bei einer Beitragsbemessungsgrenze bleiben, so würden insbesondere Bezieher mittlerer Einkommen durch die Beiträge auf ihre Zins- und Mieteinkünfte belastet. Bezieher höherer Einkommen blieben dagegen verschont. Zudem stellt die „Sockelrente" weder ein Konzept zur Lösung der aktuellen Beschäftigungsprobleme dar, noch bietet sie eine adäquate Antwort auf die demografisch bedingten Herausforderungen. Im Gegenteil würden die in der Zukunft zu tragenden Finanzierungslasten noch vergrößert, wenn zusätzliche Personenkreise in die „Sockelrente" einbezogen werden. Dies gilt auch für den Fall, dass solche Personen künftig eine – nicht bedürftigkeitsgeprüfte – „Sockelrente" erhalten, die in der Gesetzlichen Rentenversicherung nur einen geringeren Anspruch erworben haben. Immerhin sind zurzeit gut 16 Beitragsjahre als Durchschnittsverdiener erforderlich, um eine Rente in Höhe von etwa 410 € pro Monat zu erhalten. Dies entspräche einer Teilzeitbeschäftigung zum halben Durchschnittsentgelt über einen Zeitraum von mindestens 32 Jahren. Würde die Rentenversicherung auf eine „Arbeitnehmerpflichtversicherung" mit

63 Vgl. Familienbund der Katholiken [2003], Vorschlag für ein familiengerechtes und solidarisches System der Alterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin, Februar 2003.

deutlich niedrigerem Leistungsniveau reduziert, ergäben sich noch wesentlich längere Versicherungslaufzeiten, um den „Sockelrenten"-Anspruch zu erreichen. Mit einer „Sockelrente" wären also gravierende negative Leistungsanreize verbunden.

Der scheinbar relativ großen Entlastung der Arbeitseinkommen steht eine auf den ersten Blick nur relativ geringe zusätzliche Abgabenlast zur Finanzierung der „Sockelrente" gegenüber. Dahinter verbirgt sich aber, dass die Bemessungsgrundlage in Form des steuerpflichtigen Einkommens insbesondere aufgrund der zusätzlich einbezogenen Einkunftsarten, zwischen denen kein Verlustausgleich zugelassen werden soll, wesentlich größer ist als die Beitragsbemessungsgrundlage der Rentenversicherung. An einer Beitragsbemessungsgrenze, die nur wenig höher als die aktuelle in der Gesetzlichen Rentenversicherung sein soll, wird dagegen festgehalten. Der größere Umfang des einbezogenen Personenkreises würde vermutlich nur deshalb einen günstigen Finanzierungseffekt im „Sockelrenten"-System mit sich bringen, weil die zusätzlichen Abgabepflichtigen überdurchschnittliche Einkommen erzielen.

3.4.2 Staffelung der Beiträge oder der Renten nach der Anzahl der Kinder

Die Kommission sieht in der besonderen Unterstützung von Familien mit Kindern im Rahmen des Familienlastenausgleichs eine staatliche Maßnahme, mit der nicht nur die Kosten, die Familien durch die Kinderziehung entstehen, zum Teil ausgeglichen werden, sondern auch eine berechtigte Gegenleistung für den Nutzen erbracht wird, den eine nachwachsende Generation für alle Mitglieder einer Gesellschaft mit sich bringt. Die Kommission spricht sich aber dagegen aus, den Familienlastenausgleich über Beiträge zu finanzieren. Dies widerspricht den Grundprinzipien der Gesetzlichen Rentenversicherung und würde die Zukunftsfähigkeit und Akzeptanz des beitragsfinanzierten Rentensystems aufgrund der starken negativen Anreize für Kinderlose und Kinderarme generell in Frage stellen. Die gleichen Argumente sprechen auch gegen eine beitragsfinanzierte Differenzierung auf der Ausgabenseite, wie sie z.B. in Form der so genannten Elternrente propagiert wird.

Die keineswegs neue Diskussion um eine explizite Berücksichtigung der Kindererziehung bei der Beitrags- oder bei der Leistungsbemessung in der Rentenversicherung wurde wieder angefacht durch die so genannten Pflegeversicherungsurteile des Bundesverfassungsgerichts vom 03.04.2001.[64] Das Gericht hatte es u.a. für verfassungswidrig gehalten, dass Mitglieder der Sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen und damit – so das Gericht – neben dem Geldbeitrag einen „generativen Beitrag" zur Funktionsfähigkeit des umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems leisten, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden. Der Gesetzgeber wurde verpflichtet, bis zum 31.12.2004 eine Neuregelung zu schaffen. Bei der Bemessung dieser Frist hat das Gericht nach eigener Aussage „berücksichtigt, dass die Bedeutung des vorliegenden Urteils auch für andere Zweige der Sozialversicherung zu prüfen sein wird".[65]

3.4.2.1 Beitragsstaffelung nach der Kinderzahl

Die Diskussion über die Einführung von kinderzahlabhängigen Beiträgen in der Gesetzlichen Rentenversicherung hat ihren Ursprung in der These, dass jede Generation und jeder einzelne Versicherte zwei Leistungsteile erbringen muss: einen monetären Beitrag für die alte Generation und einen Realbeitrag in Form der Kindererziehung. Daraus wird geschlussfolgert, dass bei Personen, die keine Kinder aufziehen, die Symmetrie des zweimaligen Gebens und Nehmens gestört ist. Die Betreffenden erhalten zwar zweimal Leistungen – in der Jugend und im Alter – leisten aber nur einmal.[66]

64 BVerfGE 103, 197; E 103, 225; E 103, 242; E 103, 271.
65 BVerfGE 103, 243, 270.
66 Vgl. Ruland, Franz [2001], Das BVerfG und der Familienlastenausgleich in der Pflegeversicherung, NJW 2001, 1673, 1674.

Angesichts der Tatsache, dass Kindererziehende durchschnittlich niedrigere Haushaltseinkommen als Kinderlose haben und vor dem Hintergrund der anhaltend niedrigen Geburtenquote in Deutschland wird die o.g. These teilweise als Rechtfertigung für die Einführung kinderzahlabhängiger Rentenbeiträge oder kinderzahlabhängiger Freibeträge herangezogen. Kinder Erziehende sollen bereits während der Erziehungs- bzw. Erwerbsphase gegenüber Kinderlosen finanziell entlastet werden.

Derartige familienpolitische Forderungen sind in den vergangenen beiden Jahrzehnten immer wieder intensiv diskutiert worden. Durchgesetzt haben sie sich allerdings nicht. Ihr sind insbesondere folgende Argumente entgegengehalten worden, die nach wie vor Gültigkeit haben:

- Nicht allein die Rentenversicherung ist auf eine auch in Zukunft nicht abreißende Generationsabfolge angewiesen. Dies gilt gleichermaßen für nahezu alle staatlichen und gesellschaftlichen Bereiche. Der Ausgleich erziehungsbedingter Lasten ist daher nicht allein Aufgabe der Solidargemeinschaft der Rentenversicherten, sondern eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft. Diese Aufgabe ist deshalb nicht aus Beitragsmitteln, sondern aus Steuern zu finanzieren; ansonsten würden die nicht (mehr) Kinder erziehenden Beitragszahlerinnen und -zahler gegenüber Kinderlosen, die der Gesetzlichen Rentenversicherung nicht angehören, in gleichheitswidriger Weise benachteiligt.
- Umgekehrt kommen kinderzahlabhängige Beitragssätze nur beitragszahlenden Kinder Erziehenden zugute. Nicht rentenversicherte Eltern – hierzu gehören neben Selbständigen, Beamten oder Hausfrauen auch Alleinerziehende, Rentnerinnen und Rentner und Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger – würden nicht entlastet. Bei Hausfrauen könnte überdies der Effekt eintreten, dass sie bei Wiedereintritt in das Erwerbsleben nach Abschluss der Kindererziehung die höheren Beiträge (je nach Ausgestaltung stiege der Beitragssatz für nicht Erziehende um bis zu 6 Beitragssatzpunkte[67]) für nicht Kinder Erziehende zahlen müssten.
- Kinderspezifische Rentenversicherungsbeiträge widersprechen der Lohn- und Beitragsbezogenheit der Renten und sind mit dem Prinzip der Teilhabeäquivalenz nicht vereinbar. Für gleich hohe Einkommen würden unterschiedlich hohe Beiträge erhoben bzw. für gleich hohe Beiträge unterschiedliche Rentenanwartschaften erworben.
- Aufgrund der verminderten Beitrags-/Leistungsäquivalenz könnte sich der Eigentumsschutz, den Rentenanwartschaften und -ansprüche nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts genießen, bei Kinder erziehenden Versicherten, die unter Äquivalenzgesichtspunkten einen zu niedrigen Beitrag zahlen, verringern: Das Verfassungsgericht stellt bei der Begründung des Eigentumsschutzes nämlich entscheidend darauf ab, in welchem Maß Rentenansprüche oder -anwartschaften durch „den personalen Bezug des Anteils eigener Leistungen des Versicherten geprägt sind.“[68]
- Eine Beitragsstaffelung nach der Kinderzahl wäre mit einer Umverteilung von niedrigen zu höheren Einkommen verbunden:
  Zum einen würden besser verdienende Kinder Erziehende durch eine Beitragsentlastung stärker begünstigt als Kinder Erziehende mit geringerem Einkommen. Das Kind eines Durchschnittsverdiener-Haushalts erbrächte nur etwa die Hälfte der Beitragsentlastung im Vergleich zu einem Haushalt mit einem Einkommen an der Beitragsbemessungsgrenze. Sinnvoller erscheint daher eine absolute Beitragsgutschrift pro Kind. Dies wäre im Ergebnis aber nichts anderes als ein besonderes Kindergeld.
  Zum anderen käme es bei Kinderlosen zu einer Privilegierung von gut verdienenden

67 Ruland, Franz [2001a], Familie und Rentenversicherung, Mitteilungen der LVA Oberfranken und Mittelfranken, 2001, 699, 705.
68 BVerfGE 53, 257, 293.

gegenüber weniger gut verdienenden Versicherten. Dies beruht auf dem Umstand, dass das beitragspflichtige Einkommen in der Gesetzlichen Rentenversicherung durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt ist. Versicherte mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze würden also – relativ – geringer von der Anhebung der Beitragssätze für Kinderlose betroffen, die mit einer Absenkung des Beitragssatzes für Kinder Erziehende einhergehen würde. Bei einer Steuerfinanzierung des Familienlastenausgleichs käme es hingegen zu einer gleichmäßiger verteilten Belastung: Der Besteuerung unterliegende Einkünfte sind nicht nach oben begrenzt und werden zudem mit einem progressiv ansteigenden Prozentsatz erfasst.

Daneben gibt es eine Reihe weiterer grundsätzlicher oder technischer Probleme, wie z. B. die Fragen der Übertragbarkeit auf die Beamtenversorgung, der Behandlung des Arbeitgeberanteils an den Beiträgen oder der begrifflichen Eingrenzung von „Erziehung“ oder „Erziehender“.

Die Relevanz des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom April 2001 zur Beitragsgestaltung in der Pflegeversicherung ist in ganz unterschiedlicher Weise eingeschätzt worden. Während zum Teil Reformen in der Rentenversicherung für unausweichlich gehalten wurden,[69] hat die wohl überwiegende Meinung keine zwingende Notwendigkeit gesehen, bestehende oder geplante Regelungen der Gesetzlichen Rentenversicherung zu ändern.[70] Selbst diejenigen, die einen Handlungsbedarf im Bereich der Rentenversicherung bejahen, wollen den Schwerpunkt einer eventuellen Neuregelung weniger auf der Beitragsseite als eher auf der Leistungsseite suchen[71] oder zumindest Lösungen den Vorzug geben, die mit den bestehenden Prinzipien der Rentenversicherung kompatibel sind.[72]

Eine Einführung gestaffelter Beitragssätze oder Kinderfreibeträge in der Gesetzlichen Rentenversicherung als zwingende Folge der Pflegeurteile des Verfassungsgerichts wird von der Kommission im Wesentlichen aus folgenden Gründen verneint:

- Zwischen der Sozialen Pflegeversicherung und der Gesetzlichen Rentenversicherung bestehen deutliche Strukturunterschiede. Dies betrifft insbesondere die Verknüpfung von Beitrags- und Leistungsseite. In der Pflegeversicherung erhalten Versicherte Sach- und Geldleistungen entsprechend dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit - unabhängig von der Höhe der zuvor gezahlten Beiträge. In der Rentenversicherung hingegen gilt vom Grundsatz her das Prinzip der Vorleistungsabhängigkeit der Rentenansprüche.
- In der Rentenversicherung ist der Gesetzgeber dem Auftrag des Bundesverfassungsgerichts zum Ausbau Familien fördernder Leistungen bereits in großem Umfang nachgekommen. Dadurch ergibt sich eine zumindest indirekte Entlastung Kinder Erziehender auf der Beitragsseite. So können für die Erziehung des ersten Kindes bis zu sieben Entgeltpunkte gutgeschrieben werden.[73] Aus der Sicht des Jahres 2003 entspricht dies einer Beitragsleistung von etwa 40.000 €. Die Finanzierung der Kindererziehungszeiten erfolgt mittlerweile sachgerecht aus Steuermitteln (siehe Kasten 3-13).

3.4.2.2 Rentenstaffelung nach der Kinderzahl

Die Kommission spricht sich gegen eine Rentenstaffelung nach der Kinderzahl aus. Nach Auffassung der Befürworter einer Elternrente geht von der Gesetzlichen Rentenversicherung ein Anreiz aus, auf die Kindererziehung zu verzichten, weil die eigene Altersvorsorge nicht mehr von den eigenen Kindern abhängig ist. Basis dieser Überlegungen ist die Vorstellung vom „Drei-Generationen-Vertrag“. Danach vergibt die Generation der Erwerbstätigen einen

69 Borchert, Jürgen [2001], Nach dem Pflegeurteil: Familienpolitische Strukturreform auch bei der Rentenversicherung unausweichlich, Wirtschaftsdienst 2001, 255.
70 Stellungnahme des Sozialbeirats zu Urteilen des Bundesverfassungsgerichts zur Pflegeversicherung vom 3. April 2001 hinsichtlich ihrer Bedeutung für die gesetzliche Rentenversicherung; BT-Drucks. 14/6099, S. 8 (Textziffer 40).
71 Borchert [2001] a. a. O., S. 258.
72 Ott, Notburga [2001], Der Konstruktionsfehler im Sozialversicherungssystem bedarf einer Korrektur, Wirtschaftsdienst 2001, 263, 265.
73 Ruland, [2001a], a.a.O., 699, 705.

Kasten 3-13: Berücksichtigung der Kindererziehung im Rentenrecht

In der Gesetzlichen Rentenversicherung ist die Berücksichtigung von Kindererziehung auf der Leistungsseite seit Mitte der 1980er Jahre beständig ausgebaut worden. Während sich der Gesetzgeber – mehrfach – gegen eine Berücksichtigung der Kindererziehung auf der Beitragsseite entschieden hat, erfolgte aber ein konsequenter Ausbau kindbezogener Elemente im Leistungsrecht der Gesetzlichen Rentenversicherung:

1986:	Erstmalige Einführung von Kindererziehungszeiten (ein Jahr pro Kind).
1992:	Ausweitung der Kindererziehungszeit auf die ersten drei Lebensjahre des Kindes (nur für Geburten nach 1991); die Maßnahme wurde bereits 1989 beschlossen.
1998:	Additive Anrechnung von Kindererziehungszeiten und Beitragszahlungen (bis zur Beitragsbemessungsgrenze).
1998–2000:	Stufenweise Anhebung der Bewertung der Kindererziehungszeiten von 75 % auf 100 % des Durchschnittsverdiensts.
1999:	Zahlung von Beiträgen für Kindererziehungszeiten durch den Bund (z. B. für das Jahr 2003: rund 12 Mrd. €) bei gleichzeitiger Minderung des Bundeszuschusses um die darin enthaltene pauschale Kompensation der Aufwendungen für Kindererziehung (1998: 7,2 Mrd. DM).
2002:	Bis zu 50 %ige Höherbewertung von Beitragszeiten während der Kindererziehung bis zur Vollendung des 10. Lebensjahrs eines Kindes (bei Pflegebedürftigkeit bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs) für Zeiten nach 1991.
2002:	Gutschrift von Entgeltpunkten (bis zu 1/3 Entgeltpunkt pro Jahr) bei Erziehung bzw. Pflege mehrerer Kinder in den vorgenannten Zeiträumen.
2002:	Einführung einer Kinderkomponente bei Hinterbliebenenrenten (dynamischer Entgeltpunktzuschlag für Kindererziehung).
Zudem 2002:	Kinderspezifische staatliche Förderung beim Aufbau ergänzender Altersvorsorge (Riester-Rente).

Kredit an ihre Kinder in Form der Erziehungsleistung und den damit verbundenen Kosten, die insbesondere im Verzicht auf eigene Einkommenserzielung bestehen („Opportunitätskosten“). Gleichzeitig zahlen die Erwerbstätigen an die Eltern ihren in der Kindheit erhaltenen Kredit in Form von Rentenbeiträgen zurück. Kinderlose haben in diesem Rentenmodell grundsätzlich zwar eine Finanzierungspflicht, aber keinen Leistungsanspruch. Da allerdings auch die Kostenbeteiligung der Kinderlosen im Rahmen des allgemeinen Familienlastenausgleichs zu berücksichtigen ist, könnten sie dennoch eine geringe Rente beanspruchen.

Die Diskussion um die tieferen Ursachen der demografischen Entwicklung ist vielschichtig und kann hier nicht abschließend behandelt werden. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass vor allem das Argument des „externen Effekts“ wohl weitgehend unstrittig ist. Danach gehen von der Kindererziehung positive Wirkungen aus, die nicht allein den Eltern zugute kommen, sondern auch anderen Gesellschaftsmitgliedern. Aus diesem Grunde kann von der Gesellschaft verlangt werden, sich an den Kosten der Kindererziehung in gewisser Weise zu beteiligen. Damit ist letztlich die ökonomische Begründung für den Familienlastenausgleich gegeben. Diese positiven externen Effekte treten aber nicht nur in der Gesetzlichen Rentenversicherung, sondern in vielen Bereichen auf. Aus der Sicht des Staats tragen Kinder in der Zukunft nicht nur zum Beitragsaufkommen in der Rentenversicherung bei, sondern ganz generell zur Finanzierung der staatlichen Aufgaben. Daraus lässt sich ableiten, dass die Beteiligung des Staats an den Kosten der Kindererziehung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und von daher sachgerecht im Rahmen des allgemeinen Steuer- und Transfersystems anzusiedeln ist.

Dies bedeutet nicht, dass nicht auch in der Rentenversicherung Teile des Familienlastenausgleichs angesiedelt werden sollten. Schließlich tragen Kinder in der Tat – unabhängig vom „Investitionskalkül“ der Eltern – zum Fortbestehen des Generationenvertrags bei. Insbesondere in Form der Anrechnung von Kindererziehungszeiten findet eine solche Berücksichtigung aber bereits statt. Die Finanzierung dieser versicherungsfremden Leistung sollte aber aus Steuermitteln erfolgen, wie dies derzeit der Fall ist.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass auch in einem rein kapitalgedeckten Rentensystem ein Anreiz besteht, auf die Erziehung eigener Kinder zu verzichten. In diesem Fall hätten sich die potenziellen Eltern nämlich zu entscheiden, entweder in das Humankapital eigener Kinder oder in Sachkapital zu investieren. Der Renditevergleich dürfte im Zweifel auch hier zu Gunsten der Sachkapitaldeckung ausfallen. Im Übrigen wären die Eltern mit dem Risiko konfrontiert, dass ihre Kinder sich als „schlechte Anlage“ herausstellen, sei es aus „Undankbarkeit“ oder aus „Unfähigkeit“. Genau hiergegen bietet die umlagefinanzierte Rente eine Versicherung.

Insgesamt ist ein vollständiger oder weitgehender Systemwechsel zur Elternrente daher abzulehnen. Grundsätzlich erscheinen steuerfinanzierte Transfers im Rahmen des Familienlastenausgleichs die geeignetste Form zur Begleichung der für die Gesamtgesellschaft erbrachten Leistungen der Eltern durch die Kindererziehung. Im Kapitel 3.2.2 wird auf die Rolle des Familienlastenausgleichs in der Gesetzlichen Rentenversicherung eingegangen.

3.4.3 Differenzierung der Rentenanpassung nach der Rentenhöhe

Die Kommission spricht sich gegen eine Differenzierung der jährlichen Rentenanpassung nach der jeweiligen Rentenhöhe aus. Damit würde die Gesetzliche Rentenversicherung mit offenen Umverteilungsaufgaben befrachtet, was mit ihren Grundprinzipien nicht vereinbar ist. Durch selektive verminderte Rentenanpassungen für Bezieher höherer Renten könnte zwar das Ausgabenvolumen und somit auch der Beitragssatz gesenkt werden. Doch wären damit erhebliche negative Anreizeffekte verbunden, die diesen Vorschlag im Vergleich zu einer generell verlangsamten Rentenanpassung für alle Rentenbezieher über einen Nachhaltigkeitsfaktor diskreditieren. Bezieher höherer Einkommen würden benachteiligt mit der Folge, dass deren Beitragssatz sich zunehmend zu einer verzerrenden Steuer verändern würde. Bezieher niedriger Einkommen erhielten dagegen eine unveränderte Leistung zu niedrigeren Beiträgen. Hier fände also eine Subventionierung statt. Beides ist unter Anreizgesichtspunkten abzulehnen, weil damit falsche Verhaltenssignale gesetzt würden. Auch würde dieser Vorschlag nicht dazu beitragen, die Rentenversicherung auf eine nachhaltigere Grundlage zu stellen.

Zweifelhaft ist aber auch, ob eine gewünschte Einkommensumverteilung „von oben nach unten“ mit einer nach der Rentenhöhe gestaffelten Anpassung überhaupt zielgerecht erreicht werden kann. So ist es nicht möglich, ohne weiteres zwischen Kleinrenten aufgrund niedriger Einkommen und Kleinrenten aufgrund nur vorübergehender Versicherungspflicht (z. B. Beamte und Selbständige) zu unterscheiden. Eine bestimmte Rentenhöhe lässt somit keinen Schluss auf die umfassende Einkommenssituation einer Person oder eines Haushalts zu. Gerade Beamte oder Selbständige verfügen aufgrund ihrer relativ kurzen Versicherungsdauer oftmals über einen Anspruch auf eine vergleichsweise niedrige Rente, beziehen letztlich aber überdurchschnittliche Alterseinkommen. Hinter „Kleinrenten“ können sich also durchaus „Großverdiener“ verbergen.

Die Beitragsfinanzierung eignet sich grundsätzlich nicht zu personellen Umverteilungszwecken, weil zum einen nur ein Teil der Bevölkerung erfasst ist, die in den Umverteilungsprozess einbezogenen Einkommen durch die Beitragsbemessungsgrenze gedeckelt sind

und der Tarif bis zu dieser Grenze einkommensproportional ausgestaltet ist. Zu bevorzugen ist hier eine sachgerechte Einkommensbesteuerung der Renten. Über den progressiven Einkommensteuertarif kann eine den jeweils herrschenden Vorstellungen zur Ausgestaltung des Leistungsfähigkeitsprinzips entsprechende Lastenverteilung unmittelbarer sichergestellt werden.

3.4.4 Differenzierung des abschlagsfreien Rentenzugangs nach der Anzahl der Beitragsjahre

Die Kommission lehnt Vorschläge ab, die Höhe der Abschläge bei Renteneintritt von der vorherigen Versicherungsdauer abhängig zu machen. Die Begründung, dass eine längere Versicherungsdauer Rückschlüsse auf eine geringere verbleibende Lebenserwartung habe und deshalb geringere Abschläge rechtfertige, hat weder eine empirische Grundlage noch kann sie aus systematischen Gründen akzeptiert werden, weil sie mit dem Versicherungsprinzip nicht vereinbar ist.

Das bestehende Rentenrecht enthält bereits Elemente, die langjährig Versicherten den Rentenzugang erleichtern. So besteht die Möglichkeit, nach 35 Versicherungsjahren bereits mit 63 Jahren und nicht erst mit 65 Jahren in Rente gehen zu können. Dabei sind allerdings Abschläge für die zwei vorgezogenen Jahre in Höhe von 7,2 % in Kauf zu nehmen. Diese mit der Rentenreform von 1972 eingeführte Regelung (damals noch ohne Abschläge) war und ist vor allem sozialpolitisch motiviert, da sie in erster Linie Arbeiter und Angestellte betrifft, die in relativ jungen Jahren ihre versicherungspflichtige Tätigkeit aufgenommen haben und eine weitgehend geschlossene Erwerbsbiografie verzeichnen können.[74]

Diese Vorschläge wollen jedoch langjährig Versicherte von der vorgeschlagenen Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters (zumindest teilweise) ausnehmen. Diese Personengruppe könnte dann früher als andere ohne Abschläge in Rente gehen. Bei identischer Summe der Entgeltpunkte zum Zeitpunkt des jeweiligen Renteneintritts könnte also ein langjährig Versicherter mit unterdurchschnittlichem Verdienst grundsätzlich über einen längeren Zeitraum eine Rente ohne Abschläge beziehen als z. B. überdurchschnittlich verdienende Versicherte mit nur relativ wenigen Versicherungsjahren. Anders formuliert: Bei gleichem Renteneintrittsalter und wiederum identischer Summe der Entgeltpunkte erhielten überdurchschnittlich verdienende Versicherte mit wenigen Beitragsjahren nach Abschlägen eine niedrigere Rente als langjährig Versicherte. Das Äquivalenzprinzip in der Gesetzlichen Rentenversicherung würde damit durchbrochen. Danach wäre nämlich der Rentenanspruch nach den geleisteten Beiträgen (genauer: nach den in den jeweiligen Beitragsjahren vorzuweisenden versicherungspflichtigen Entgelten) zu bemessen. Dabei spielt es gerade keine Rolle, wie diese Beiträge bzw. Einkünfte über das erwerbsfähige Alter des Versicherten verteilt worden sind.

Bei im Zeitablauf tendenziell steigenden Beitragssätzen sind die langjährig Versicherten bereits dadurch begünstigt, dass sie in der länger zurückliegenden Vergangenheit mit nur relativ niedrigen Beitragssätzen belastet waren. Ihre Rendite fällt also ohnehin schon höher aus als bei denjenigen, deren Beitragszeit später beginnt und stärker komprimiert ist. Könnten die langjährig Versicherten zusätzlich auch noch ohne Abschläge in Rente gehen, käme es zu einer Vorteilskumulation.

Letztlich würde mit einer solchen Regelung die Gesetzliche Rentenversicherung für Versicherte mit wenigen Beitragsjahren, aber hohen Beitragszahlungen pro Jahr unattraktiver, da er die Ausnahmeregelung für die lang-

74 Eine ähnliche, allerdings befristete Regelung für die vor 1942 Geborenen wurde mit der Rentenreform 1999 eingeführt. Danach können Versicherte mit 45 „echten“ Pflichtbeitragsjahren (also ohne Anrechnungszeiten und Zeiten der Arbeitslosigkeit) noch mit 63 Jahren ohne Abschläge in Rente gehen.

jährig Versicherten zu finanzieren hätte. Die Konsequenz wäre ein höherer Beitragssatz, den zwar alle Versicherten zu zahlen hätten, doch bekämen nur die „Langjährigen“ hierfür eine Gegenleistung.

Zudem ist dieser Vorschlag auch in Hinblick auf zunehmend unstete Erwerbsverläufe kritisch zu beurteilen. Sollte sich der Trend zur Abkehr von den klassischen Vollzeit- und Dauerarbeitsverhältnissen fortsetzen, so würden diejenigen, die unter dieser Unstetigkeit zu leiden haben, durch die Rentenversicherung bestraft. Zu dieser Gruppe zählen bereits heute vor allem Frauen. Hier wird deutlich, dass es bei dieser Diskussion nicht nur um den Vergleich des körperlich schwer arbeitenden und unterdurchschnittlich verdienenden Arbeitnehmers mit dem höherqualifizierten und entsprechend besser verdienenden Arbeitnehmer geht. Gerade Frauen wären von einer Differenzierung der Renten nach der Anzahl der Beitragsjahre betroffen, nicht nur wegen ihrer typischerweise lückenhafteren Erwerbsbiografien, sondern auch aufgrund ihrer immer noch unterdurchschnittlichen Einkommen und Rentenansprüche.

Mit einer Differenzierung des abschlagsfreien Rentenzugangs nach der Anzahl der Beitragsjahre würde letztlich der Versicherungscharakter ausgehöhlt. Allerdings stellt sich dann die Frage, wieso nur nach den Beitragsjahren differenziert werden sollte. Die konsequente Weiterentwicklung dieser Ausdifferenzierung nach Geschlecht, Bildung u.s.w. liefe letztlich auf eine vollständige Individualisierung des Langlebigkeitsrisikos hinaus. Die Rentenversicherung verlöre mehr und mehr ihren Versicherungscharakter und damit ihre Existenzberechtigung (siehe Kasten 3-14).

3.4.5 Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage

Eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage der Gesetzlichen Rentenversicherung um weitere Einkommensarten wird von der Kommission unter dem Gesichtspunkt der finanziellen Nachhaltigkeit ebenso abgelehnt wie eine diskretionäre Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Derartige Maßnahmen erzielen nur vorübergehend eine dämpfende Wirkung auf die Beitragssatzentwicklung. Langfristig können sie sogar zu höheren Beitragssätzen führen. Auf jeden Fall wird die von künftigen Generationen zu tragende Beitragslast erhöht. Dies erscheint angesichts der absehbaren demografischen Veränderungen im Interesse einer Stärkung der Nachhaltigkeit nicht angezeigt.

Die Beitragsbemessungsgrundlage in der Gesetzlichen Rentenversicherung ist durch die Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 5.100 € pro Monat in den alten und 4.250 € pro Monat in den neuen Bundesländern begrenzt. Einkünfte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze unterliegen einerseits nicht der Beitragspflicht, begründen andererseits aber auch keine Rentenansprüche. Der Hauptgrund für die Existenz der Beitragsbemessungsgrenze besteht in einer Begrenzung des staatlichen Eingriffs in die Einkommensverwendung der Individuen. Auf Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze werden keine Beiträge mehr erhoben, gleichzeitig aber auch keine Rentenansprüche erworben.

Zum 01.01.2003 wurde die Beitragsbemessungsgrenze deutlich auf 5.100 € bzw. 4.250 € angehoben (im Jahr 2002 lag sie noch bei 4.500 € in den alten und 3.750 € in den neuen Bundesländern), um eine Anhebung des Beitragssatzes über 19,5 % hinaus zu vermeiden. Für die betroffenen Versicherten ist damit eine zusätzliche Beitragslast allein in der Rentenversicherung von bis zu knapp 100 € pro Monat verbunden.[75] In der Zukunft werden diese zusätzlichen Beitragszahlungen der Höherverdienenden – unverändertes Rentenrecht unterstellt – allerdings auch höhere Rentenansprüche begründen. Das Umlagesystem ist im Ergebnis ausgeweitet worden. Diese Aus-

75 Ohne die außergewöhnliche Anpassung wäre die westdeutsche Beitragsbemessungsgrenze auf 4.600 € pro Monat angehoben worden. Die Differenz zu 5.100 €, multipliziert mit dem Beitragssatz von 19,5 %, ergibt eine zusätzliche Abgabenlast bei einem monatlichen Bruttoeinkommen von 5.100 € oder mehr von 97,50 €. Geht man davon aus, dass die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze Mehreinnahmen von rund 1 Mrd € erbringt, so kann der Beitragssatz um etwa 0,1 Prozentpunkte niedriger angesetzt werden. Ohne diese Maßnahme hätte der Beitragssatz, isoliert betrachtet, also 19,6 % betragen müssen. Berücksichtigt man dies ebenfalls, ergibt sich eine Beitragsmehrbelastung von maximal 92,90 € im Monat.

Kasten 3-14: Zur Diskussion um eine Berücksichtigung gruppenspezifischer Lebenserwartungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung

Empirische Untersuchungen deuten darauf hin, dass zwischen der Mortalität und der Morbidität auf der einen Seite und der Einkommenshöhe auf der anderen Seite eine grundsätzlich negative Korrelation besteht. Weniger eindeutig ist dagegen die Frage nach den dahinter stehenden Wirkungszusammenhängen. So wird häufig das vom Bildungsstand abhängige Wissen über die gesundheitlichen Folgen bestimmten menschlichen Handelns als Begründung für die Einkommensabhängigkeit des Sterbe- oder Invaliditätsrisikos angeführt. Hintergrund ist hier die enge Korrelation von Einkommenshöhe und Bildungsniveau. Daneben wird beispielsweise auf das schichtspezifische Vorhandensein einer privaten Zusatzkrankenversicherung, die unterschiedliche Ausstattung mit Gebrauchsgütern (sichere oder unsichere Pkw), die speziellen physischen und psychischen Arbeitsbelastungen, typische Verhaltensweisen (Sport, Weiterbildung) abgestellt. Umgekehrt wird aber auch angeführt, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen erst die Bildungs- und damit die Einkommenschancen verschlechtern. Insgesamt kommt die wissenschaftliche Literatur zu dem Schluss, dass eine höhere Mortalität vor allem auf Einkommensarmut und einen ungesunden Lebenswandel zurückzuführen ist und weniger auf belastende Arbeitsbedingungen. Es existiert jedoch kein statistisch gesicherter Nachweis, dass eine längere Erwerbstätigkeit mit einer kürzeren Lebenserwartung verbunden ist.

Die Gesetzliche Rentenversicherung differenziert nicht nach individuellen oder gruppenspezifischen Lebenserwartungen. Somit findet eine versicherungsimmanente Subventionierung von Personen mit überdurchschnittlicher Lebenserwartung durch Personen mit unterdurchschnittlicher Lebenserwartung statt. Dies ist nichts Ungewöhnliches, sondern vielmehr typisch für eine Versicherung, die vor einem „Schleier des Unwissens“ agieren muss. Problematisch wird es aber dann, wenn Informationen über die Lebenserwartung schon ex ante bekannt sind und sich nicht erst ex post manifestieren – insbesondere im Fall von Männern und Frauen. In diesem Fall würde eine private Rentenversicherung eine Einteilung in verschiedene Risikoklassen vornehmen. Aus diesem Grunde finden sich in der privaten Versicherungswirtschaft auch keine „Uni-Sex-Tarife“.

Neben dem Aspekt der Mortalität ist schließlich auch die Morbidität in die Betrachtung einzubeziehen. Es ist also zwischen dem Langlebigkeits- und dem Invaliditätsrisiko zu unterscheiden. Gedanklich kann auch die Gesetzliche Rentenversicherung in diese zwei Versicherungen aufgespalten werden. Wenn im voraus bekannt ist, dass in bestimmten Branchen aufgrund der dort üblichen Tätigkeiten das Risiko der Invalidität besonders groß ist, müssten die dort Beschäftigten konsequenterweise auch deutlich höhere Beiträge für die Invalidenrente entrichten. Auch dies wäre mit den Prinzipien der Gesetzlichen Rentenversicherung nicht vereinbar. Wenn darüber hinaus die Hinterbliebenenrenten in die Betrachtung einbezogen werden, relativiert sich der finanzielle Nachteil des kurzlebigen, langjährig versicherten Geringverdieners noch weiter.

Die Sozialversicherung unterscheidet sich von einer privaten Versicherung gerade dadurch, dass hier keine Risikoselektion vorgenommen wird. Diesen Mechanismus hier einzuführen, dürfte letztlich die Existenzberechtigung einer staatlichen Gesetzlichen Rentenversicherung in Frage stellen.

weitung tragen sowohl heute als auch künftig die Bezieher hoher Einkommen, die von dieser Maßnahme betroffen sind. Die übrigen Versicherten werden davon zunächst unberührt bleiben. Sie werden lediglich vorübergehend durch einen etwas niedrigeren Beitragssatz begünstigt. Geht man weiterhin davon aus, dass die Lebenserwartung positiv mit dem Einkommen korreliert ist, so werden die besonders hohen Renten auch besonders lange bezogen werden. Aus diesem Grunde dürfte langfristig der Beitragssatz sogar höher ausfallen als ohne diese Maßnahme.

Vorschläge zur Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage reichen von einer weiteren Verschiebung bzw. völligen Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze bis zur Unterwerfung anderer Einkunftsarten unter die Beitragspflicht. Hierzu ist anzumerken, dass jede Ausweitung nur vorübergehend einen beitragssatzsenkenden Effekt haben kann. Langfristig besteht aus den oben angeführten Zusammenhängen eher die Gefahr eines höheren Beitragssatzes.

In jedem Fall wird der umlagefinanzierte Teil der Alterssicherung ausgeweitet. Dies wäre nur dann nicht der Fall, wenn den zusätzlichen Beitragszahlungen keine entsprechenden Rentenanwartschaften gegenüberstünden. In diesem Fall würde aber die Beitragsäquivalenz für

den betroffenen Personenkreis eingeschränkt mit entsprechenden negativen Arbeitsanreizen. Dem Rentensystem würden zusätzliche Umverteilungsaufgaben aufgebürdet.

Durch eine weitere Ausweitung oder gar Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ergäben sich unerwünschte Verteilungswirkungen für den Fall der Unterwerfung weiterer Einkommensarten wie Zinsen und Mieten unter die Beitragspflicht. Bezieher von unteren und mittleren Löhnen und Gehältern würden mit zusätzlichen Beiträgen insbesondere auf ihre Miet- und Zinseinkünfte belastet. Bezieher höherer Einkommen aus abhängiger Beschäftigung, die typischerweise auch höhere Vermögenseinkommen aufweisen, blieben dagegen von einer zusätzlichen Beitragslast ausgenommen.

3.4.6 Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises

Die Kommission spricht sich gegen eine Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises um Beamte und Selbständige aus. Mit einer solchen Maßnahme könnte bestenfalls vorübergehend der Beitragssatz gesenkt werden. Auf Dauer droht sogar ein höherer Beitragssatz. In jedem Fall würde die im Umlageverfahren begründete implizite Staatsschuld ausgeweitet, wenn Personen in die Versicherungspflicht gezwungen würden, die ihre Altersvorsorge bislang auf kapitalgedeckter Basis organisieren, wie dies für einen guten Teil der Selbständigen gilt. Dies wäre kein Beitrag zur Steigerung der finanziellen Nachhaltigkeit in der Rentenversicherung.

Diese Argumente wiegen nach Auffassung der Kommission schwerer als die Forderung nach einer Gleichbehandlung aller Personenkreise. Diese Gleichbehandlung könnte mit zwei Argumenten eingefordert werden. Zum einen geht es darum, die bislang nicht Rentenversicherten am beitragsfinanzierten sozialen Ausgleich innerhalb dieses Systems zu beteiligen. Dagegen spricht jedoch, dass es im Sinne des Prinzips der Teilhabeäquivalenz eine beitragsfinanzierte Einkommensumverteilung in der Rentenversicherung nicht geben sollte und nach herrschender Auffassung auch nicht mehr gibt, weil mittlerweile die so genannten versicherungsfremden Leistungen steuerfinanziert werden. Der die Gesetzliche Rentenversicherung als Sozialversicherung konstituierende Kernbereich des sozialen Ausgleichs, der in der Wegtypisierung individueller Risiken besteht, bleibt davon jedoch unberührt und wird auch nicht durch Steuermittel ausgeglichen.

Zum anderen ist mit der umlagefinanzierten Rentenversicherung aber in dem Maße eine implizite Besteuerung verbunden, wie die von ihr gebotene Rendite geringer ist als die in einem vergleichbaren kapitalgedeckten System erzielbare.[76] Denn dann könnten die Versicherten bei individueller Vorsorge einen identischen Rentenanspruch mit niedrigeren Beiträgen oder bei gleichen Beiträgen eine höhere Rente erzielen. Im Sinne einer horizontalen Gerechtigkeit mag es insofern angebracht erscheinen, alle Steuerpflichtigen in gleicher Weise dieser impliziten Steuer zu unterwerfen.

Diesem Argument wird von der Kommission in Abwägung der Wirkungen auf die finanzielle Nachhaltigkeit aber ein geringeres Gewicht beigemessen, auch weil der Renditevergleich zwischen Gesetzlicher und privater Rentenversicherung nicht unproblematisch ist. Bei einem Vergleich der Renditen in zwei so unterschiedlichen Systemen müssten auch die unterschiedlichen Risiken in die Beurteilung einfließen. Des Weiteren wäre der Leistungskatalog der verschiedenen Versicherungen zu vergleichen. So umfasst die Gesetzliche Rentenversicherung neben der reinen Altersrente auch die Erwerbsminderungs- sowie die Hinterbliebenenrenten. Schließlich ergeben sich je nach individuellem Invaliditäts- oder

76 Vgl. hierzu das Modell von Kifmann, Matthias [2001], Langfristige Folgen einer Einbeziehung der Selbständigen in die gesetzliche Rentenversicherung, DIW Diskussionspapiere, Berlin, April 2001. Der implizite Steuersatz wird bei Kifmann wie folgt definiert:

$$\text{implizierter Steuersatz} = \frac{\text{Barwert der Beitragszahlungen} - \text{Barwert der Rentenzahlungen}}{\text{Barwert des beitragspflichtigen Einkommens}}$$

Langlebigkeitsrisiko Unterschiede zwischen einer privaten Rentenversicherung, die im Wettbewerb nach Risikoklassen differenzierte Angebote machen muss, und der Gesetzlichen Rentenversicherung, die sich als Sozialversicherung gerade durch den Verzicht auf jede Risikoselektion definiert.

3.4.6.1 Beamte

Die Beamtenversorgung umfasst im Unterschied zur Rentenversicherung nicht nur die erste Säule der Alterssicherung, sondern auch die zweite Säule, die in der Privatwirtschaft als betriebliche Altersvorsorge organisiert ist. Diese Bifunktionalität der Beamtenversorgung muss bei einem Vergleich mit den Leistungen der Rentenversicherung stets beachtet werden. Im Grunde kann die Beamtenpension sinnvoll nur mit der Rente zzgl. Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst bzw. zzgl. Betriebsrente in der Privatwirtschaft verglichen werden. Aus der Sicht der Gebietskörperschaften wären also nicht nur die neuen Rentenversicherungsbeiträge und die wegfallenden Pensionen ins Kalkül zu ziehen, sondern auch die Aufwendungen für die Zusatzversorgung.

Bei jeder Reform des Beamtenrechts ist die Verankerung des Berufsbeamtentums in Art. 33 Abs. 5 GG zu beachten. Nach herrschender Auffassung ist bei der gegebenen Verfassungslage eine Überleitung der Beamtenversorgung in das allgemeine Sozialversicherungssystem unzulässig. Die Rentenversicherungspflicht der Beamten setzt also eine Grundgesetzänderung voraus.

Auch wenn es dem Gerechtigkeitsempfinden entsprechen würde, auch Beamte in die Gesetzliche Rentenversicherung einzubeziehen, wäre dies auf lange Sicht mit großer Wahrscheinlichkeit ein Verlustgeschäft für die Rentenversicherung, weil Beamte im Durchschnitt eine um 2,3 Jahre längere Lebenserwartung aufweisen als die Gesamtbevölkerung.[77] Ob dies durch eine niedrigere Erwerbsminderungsrate der Beamten kompensiert werden könnte, erscheint angesichts der weit verbreiteten Dienstunfähigkeit im öffentlichen Dienst eher unwahrscheinlich. Das Durchschnittsalter bei Ruhestandseintritt der Beamten (Bund: 59,7, Länder: 59,1 und Gemeinden: 58,2 Jahre)[78] lag 1999 sogar unter dem der Rentenversicherten (Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten, Versichertenrenten: 60,1 Jahre).[79] Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Voraussetzungen für die Dienstunfähigkeit von Beamten eher erfüllt sind als die für die Erlangung einer Erwerbsminderungsrente. Mit einer Einbeziehung der Beamten in das Rentenrecht dürften hier Verhaltensänderungen zu erwarten sein, die einen Anstieg des durchschnittlichen Ruhestandsalters zur Folge haben.

Wenn die Beamten dennoch in die Gesetzliche Rentenversicherung einbezogen werden sollen, ist zunächst zu klären, wie der Übergang im Einzelnen gestaltet werden soll. So könnten zu einem bestimmten Stichtag sowohl die aktiven Beamten als auch die Versorgungsempfängerinnen und -empfänger überführt werden (Variante 1). Eine andere Möglichkeit bestünde darin, nur zukünftige Beamte in die Rentenversicherung einzugliedern (Variante 2). Zahlreiche Zwischenlösungen sind ebenso denkbar. So könnten auch alle Bestands-Pensionäre unbehelligt bleiben, während alle Aktiven rentenversichert werden (Variante 3). Grundsätzlich ergeben sich je nach Übergangsszenario ganz unterschiedliche Belastungsverteilungen zwischen den Haushalten der Rentenversicherungsträger auf der einen

77 Für den zweiten Versorgungsbericht der Bundesregierung wurde eine spezielle Sterbetafel für Beamte in Westdeutschland errechnet. Daraus ergibt sich im Vergleich zur gesamten Wohnbevölkerung im früheren Bundesgebiet eine höhere Lebenserwartung für Beamte. „Diese lag z. B. für einen 60-jährigen Beamten 2,2 Jahre und für eine 60-jährige Beamtin 2,4 Jahre höher als bei gleichaltrigen Männern und Frauen der Bevölkerung im früheren Bundesgebiet." (Zweiter Versorgungsbericht der Bundesregierung, Bundestagsdrucksache 14/7220, 19.10.2001, S. 28).
78 Vgl. Zweiter Versorgungsbericht der Bundesregierung, Bundestagsdrucksache 14/7220, 19.10.2001, S. 23.
79 Vgl. VDR [2002], Rentenversicherung in Zeitreihen.

und denen der Gebietskörperschaften auf der anderen Seite.

1. In der ersten Variante hätte die Rentenversicherung unmittelbar die – um den Anteil der „betrieblichen Altersversorgung“ gekürzten – Pensionsansprüche der bisherigen Versorgungsempfängerinnen und -empfänger zu befriedigen, würde andererseits aber die Beiträge der aktiven Beamten erhalten. Der Beitragssatz dürfte aufgrund der höheren Lebenserwartung unmittelbar steigen. Die Gebietskörperschaften würden durch geringere Pensionszahlungen sofort entlastet. Sie hätten nur noch den über den nun von der Rentenversicherung übernommenen Pensionsanteil hinausgehenden Betrag zu zahlen. Allerdings wären nun Rentenversicherungsbeiträge auf ein zuvor auf das vergleichbare Angestellten-Niveau angehobene Bruttoentgelt der Beamten zu entrichten. Per Saldo würde sich aber auf jeden Fall eine Entlastung der Gebietskörperschaften ergeben, weil der Beitragssatz zur Rentenversicherung auf der Basis der durchschnittlichen Lebenserwartung aller Versicherten kalkuliert werden muss und deshalb geringer ausfällt als für die Untergruppe der Beamten allein.

2. Wenn nur die neuen Beamten rentenversicherungspflichtig werden, während sich für den Beamtenbestand nichts ändert, ergibt sich ein wesentlich „sanfterer Übergang“ (Variante 2). Die Rentenkassen haben nur ganz allmählich von den zusätzlichen Beitragszahlerinnen und -zahlern einen finanziellen Vorteil und noch später fallen die darauf beruhenden Rentenzahlungen an. Der Beitragssatz wird im ersten Moment zwar nur wenig, im Zeitablauf aber immer stärker gedämpft. Der maximale beitragssatzsenkende Effekt stünde an, wenn alle Beamten rentenversichert, aber noch nicht in Pension gegangen sein werden. Anschließend steigt der Beitragssatz wieder an und erreicht sein ursprünglich anvisiertes Niveau, wenn alle Pensionäre eine gesetzliche Rente erhalten. Bei einer längeren Lebenserwartung der Beamten wird der Beitragssatz sogar höher ausfallen. Dieser Anpassungsprozess dürfte etwa 65 Jahre in Anspruch nehmen. Auf der anderen Seite steigen die Kosten der Gebietskörperschaften in Form von Beiträgen und höheren Bruttoentgelten ebenfalls nur langsam an. Erst sehr viel später werden Bund, Länder und Gemeinden durch die entfallenden Pensionen entlastet.

3. In der Variante 3 würden die Gebietskörperschaften auf den Ansprüchen der zum Umstellungsstichtag vorhandenen Pensionäre „sitzen bleiben“. Alle aktiven Beamten würden aber unmittelbar beitragspflichtig und würden schon ab dem folgenden Jahr, Monat oder Tag ihre bisher erworbenen Ansprüche (ggf. gekürzt um den Anteil, der auf die „betriebliche Altersversorgung“ entfällt) aus der Rentenkasse ausgezahlt bekommen. Die Rentenversicherung hätte sofort einen finanziellen Vorteil aufgrund der Beiträge, wodurch der Beitragssatz deutlich gesenkt werden könnte. Schneller als in Variante 2 würden aber die Auszahlungen an die nunmehr rentenversicherten Beamten beginnen. Der Beitragssatz würde also relativ rasch wieder steigen und sein altes bzw. ein höheres Niveau erreichen, sobald alle versorgungsberechtigten Beamten ausschließlich aus der Rentenversicherung bedient werden, also nach etwa 20-25 Jahren. Die Gebietskörperschaften würden ebenfalls schneller als in Variante 2 von den Pensions-„Altlasten“ befreit, hätten ansonsten aber wieder die Beiträge zu entrichten und höhere Bruttoentgelte zu zahlen.[80]

80 In einer Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung kommt Eitenmüller zu dem Ergebnis, dass eine Einbeziehung von Beamten und Selbständigen in die gesetzliche Rentenversicherung keinen nachhaltig positiven Effekt auf den Beitragssatz hätte. Nach einer Generation, d.h. etwa um das Jahr 2045, wäre mit einem höheren Beitragssatz zu rechnen. Hinsichtlich der Beamten wird dort unterstellt, dass ab einem Umstellungszeitpunkt für die Beamten Beiträge zu entrichten sind. Eine vorherige Aufstockung der Beamtenbezüge ist nicht vorgesehen; die Beamten erleiden also einen erheblichen Nettoeinkommensverlust. Die „Bestands-Beamten“ erhalten aus Vertrauensschutzgründen eine Gesamtversorgungszusage, womit eine Aufstockung ihrer künftigen Rentenansprüche auf das Pensionsniveau nach geltendem Recht verbunden ist. Die Ergebnisse sind vorhersehbar. Die Rentenversicherung kommt vorübergehend, d.h. bis etwa zum Jahr 2045, mit einem niedrigeren Beitragssatz aus. Danach steigt er allerdings über das Niveau ohne Ausweitung des Versicherungskreises hinaus. Die Gebietskörperschaften stellen sich zunächst schlechter, weil dem für sie neuen Arbeitgeberanteil zum Rentenversicherungsbeitrag nur sehr zögerlich Einsparungen bei den Pensionszahlungen gegenübertreten. Langfristig kommt es in den Haushalten von Bund, Ländern und Gemeinden aber zu Einsparungen. Entscheidend hierfür ist, dass die Gebietskörperschaften nur den halben Beitrag zahlen und eine vorherige Aufstockung der Beamtenbezüge

Insgesamt bleibt festzuhalten: Selbst eine vorübergehende Entlastung der Rentenversicherung ist bei Einbeziehung der Beamten nur dann möglich, wenn dies auf Kosten der Gebietskörperschaften oder der Beamten selbst geschieht. Angesichts der ungünstigen Finanzlage in den öffentlichen Haushalten ist wohl kaum mit einem Entgegenkommen von Bund, Ländern oder Gemeinden zu rechnen. Im Übrigen wird die Anzahl der Beamten in Zukunft deutlich zurückgehen. Das Beitragssatzsenkungspotenzial wird dadurch insgesamt verringert.

Sollten die Bezüge der Beamten generell als unangemessen hoch angesehen werden, so könnte eine Korrektur auch ohne die Rentenversicherungspflicht unmittelbar im Entgeltsystem der Beamten erfolgen. Überzeugender erscheinen in diesem Zusammenhang umfassende Vorschläge für eine grundsätzliche Reform des öffentlichen Dienstrechts, wie sie von der nordrhein-westfälischen Regierungskommission „Zukunft des öffentlichen Dienstes – Öffentlicher Dienst der Zukunft“ gemacht werden.[81]

Die Kommission hält es aus Gründen der Gerechtigkeit und der politischen Akzeptanz für dringend notwendig, dass alle Leistungsrücknahmen im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung wirkungsgleich auf die Beamtenversorgung übertragen werden.

3.4.6.2 Selbständige

Die Frage, ob Selbständige umfassend in die Rentenversicherungspflicht einbezogen werden sollten, kann unter verschiedenen Blickwinkeln diskutiert werden. In der öffentlichen Diskussion steht zumeist der Gerechtigkeitsaspekt im Vordergrund. Danach sollten auch die Selbständigen ihren Finanzierungsbeitrag für die Alterssicherung leisten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass in einem beitragsäquivalenten Rentensystem die Aufnahme neuer Versicherter immer nur vorübergehend mit einer finanziellen Entlastung verbunden sein kann. Auf Dauer stehen den zusätzlichen Beiträgen auch zusätzliche Leistungsausgaben gegenüber. Ein weiteres Argument für die Einbeziehung von Selbständigen in die Versicherungspflicht könnte sein, dass nicht rentenversicherungspflichtige Personen nur unzureichend für ihr Alter vorsorgen und deshalb Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen werden.[82] Selbst wenn man die Richtigkeit dieser Annahme unterstellt, wäre noch keineswegs entschieden, dass eine verpflichtende Absicherung innerhalb der Gesetzlichen Rentenversicherung erfolgen muss. Da hier keine Übergangskosten für einen wie auch immer gearteten Systemwechsel anfallen, bietet sich eher ein Obligatorium auf kapitalgedeckter Basis an.

Das Beitragssatzsenkungspotenzial einer Ausweitung der Rentenversicherungspflicht auf alle Selbständigen sollte nicht überschätzt werden. Als potenzielle Rentenversicherungspflichtige kommen nur solche Selbständigen in Betracht, die noch nicht über ein anderes obligatorisches System für ihr Alter abgesichert sind. Von den insgesamt gut 4 Mio. Selbständigen blieben danach noch etwa 1,9 Mio. als potenzielles Klientel für die Gesetzliche Rentenversicherung.[83] Würde man sie ab 2004

unterbleibt. Eindeutiger Verlierer in dieser Simulationsrechnung sind somit die Beamten. Vgl. Eitenmüller, Stefan [2001], Reformoptionen für die gesetzliche Rentenversicherung, Auswirkungen der Rentenreform 2001 und die Verteilung der Umstiegskosten, Studie der Prognos AG für die Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, S. 90 ff.

81 Zielrichtung dieses Gutachtens ist gerade nicht, der Rentenversicherung zusätzliche Beitragseinnahmen zu verschaffen, sondern eine an den Aufgaben des Staats orientierte Optimierung der Leistungserstellung im öffentlichen Dienst. In dem Bericht dieser Regierungskommission wird allerdings auch auf die rechtlichen Gegebenheiten hingewiesen, die eine Überführung von bestehenden Beamtenverhältnissen in neue arbeitsrechtliche Formen ausschließen. Vgl. Bericht der von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen eingesetzten Kommission „Zukunft des öffentlichen Dienstes – Öffentlicher Dienst der Zukunft“, Düsseldorf, im Januar 2003, S. 160 f.

82 In einer umfassenden Studie kommen Fachinger/Oelschläger/Schmähl zwar zu dem Ergebnis, dass einzelne Selbständige ein leicht überdurchschnittliches Altersarmutsrisiko aufweisen. Bei der Einkommensanalyse bleibt aber der einkommensgleiche Mietwert des selbstgenutzten Wohneigentums außer Betracht. Berücksichtigt man ferner, dass die Eigenheimquote der Selbständigen deutlich über dem Durchschnitt liegt, so relativieren sich die Ergebnisse des Vergleichs der Einkommensverteilung erheblich. Vgl. Fachinger, Uwe, Angelika Oelschläger und Winfried Schmähl [2003], Alterssicherung von Selbständigen: Ausdehnung und Veränderung der Versicherungspflicht?, Projektbericht im Auftrag der Hans Böckler-Stiftung, S. 244 f und 257.

83 Vgl. Fachinger, Uwe, Angelika Oelschläger und Winfried Schmähl [2003], Alterssicherung von Selbständigen: Ausdehnung und Veränderung der Versicherungspflicht?, Projektbericht im Auftrag der Hans Böckler-Stiftung, S. 201.

zur Beitragszahlung verpflichten und unterstellt man einen Regelbeitrag von 460 € pro Monat, so könnte der Beitragssatz unmittelbar um etwa einen Prozentpunkt gesenkt werden. Nach der daraufhin im Folgejahr stärkeren Rentenanpassung und dem deshalb wieder etwas höheren Beitragssatz erfolgt allerdings ein allmählicher Wiederanstieg des Beitragssatzes, der durch die allmählich auszahlungsreif werdenden Rentenansprüche der Selbständigen verursacht wird. Künftige Generationen haben aber auf jeden Fall eine insgesamt höhere Abgabenlast zu schultern, die implizite Verschuldung des Rentensystems würde ausgeweitet. Dies ist mit einer Verbesserung der finanziellen Nachhaltigkeit nicht vereinbar.

Ein Gerechtigkeitsargument für die Einbeziehung der Selbständigen ist die implizite Besteuerung in der Gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund der vermuteten geringeren Rendite im Vergleich zu privaten kapitalgedeckten Rentenversicherungen. Die Gültigkeit dieses Arguments wurde bereits im Falle der Beamten kritisch beurteilt.

Insgesamt trägt eine Ausweitung des Versichertenkreises auf Beamte und Selbständige nicht zur Lösung des Finanzierungsproblems der Gesetzlichen Rentenversicherung bei. Ganz im Gegenteil dürfte sich der Problemdruck nicht nur aufgrund der durchschnittlich höheren Lebenserwartung der Beamten, sondern auch durch die Ausweitung der impliziten Schuldenlast noch vergrößern. Hinsichtlich der Beamten hält die Kommission es für eher angebracht, weitere Reformen in der Rentenversicherung wirkungsgleich auf die Beamten zu übertragen. Für die Einbeziehung der Selbständigen in die Rentenversicherungspflicht spricht – im Lichte der interpersonellen Verteilungsgerechtigkeit – die auf eine Renditedifferenz zur privaten Altersvorsorge zurückzuführende implizite Steuer. In Abwägung dieser Argumente hat sich die Kommission aber zu Gunsten der finanziellen Nachhaltigkeit gegen die Rentenversicherungspflicht ausgesprochen. Selbst wenn ein dringendes soziales Schutzbedürfnis für diesen Personenkreis ausgemacht werden sollte, könnte dies auch auf anderem Wege, etwa mit der Verpflichtung zur privaten Altersvorsorge, erreicht werden.

3.5 Weiterer Handlungsbedarf zur Förderung der Nachhaltigkeit in der Alterssicherung

Die Kommission sieht weiteren Handlungsbedarf insbesondere bei der in der jüngsten Vergangenheit zur kurzfristigen Beitragssatzstabilisierung deutlich reduzierten Schwankungsreserve sowie bei den Rahmenbedingungen der betrieblichen und privaten Zusatzversorgung.
Die Schwankungsreserve sollte auf jeden Fall ihre bisherige Funktion der Liquiditätssicherung erfüllen können. Darüber hinaus kann eine ausreichend bemessene Rücklage zur Stabilisierung des Beitragssatzes im Konjunkturverlauf beitragen. Aus diesem Grund sollte das Schwankungsreservesoll um eine zusätzliche Bandbreite nach oben erweitert werden, sobald dies ohne Beitragssatzerhöhungen möglich ist.
Die Ausweitung der betrieblichen und privaten Altersvorsorge ist dringend geboten und wird bereits in erheblichem Umfang gefördert. Gleichwohl sieht die Kommission hier noch Verbesserungsmöglichkeiten, die insbesondere Vereinfachungen im Verwaltungsbereich und eine höhere Transparenz für die Verbraucher umfassen. Die Kommission hält es für vordringlich, dass die Versicherten umfassend und nachvollziehbar über ihre voraussichtlichen Alterseinkünfte aus den verschiedenen Alterssicherungssystemen insgesamt informiert werden.

3.5.1 Aufstockung der Schwankungsreserve

Die Kommission spricht sich dafür aus, die Schwankungsreserve der Gesetzlichen Rentenversicherung wieder anzuheben, sofern dies bei einer Belebung der konjunkturellen Entwicklung ohne Beitragssatzerhöhung möglich

ist. Bei dem derzeitigen abgesenkten Zielwert der Schwankungsreserve (0,5-0,7 Monatsausgaben) ist die unterjährige Liquidität der Rentenversicherung noch gesichert; die finanziellen Risiken der Gesetzlichen Rentenversicherung sind aber deutlich gestiegen. Eine kurzfristige Erhöhung dieses Zielwerts würde eine Anhebung des Beitragssatzes nach sich ziehen; dies ist in der aktuellen konjunkturellen Situation nicht ratsam. Sinnvoll wäre allerdings, bei einer konjunkturellen Belebung den Zielwert der Schwankungsreserve – ohne Anhebung des Beitragssatzes – wieder in einen höheren, nachhaltig ausreichenden Korridor anzuheben.

Die Schwankungsreserve dient heute in erster Linie dazu, unterjährige Liquiditätsschwankungen auszugleichen, die ihre Ursache darin haben, dass relativ stabilen monatlichen Ausgaben unstete Beitragseinnahmen gegenüberstehen. Insbesondere zum Jahresende kommt es zu deutlichen Mehreinnahmen aufgrund von saisonüblichen Sonderzahlungen an die Arbeitnehmer. Typischerweise ergeben sich in den Finanzen der Rentenversicherung daher im Jahresverlauf zunächst Unterdeckungen, die durch die Liquiditätsreserve aufgefangen werden, und zum Jahresende deutliche Überschüsse, mit denen die Rücklagen wieder aufgefüllt werden.

Darüber hinaus sollte die Schwankungsreserve aber auch zur Stabilisierung des Beitragssatzes im Konjunkturverlauf beitragen. Hierzu muss oberhalb des für den Liquiditätsausgleich notwendigen Teils eine zusätzliche Bandbreite für das Rücklagensoll vorgegeben werden. Beitragsausfälle im Abschwung sollten durch ein Abschmelzen der Finanzreserven ausgeglichen werden können. Der Beitragssatz müsste dann nicht aus konjunkturellen Gründen angehoben werden und damit auch keine destabilisierende Wirkung entfalten. Ebenso sollte es zulässig sein, im Aufschwung Rücklagen aufzubauen, wozu ein Verzicht auf eine ansonsten mögliche Beitragssatzsenkung erforderlich ist.

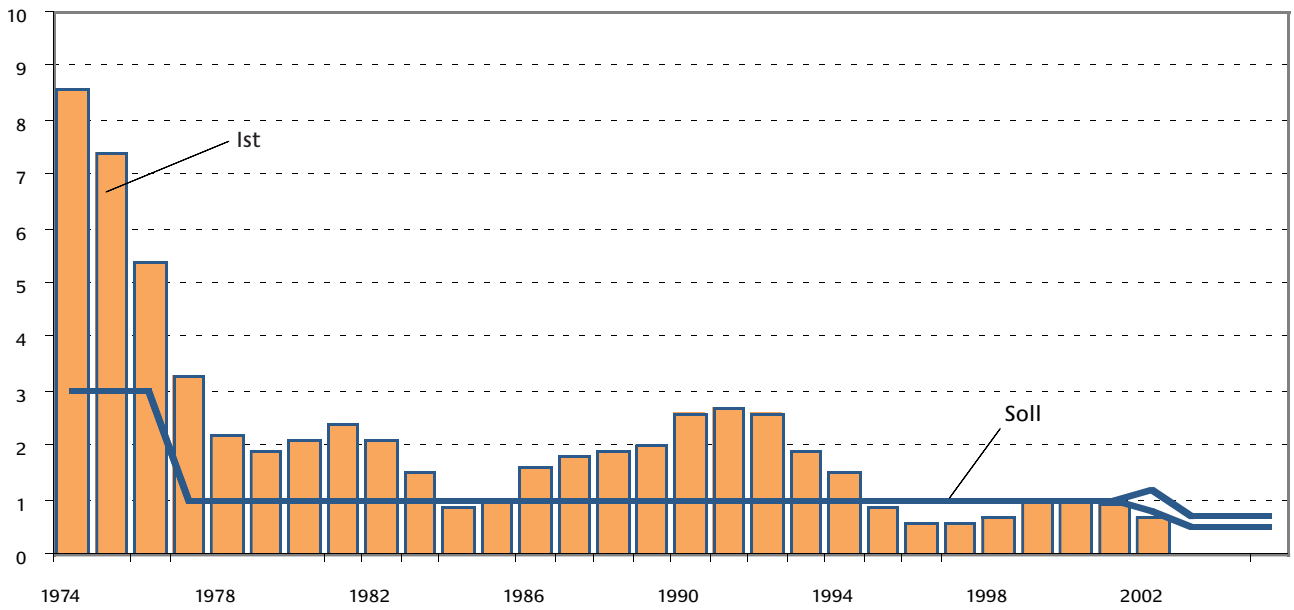
Die Entwicklung der Schwankungsreserve ist gekennzeichnet durch einen deutlichen Rückgang während der 70er Jahre, die mit der Reduzierung des Rücklagensolls von drei auf eine Monatsausgabe zu eigenen Lasten einher ging. Seit 1995 wurde das Soll von einer Monatsausgabe zumeist unterschritten. Lediglich in den Jahren 1999 und 2000 wurde das Ziel punktgenau erreicht. Für das Jahr 2002 wurde der Zielwert der Schwankungsreserve von einer Monatsausgabe auf einen Korridor von 0,8-1,2 Monatsausgaben verändert. Dieser Korridor wurde für das Jahr 2003 nach unten verschoben auf nunmehr 0,5-0,7 Monatsausgaben (siehe Abbildung 3-5, Seite 128).[84]

Betrachtet man die Finanzierungssalden der Gesetzlichen Rentenversicherung im Zeitablauf, ebenfalls in Monatsausgaben zu eigenen Lasten ausgedrückt, so zeigt sich, dass in den Defizitperioden Anfang der 80er und Anfang der 90er Jahre eine zusätzliche Schwankungsreserve von zwei Monatsausgaben erforderlich gewesen wäre, um die kumulierten Defizite der Gesetzlichen Rentenversicherung aufzufangen (Abbildung 3-6).

Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Defizite und Überschüsse vor allem zwei Ursachen haben. Zum einen beruhen sie auf unerwarteten Entwicklungen, die bei der jährlichen Festlegung des Beitragssatzes nicht berücksichtigt werden, z.B. einer gegenüber den Erwartungen ungünstigeren Arbeitsmarktentwicklung. Zum anderen sind Defizite und Überschüsse Ausfluss einer bewussten Zielsetzung. Wurde in der Vergangenheit eine Schwankungsreserve in Höhe von exakt einer Monatsausgabe angestrebt und wurde im jeweiligen Vorjahr

84 Vgl. Sozialbeirat [2002], Gutachten zum Rentenversicherungsbericht 2002, Bundestags-Drucksache 15/110, S. 132 f.

Abbildung 3-5: Entwicklung der Schwankungsreserve (in Monatsausgaben zu eigenen Lasten)



Quelle: VDR

dieses Ziel genau erreicht, so musste bei steigenden Rentenausgaben dennoch ein Überschuss erzielt werden. Wurde im Vorjahr das Ziel unter- bzw. überschritten, war im laufenden Jahr ein höherer bzw. kleinerer Überschuss anzustreben, gegebenenfalls auch ein Defizit.

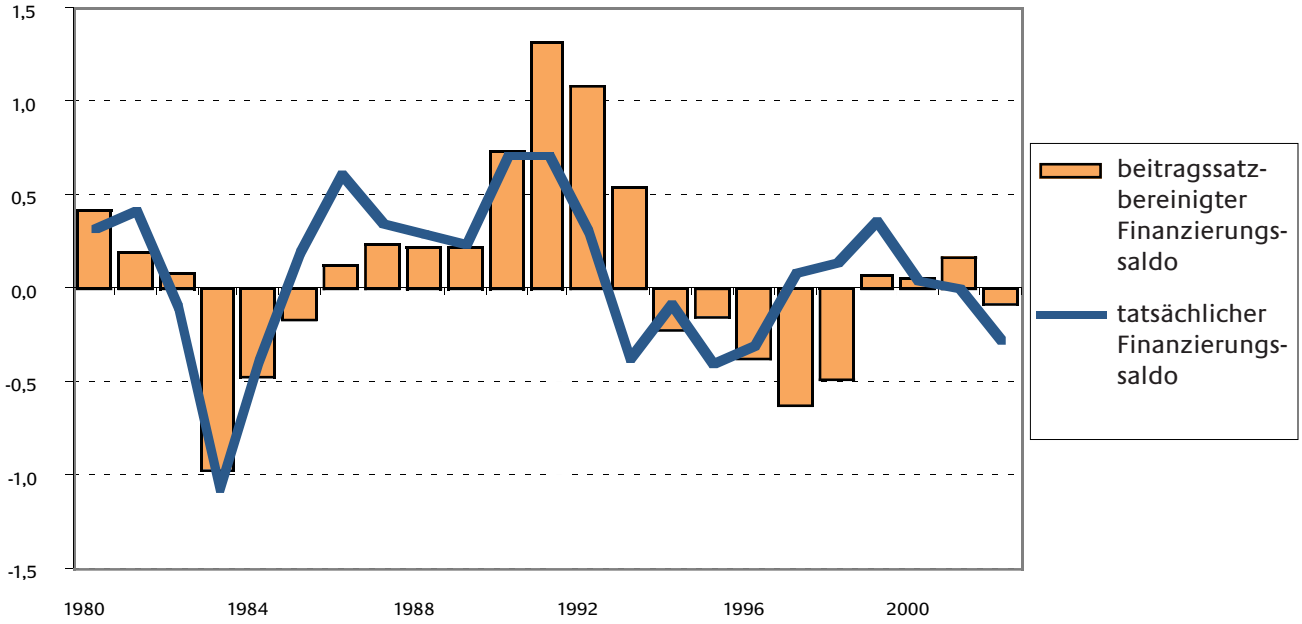
In der Abbildung 3-6 wurde deshalb zusätzlich ein beitragssatzbereinigter Finanzierungssaldo dargestellt. Dieser wurde so berechnet, dass die Beitragseinnahmen nicht auf der Basis der tatsächlich festgesetzten Beitragssätze berechnet wurden, sondern unter Zugrundelegung eines Trend-Beitragssatzes, der von 18,1 % im Jahr 1980 auf 19,5 % im Jahr 2002 linear ansteigt. Damit lässt sich abschätzen, welche zusätzliche Schwankungsreserve notwendig gewesen wäre, um die kumulierten Defizite aufzufangen, die sich bei einem linearen Beitragssatzanstieg zwischen 1980 und 2002 ergeben hätten. Es zeigt sich, dass auch in diesem Fall eine zusätzliche Rücklage von zwei Monatsausgaben ausreichend gewesen wäre.

3.5.2 Ergänzende kapitalgedeckte Altersvorsorge

Mit der Rentenreform 2001 wurde ein Paradigmenwechsel hin zum Mehrsäulensystem in der Alterssicherung vollzogen. Die zweite und dritte Säule in Form der betrieblichen und privaten Altersvorsorge haben damit größere Bedeutung als gleichermaßen ersetzende wie ergänzende Elemente der Alterssicherung erlangt. Von daher ist der Verbreitungsgrad der zusätzlichen Altersvorsorge derzeit nicht ausreichend. In Anbetracht der absehbaren demografischen Veränderungen wird die private Altersvorsorge weiter an Bedeutung gewinnen. Vor diesem Hintergrund schlägt die Kommission die folgenden Maßnahmen im Zusammenhang mit der Förderung der privaten Altersvorsorge vor:

- Ausweitung des förderberechtigten Personenkreises auf alle Steuerpflichtigen.
- Dynamisierung der förderfähigen Höchstbeiträge zur Riester-Rente.
- Erhöhung der Transparenz der privaten Altersvorsorge.
- Vereinfachung des Zulagenverfahrens.
- Abschaffung der Pauschalbesteuerung nach § 40b EStG mit kompensierenden Maßnahmen.
- Verbesserung der statistischen Informatio-

Abbildung 3-6: Finanzierungssalden der Gesetzlichen Rentenversicherung (in Monatsausgaben zu eigenen Lasten)



Quelle: VDR und eigene Berechnungen.

nen zur privaten und betrieblichen Altersvorsorge in Deutschland.

Die Verbreitung der mit der Rentenreform 2001 neu geschaffenen Möglichkeiten zur privaten Riester-Rente oder zum Anspruch auf Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge ist bislang hinter den recht hoch gesteckten Erwartungen zurückgeblieben. Nach den aktuell zugänglichen Informationen waren bis zum Ende des Jahres 2002 rund 3 1/2 Millionen Riester-Verträge abgeschlossen worden. Ein deutlicherer Erfolg deutet sich dagegen im Bereich der betrieblichen Altersvorsorge an. Nach ersten Ergebnissen einer Umfrage im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung hat sich der Anteil der Arbeitnehmer in der Privatwirtschaft mit einer betrieblichen Altersvorsorge von 35 % am 31.12.2001 über 40 % am 31.12.2002 auf 42 % am 31.03.2003 erhöht. Dies deutet auf einen beschleunigten Anstieg in der jüngsten Vergangenheit hin (siehe Tabelle 3-12).

Während nur jeder vierte Betrieb mit weniger als fünf Beschäftigten eine betriebliche Altersvorsorge anbot, stieg der Anteil bei Betrieben mit 20-50 Beschäftigten bis zum März 2003 auf 73 % und erreichte bei Betrieben mit 200-500 Beschäftigten 91 %. In Betrieben mit über 1.000 Beschäftigten lag die Verbreitung bei nahezu 100 %. Die Steigerungsraten zeigen, dass es in den Betriebsgrößenklassen mit 20-50 und 200-500 Mitarbeitern den größten Anstieg gegeben hat, während er bei den Kleinstbetrieben unterproportional verlaufen ist.

Am dynamischsten verlief die Entwicklung in Wirtschaftsbranchen, in denen aus Sicht der Arbeitnehmer sehr günstige tarifvertragliche Vereinbarungen getroffen wurden. So ist im Gastgewerbe eine Steigerung von 13 % auf 22 % festzustellen, im Bereich der Produktionsgüterindustrie von 39 % auf 54 % und in der Nahrungs- und Genussmittelbranche von 28 % auf 46 %.

Hinsichtlich der Finanzierungsform besteht eine Tendenz weg von der ausschließlich ar-

Tabelle 3-12: Sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer in der Privatwirtschaft mit betrieblicher Altersversorgung

	insgesamt		Männer		Frauen	
	31.12.2001	31.03.2003	31.12.2001	31.03.2003	31.12.2001	31.03.2003
Deutschland	35 %	42 %	37 %	43 %	29 %	36 %
Alte Bundesländer	39 %	45 %	42 %	48 %	32 %	38 %
Neue Bundesländer	18 %	25 %	17 %	24 %	20 %	28 %

Quelle: Infratest Sozialforschung, Situation und Entwicklung der betrieblichen Altersversorgung in der Privatwirtschaft – Zwischenbericht, München, Juni 2003, S. 9 ff.

beitgeberfinanzierten (von 54 % auf 48 %) hin zu gemischtfinanzierten Durchführungsformen (von 27 % auf 36 %). Im März 2003 haben etwa 700.000 Arbeitnehmer Beiträge an Pensionskassen im Wege der Entgeltumwandlung erbracht. Die weitaus meisten nehmen hierbei die steuerliche Förderung nach § 3 Nr. 63 EStG in Anspruch. Nur rund 3 % der über Pensionskassen Abgesicherten haben die Riester-Förderung (Zulagen und Sonderausgabenabzug) genutzt. Der durchschnittliche Umwandlungsbetrag beträgt hierbei etwa 700 € pro Jahr.[85]

Bei der Beurteilung der bisherigen Verbreitung der neu geschaffenen Möglichkeiten zur privaten Altersvorsorge ist im Übrigen zu bedenken, dass die Ausbreitung der vermögenswirksamen Leistungen in Deutschland oder die der privaten Altersvorsorge z. B. in den Vereinigten Staaten in Form von IRA- oder 401k-Plänen etliche Jahre in Anspruch genommen hat. Insofern erscheint es angebracht, die Entwicklung abzuwarten, bevor Neuregelungen erdacht werden, die über die im Folgenden darzustellende Umgestaltung des Regulierungsrahmens für die Riester-Rente nach § 10a EStG hinausgehen.[86]

Ausweitung des förderberechtigten Personenkreises

Die Berechtigung zur Förderung der Riester-Rente sollte über den bisherigen Berechtigtenkreis[87] hinaus auf alle Steuerpflichtigen ausgeweitet werden. Für geringverdienende Selbständige und geringfügig Beschäftigte besteht die Gefahr, aufgrund einer unzureichenden eigenen Altersvorsorge die Leistungen der Grundsicherung in Anspruch nehmen zu müssen. Im Übrigen stellt sich im Fall einer alle Steuerpflichtigen einbeziehenden Regelung nicht mehr die Frage, ob man selbst förderberechtigt ist. Ein Irrtum zum eigenen Nachteil ist dann nicht mehr möglich. Um den Verwaltungsaufwand zu reduzieren und dennoch das Ziel der Ausweitung der privaten Altersvorsorge weiterzuverfolgen, sollte der Mindesteigenbeitrag pauschalisiert werden. Damit wäre auch eine Lösung für die Personen gefunden, die kein sozialversicherungspflichtiges Einkommen beziehen.

Dynamisierung der förderfähigen Höchstbeiträge

Eine Dynamisierung der Höchstbeiträge in Form einer Ankoppelung an die Beitragsbemessungsgrenze ist erforderlich, um das Förderungsniveau der Riester-Rente auch langfristig aufrechterhalten zu können. Die Kommission spricht sich für eine sofortige Anhebung der förderfähigen Höchstbeiträge nach § 10a EStG auf 4 % der Beitragsbemessungsgrenze aus. Damit würde den Betroffenen die Dringlichkeit vor Augen geführt, so bald wie möglich mit der eigenen Zusatzvorsorge zu beginnen. Außerdem würden damit die Förderhöchstgrenzen der Riester-Rente und die in der betrieblichen Altersvorsorge nach § 3 Nr.

85 Vgl. Infratest Sozialforschung, Situation und Entwicklung der betrieblichen Altersversorgung in der Privatwirtschaft – Zwischenbericht, München, Juni 2003.
86 Dies gilt auch für die Einführung eines Obligatoriums.
87 Nach bisherigem Recht (§ 10a EStG) sind im Wesentlichen Pflichtversicherte in der Gesetzlichen Rentenversicherung sowie Beamte, Richter und Berufssoldaten förderberechtigt.

63 EStG aneinander angeglichen. Dies ist unter dem Aspekt der Wettbewerbsgleichheit der Durchführungswege zu begrüßen. Schon seit 2002 können bis zu 4 % der Beitragsbemessungsgrenze und somit etwa 8 % des Durchschnittsentgelts steuer- und sozialabgabenfrei im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge verwendet werden.[88] Dagegen wachsen die Höchstbeiträge zur Riester-Rente von lediglich 525 € im Jahr 2002 alle zwei Jahre in vier Schritten lediglich bis auf 2.100 € ab dem Jahr 2008. Im Jahr 2008 wird dies (bei einer unterstellten durchschnittlichen Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze um 2,5 % pro Jahr) nur noch 3 % der Beitragsbemessungsgrenze entsprechen.

Transparenz der privaten Altersvorsorge erhöhen

Es erscheint zweifelhaft, ob die bestehenden Informationspflichten der Anbieter von Riester-Renten ausreichen, um dem Einzelnen die für seine Entscheidung erforderliche Klarheit über die Kosten und Leistungen des jeweiligen Vertrages zu liefern. Die Kommission schlägt daher vor, die anzugebenden Informationen (Bezugsgröße und Anpassung der Leistungen, Renditeerwartungen für die Zukunft und Renditeschwankungen in der Vergangenheit, Wechselkosten, Kosten der Anpassung von Beiträgen) zu standardisieren, um die Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Angeboten zu erhöhen. Darüber hinaus sollten Angaben zur Nettorendite nach Kosten, zur Höhe des Kapitalstocks und der daraus resultierenden Rente unter verschiedenen vorzugebenden Annahmen insbesondere zur Renditeentwicklung in regelmäßigen Renteninformationen zu finden sein. Im Übrigen sollten diese Renteninformationen mit denen der Gesetzlichen Rentenversicherung so abgestimmt werden, dass der bzw. die Einzelne eine möglichst klare Vorstellung von seiner bzw. ihrer Gesamtversorgung im Alter erhält.

Problematisch an den geltenden Regelungen des AltZertG erscheint insbesondere, dass[89]

- die vorvertraglichen Informationspflichten nach § 7 AltZertG (zum Inhalt § 7 AltZertG siehe Kasten 3-15) nicht alle für eine fundierte Produktauswahl erforderlichen Informationen enthalten;
- die Vielfalt der verwendeten Kostenarten und -bezugsgrößen keine Kostentransparenz zulässt;
- durch mangelnde Kostentransparenz in Verbindung mit Bonusregelungen auch bei Riester-Produkten unerwartet und prohibitiv hohe Wechselkosten entstehen können;
- die Verletzung der Informationspflichten unzureichend sanktioniert wird (laut § 13 AltZertG derzeit 2.500 € für die Nichtbeachtung der jährlichen Informationspflichten) und
- der Anleger keine übersichtlichen Informationen über die zu erwartende Gesamtrendite und das Risiko der Anlageform erhält.

Um die aufgeführten Probleme zu reduzieren, bietet sich zunächst an, die Informationspflichten zu präzisieren:

- Zur Erstinformation vor Vertragsabschluss sollten übersichtliche und standardisierte Informationen über die Eigenschaften der Produkttypen Banksparplan, Fondssparplan oder Rentenversicherung im Allgemeinen und des jeweiligen Produkts im Besonderen vorgelegt werden (Bezugsgröße und Anpassung der Leistungen, Renditeerwartungen und deren Grundlage, Renditeschwankungen der vergangenen Jahre, Absicherung gegen Renditeschwankungen und Anbieterinsolvenz, Kostenstruktur, Wechselkosten, Möglichkeit und Kosten der Anpassung von Beiträgen).
- Zur detaillierten jährlichen Information sollten Angaben zur Rendite nach Abzug der Kosten (analog zur Angabe eines Effektivzinses bei Krediten) und des daraus resultie-

88 Die Sozialabgabenfreiheit endet im Jahr 2008.
89 Die Kritikpunkte und Vorschläge lehnen sich teilweise an die Ausführungen der Vorsorgestudie der Bertelsmann-Stiftung „Maßnahmenpaket Altersvorsorge – Reformkonzept der Bertelsmann-Stiftung zur Förderung von privater und betrieblicher Altersvorsorge“, Gütersloh, Mai 2003, S. 18 f., an.

Kasten 3-15: § 7 AltZertG: Informationspflicht des Anbieters

(1) Der Anbieter informiert den Vertragspartner schriftlich vor Vertragsabschluss, im Falle eines Versicherungsvertrages vor Antragstellung, über

1. die Höhe und zeitliche Verteilung der vom Vertragspartner zu tragenden Abschluss- und Vertriebskosten,
2. die Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals und
3. die Kosten, die dem Vertragspartner im Falle eines Wechsels in ein anderes begünstigtes Anlageprodukt oder zu einem anderen Anbieter unter Mitnahme des gebildeten Kapitals entstehen.

Sofern zwischen Anbieter und Vertragspartner bereits ein Vertragsverhältnis besteht, hat der Anbieter über die Möglichkeit einer Umstellung aufzuklären. Wird ein beim Anbieter bestehender Vertrag auf einen Altersvorsorgevertrag im Sinne dieses Gesetzes umgestellt, so treten an die Stelle der Abschluss- und Vertriebskosten die aus Anlass der Vertragsumstellung entstehenden Kosten.

(2) In der Information nach Absatz 1 hat der Anbieter die Zertifizierungsstelle mit ihrer Postanschrift, die Zertifizierungsnummer, das Datum, zu dem die Zertifizierung wirksam geworden ist, und einen deutlich hervorgehobenen Hinweis folgenden Wortlauts aufzunehmen:

„Der Altersvorsorgevertrag ist zertifiziert worden und damit im Rahmen des § 10a des Einkommensteuergesetzes steuerlich förderungsfähig. Bei der Zertifizierung ist nicht geprüft worden, ob der Altersvorsorgevertrag wirtschaftlich tragfähig, die Zusage des Anbieters erfüllbar ist und die Vertragsbedingungen zivilrechtlich wirksam sind."

(3) Erfüllt der Anbieter die ihm gemäß den Absätzen 1 und 2 obliegenden Verpflichtungen nicht, kann der Vertragspartner binnen eines Monats nach Zahlung des ersten Beitrages vom Vertrag zurücktreten.

renden Kapitalstocks sowie der daraus resultierenden Rente auf der Basis einer bei Vertragsabschluss realistischen Kapitalmarktrendite und personalisierter Beispielrechnungen mit standardisierten Renditen gemacht werden. Dabei sollte auch darauf hingewiesen werden müssen, dass es sich um Angaben vor Steuern handelt. Ebenso wie das Bruttorentenniveau der Gesetzlichen Rentenversicherung ist die Höhe der Privatrente nur ein unzureichender Indikator für das im Alter für Konsumzwecke zur Verfügung stehende Einkommen.

Die Kommission schlägt daher vor, für die Anbieter Transparenzvorschriften zu entwickeln, die durch standardisierte Informationen (Garantieleistungen und Renditeerwartungen unter Berücksichtigung der Abschluss-, Vertriebs- und Verwaltungskosten, Rückkaufwerte bei Kündigung) mehr Kosten- und Leistungstransparenz zu ermöglichen. Um die Einhaltung dieser Informationspflichten und eine einheitliche Berechnung sicherzustellen, sollte die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BAFin) eingeschaltet werden.

Zur Durchsetzung der erweiterten Informationspflichten sollte das Bußgeld auf eine ökonomisch relevante Höhe angehoben werden. Darüber hinaus sollte das Widerrufsrecht bei Nichtbeachtung der Informationspflichten verlängert werden. Kosten, die nicht explizit aufgeführt werden, sollten nicht erhoben werden dürfen.

Schließlich ist auch zu beachten, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen nicht kostenlos sind. Sie erhöhen sowohl beim Produktanbieter als auch bei der für die Regulierung zuständigen Stelle den bürokratischen Aufwand und können letztlich auch die Produktvielfalt und damit den Wettbewerb einschränken. Hier ist eine Abwägung zu Gunsten der erweiterten Informationspflichten zu treffen, denn das Hauptziel einer Veränderung der Regulierung der privaten Zusatzvorsorge muss in der Ausweitung des erfassten Personenkreises liegen. Hierzu dürfte eine gewisse Standardisierung einen wirksamen Beitrag leisten.

Staatlicherseits ein anbieterübergreifendes risikoarmes „Standardprodukt" einzuführen, scheitert zur Zeit an der Regulierung des Finanzplatzes Deutschland, die es beispielsweise einer Fondsgesellschaft nicht erlaubt,

auch eine Versicherung anzubieten. Ebensowenig können Versicherer Banksparpläne verkaufen. Eine Änderung dieses Regulierungsrahmens erscheint grundsätzlich zwar sinnvoll; entsprechende Vorschläge würden aber über den Auftrag der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme hinausgehen.

Vereinfachung des Zulagenverfahrens

Die Regulierung der Riester-Rente hat sich insbesondere hinsichtlich der Regelungen zum Zulagenverfahren und zur nachträglichen Günstigerprüfung (Zulage vs. Sonderausgabenabzug) als äußerst aufwendig und intransparent erwiesen (siehe Abbildung 3-7, nächste Seite). Die Kommission schlägt daher vor, die Zulage künftig erst nachträglich durch das Finanzamt erstatten zu lassen. Im Rahmen der Einkommensteuererklärung kann dabei gleichzeitig die Günstigerprüfung vorgenommen werden. Eine solche nachträgliche Bezuschussung ist auch sozialpolitisch vertretbar, denn nur einmal zu Vertragsbeginn findet eine Vorfinanzierung der Zulage statt. Darüber hinaus sollten Grund- und Kinderzulagen unter Wegfall der besonderen Zulage für Ehepartner vereinheitlicht werden. Der Sockelbetrag würde mit einer Pauschalierung des Mindesteigenbeitrags hinfällig.

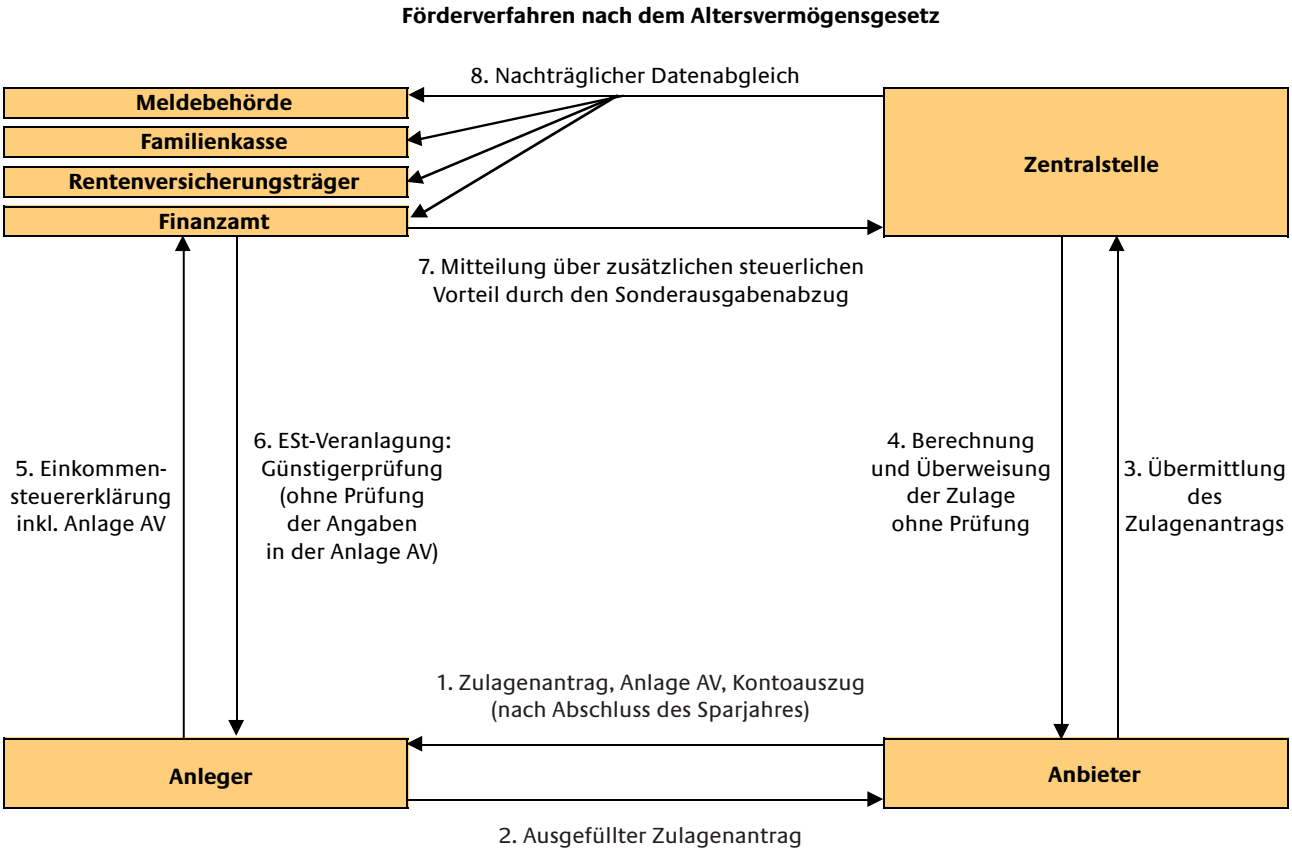
Gleichfalls sollte die Anrechnung der Zulagen auf den Mindesteigenbeitrag entfallen. Das bisherige Verfahren, die Zulage auf den Altersvorsorgevertrag zu überweisen, ist zu kompliziert. Bisher müssen der Kunde oder der Anbieter eine Subtraktionsrechnung vornehmen (maximal möglicher bzw. erforderlicher Betrag abzüglich zeitlich gestaffelter und nach Familienstand sowie Kinderzahl differenzierter Zulagen), um den erforderlichen Eigenbeitrag zu ermitteln. Eine deutliche Vereinfachung und mehr Transparenz für die Kunden sowie eine Entlastung für die Anbieter und die Zulagenverwaltung könnte erreicht werden, wenn der Kunde den vollen Beitrag auf seinen Altersvorsorgevertrag einzahlen könnte und der Fiskus die Zulagen direkt auf das Privatkonto des Kunden gutschreiben würde. Der zu zahlende Beitrag wäre für den Kunden einfacher zu berechnen. Ein Geschäftsprozess zwischen Zulagenstelle und Anbieter würde vermieden und die erforderliche organisatorische Umstellung dürfte sich für alle Beteiligten rasch amortisieren.

Zudem hätte die einfache Vorfinanzierung durch den Kunden den Vorteil, dass dieser nicht wie bisher zwingend einen Zulagenantrag über den Anbieter stellen müsste. Die Berücksichtigung der geleisteten Beiträge als Sonderausgaben im Rahmen der Veranlagung zur Einkommensteuer würden sich zunächst unmittelbar steuermindernd auswirken. Sollte die Günstigerprüfung ergeben, dass die Zulage gegenüber der Steuerfreistellung der Beiträge vorteilhafter gewesen wäre, könnte die sich ergebende Differenz vom Finanzamt im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung erstattet werden.

Das reine Zulagenverfahren, das infolge der Vorfinanzierung unmittelbar zwischen dem Kunden und der Zulagenstelle abgewickelt werden könnte, wäre mithin nur für solche Personengruppen erforderlich, die keine Einkommensteuererklärung abgeben. Die zentrale Stelle würde somit von der weit überwiegenden Anzahl der Antragsfälle entlastet werden, während sich für die Finanzämter wegen der ohnehin bereits nach geltendem Recht durchzuführenden Günstigerprüfung keine nennenswerte Mehrbelastung ergäbe.[90] Zu prüfen ist, ob die einmalige Vorfinanzierung der Zulage und die Änderung des Zulagenverfahrens die Akzeptanz der Riester-Rente insbesondere bei Geringverdienern beeinträchtigen.

90 Eine Durchführung durch die Finanzämter war im Gesetzgebungsverfahren nicht durchsetzbar. Die Länder haben im Vermittlungsausschuss nur zugestimmt, nachdem eine zentrale Stelle für die Abwicklung vorgesehen wurde.

Abbildung 3-7: Förderverfahren nach dem Altersvermögensgesetz



Quelle: Gröbner, Gerhard [2001], Zusätzlich privat vorsorgen, in: Bundesarbeitsblatt 6-7/2001, S. 13.

Zu § 40b EStG und kompensierenden Massnahmen

Die Kommission spricht sich dafür aus, die verschiedenen Durchführungswege im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge steuerlich gleich zu behandeln. Aus diesem Grund ist zu prüfen, ob die für Pensionskassen und Direktversicherungen in § 40b EStG vorgesehene Möglichkeit der vorgelagerten Besteuerung von Beiträgen bis zu 1.752 € pro Jahr zu einem pauschalen Steuersatz von 20 % noch gerechtfertigt ist.[91]

Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Förderung nach § 40b EStG gegenwärtig zusätzlich zur Förderung nach § 3 Nr. 63 EStG in Anspruch genommen werden kann. Eine ersatzlose Abschaffung des § 40b EStG würde somit den gesamten Förderrahmen der betrieblichen Altersvorsorge für Neuverträge beschneiden. Eine derartige Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die betriebliche Altersvorsorge aus rein steuersystematischen Gründen läuft den Bestrebungen zuwider, die Bürger zu mehr zusätzlicher Altersvorsorge zu bewegen. Um dies zu vermeiden, kommt zur Kompensation eine Aufstockung des Höchstbetrages in § 3 Nr. 63 EStG in Frage. Dies wäre allerdings mit Steuerausfällen verbunden, die in Relation zu den Mehreinnahmen aufgrund der Abschaffung des § 40b EStG zu setzen wären. Außerdem wären damit Beitragsmindereinnahmen der Sozialversicherungen verbunden.

Darüber hinaus sollte auch die Direktversicherung in die Steuerfreiheit nach § 3 Nr. 63 EStG einbezogen werden (allerdings ohne volles Kapitalwahlrecht zu Beginn der Auszahlungsphase). Dies bedeutet, dass Beiträge des Arbeitgebers an eine Pensionskasse, einen Pensionsfonds oder eine Direktversicherung – ohne kompensatorische Maßnahmen – einheitlich bis zur Höhe von 4 % der Beitragsbemes-

91 Eine Ausnahme soll lediglich für umlagefinanzierte Versorgungssysteme der betrieblichen Altersvorsorge gelten, da die Förderung nach § 3 Nr. 63 bzw. § 10a EStG nur für kapitalgedeckte Systeme in Frage kommt. Im Blickpunkt stand hier die zusätzliche Altersvorsorge im öffentlichen Dienst. Außerdem sollen Altverträge auch weiterhin nach dem bisherigen § 40b EStG besteuert werden können.

sungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten (z.Zt. 2.448 € p.a.) in der Ansparphase steuerfrei gestellt werden. Die Versorgungsleistungen wären dann in der Auszahlungsphase in vollem Umfang (nachgelagert) zu versteuern.

Verbesserung der statistischen Informationen

Grundsätzlich erscheinen die verfügbaren statistischen Informationen zur Inanspruchnahme der neuen Möglichkeiten zur geförderten zusätzlichen Altersvorsorge verbesserungsbedürftig, wenngleich der Alterssicherungsbericht 2005 auch Informationen zur Verbreitung der betrieblichen und privaten Vorsorge bieten wird. Dabei geht es in erster Linie um Erkenntnisse hinsichtlich des Umfangs und der sozialen Schichtung der privaten und betrieblichen Altersvorsorge. Ganz generell sollte der Staat seinen Steuerzahlern und -zahlerinnen gegenüber verpflichtet sein, Rechenschaft über die Wirksamkeit von Subventionen und Transfers abzugeben. Hierzu sollten die derzeit unzureichenden statistischen Informationen über die zweite und dritte Säule in der Alterssicherung in Anlehnung an die Statistiken zur Gesetzlichen Rentenversicherung verbessert werden. Die Kommission schlägt daher vor, Befragungen zur Altersversorgung in Deutschland in regelmäßigen Abständen vorzunehmen. Diese Daten, die nicht nur personen-, sondern auch unternehmensbezogene Informationen umfassen sollten, sind nach Auffassung der Kommission der interessierten Öffentlichkeit und der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen.

3.6 Minderheitenvoten

Minderheitenvotum zur Anhebung der Regelaltersgrenze (Kap. 3.3.1)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Barbara Stolterfoht, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel lehnen die vorgeschlagene Anhebung des Rentenalters von 65 auf 67 Jahren ab, und zwar aus folgenden Gründen:

Zurzeit erreichen die wenigsten ArbeitnehmerInnen das gesetzliche Renteneintrittsalter von 65. Das reale und gesetzliche Renteneintrittsalter klaffen erheblich auseinander. Die Arbeitsmarktlage verhindert nicht nur aktuell eine hohe Erwerbsbeteiligung. Auch die Prognosen, wie sie Grundlage für die Arbeit der Kommission waren, sagen für die Zeit ab 2010 nur langsam abnehmende Arbeitslosenzahlen voraus. Damit wird sich der Arbeitsmarkt insbesondere für ältere ArbeitnehmerInnen zu dem Zeitpunkt, zu dem die Anhebung beginnen soll, noch sehr schwierig darstellen. Ohne gravierende beschäftigungspolitische Verbesserungen verschärft sich zudem durch die längere Lebensarbeitszeit die Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt – z.B. zu Lasten von Berufs(wieder)einsteigerInnen oder von Menschen mit Handicaps.

Die formale Verlängerung der Erwerbsphase über ein höheres gesetzliches Rentenalter ohne reales Erwerbsangebot und Einzahlungsmöglichkeiten in die Rentenversicherung droht eine steigende Zahl älterer Menschen in die Armut zu drängen. Die Erwerbsbiografien könnten zum Ende hin „ausfransen“: Dem Ausscheiden aus dem Betrieb, z.B. mit Anfang 60, kann so eine quälende Lebensphase folgen, in der Arbeitslosengeld, das neue Arbeitslosengeld II oder auch Krankengeld bezogen werden müssen, weil die Verrentung in weite Ferne gerückt ist. Die Verlängerung der Lebensarbeitszeit bedeutet deshalb für viele Menschen eine Einschränkung der Lebensqualität im Alter.

Ignoriert wurde in der Diskussion um eine Anhebung des Renteneintrittsalters, dass die Abschaffung der Altersrenten für Frauen und der Altersrenten wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeit ab 2012 – wie sie bereits im

„Rentenreformgesetz 1992“ beschlossen wurden – bereits zu einer deutlichen Verschärfung der Rechtslage beiträgt. Die Abschläge, die nunmehr bei einem vorzeitigen Rentenzugang in Kauf genommen werden müssen, tragen bereits jetzt, nur zwei Jahre nach Inkrafttreten, zu einem steigenden tatsächlichen Rentenalter bei. Auch Schwerbehinderte und Erwerbsgeminderte sind von den Abschlägen betroffen. Es macht Sinn, vor einer Anhebung des gesetzlichen Rentenalters die Wirkungen dieser Neuregelungen zu beobachten und zu gewichten. Dabei ist auch zu berücksichtigen, ob sich die Arbeitsmarktlage von Älteren verbessert und welche soziale Folgen die bereits vollzogene Anhebung des Rentenalters für Schwerbehinderte und Erwerbsgeminderte erzeugt.

Außerdem wurde nach Auffassung der oben genannten Kommissionsmitglieder die Anhebung des Rentenalters nicht hinreichend sozial verträglich ausgestaltet: Es werden zwar Übergangsfristen vorgeschlagen, um den verfassungsmäßig gebotenen Vertrauensschutz zu gewähren. Davon abgesehen allerdings sind keine Sonderregelungen für erwerbsgeminderte, schwerbehinderte und langzeitarbeitslose Versicherte vorgesehen. Selbst langjährig Versicherte, die bereits in frühen Jahren in das Erwerbsleben traten und für die ein Rentenalter 67 bedeuten würde, bis zu 50 Berufsjahre hinter sich bringen zu müssen, sollen nach dem Willen der Kommissionsmehrheit keine sozial verträgliche Abfederung erhalten.

Minderheitenvotum zu den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Kap. 3.3.1)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Barbara Stolterfoht, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel sprechen sich gegen den Beschluss der Kommissionsmehrheit aus, grundsätzlich die so genannte abstrakte Betrachtungsweise bei der Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten zu Grunde zu legen.

Die genannten Kommissionsmitglieder vertreten die Auffassung, dass auf Dauer die konkrete Betrachtungsweise gewählt werden soll, bei der auch die tatsächlichen Chancen der Versicherten auf dem Arbeitsmarkt berücksichtigt werden. Es ist sozial nicht gerecht, bei der Prüfung der Erwerbsfähigkeit nur objektive medizinische Aspekte zu berücksichtigen und die Folgen der Erwerbsminderung für die Integrationschancen in den Arbeitsmarkt zu vernachlässigen. Deshalb muss die Offenheit des Arbeitsmarkts für Erwerbsgeminderte, die noch zwischen 3 und 6 Stunden pro Tag arbeiten können, bei der Gewährung von Erwerbsminderungsrenten berücksichtigt werden.

Minderheitenvotum zu den flankierenden Massnahmen im Rahmen der Altersgrenzenanhebung (Kap. 3.3.1)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Barbara Stolterfoht, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel sprechen sich gegen den Vorschlag der Kommissionsmehrheit aus, besonders langjährig Versicherten den Rentenzugang ab 62 zu ermöglichen, wenn sie die entsprechenden Abschläge, bezogen auf das höhere gesetzliche Rentenzugangsalter, in Kauf nehmen. Dies wäre für die meisten ArbeitnehmerInnen eine nicht verkraftbare Kürzung der Renten; die Regelung käme nur für Personen mit sehr hohen Renten oder anderen ausreichenden Einkommen in Frage.

Die genannten Mitglieder der Kommission vertreten die Auffassung, dass langjährig Versicherten künftig nach spätestens 44 Jahren den Renteneintritt auch vor dem Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters ohne Abschläge ermöglicht werden sollte. Dementsprechende Initiativen wurden in der Kommission allerdings abgelehnt.

Grundsätzlich wirken sich lange Erwerbs- und Versicherungsbiografien in der jetzigen Rentensystematik positiv auf die Rentenhöhe aus. Faktisch sind aber Personen, deren Erwerbsbiografien durch den frühen Eintritt ins Erwerbsleben und einen langen Verbleib in Erwerbstätigkeit gekennzeichnet sind, häufig benachteiligt. Personen mit hohen körperli-

chen oder psychischen Belastungen bzw. mit ungesunden Arbeitsbedingungen – vor allem gewerbliche Arbeiter, aber auch im Angestelltenbereich – haben große Schwierigkeiten, nach einem frühen Eintritt bis zum Rentenalter durchzuarbeiten. Dies sollte künftig beim Renteneintritt berücksichtigt werden. Die Erwerbsminderungsrenten reichen dazu nicht aus, dafür sind deren Kriterien zu eng. Sie erfassen die psychischen und physischen Folgen jahrzehntelanger Berufstätigkeit sowie die Realitäten auf dem Arbeitsmarkt nur ungenügend. Dies wiegt umso schwerer, als es sich beim angesprochenen Personenkreis selten um Erwerbstätige in höheren Lohngruppen handelt, die problemlos eine umfassende private Eigenvorsorge für das Alter finanzieren können.

Die genannten Kommissionsmitglieder sind sich der Probleme bewusst, die mit der Berücksichtigung der skizzierten Folgen langjähriger Erwerbstätigkeit bei der Gewährung von Renten verbunden sind. Wegen der schwierigen Einzelfallbetrachtung plädieren sie deshalb für die aufgezeigte pauschale Lösung, langjährig Versicherten künftig nach spätestens 44 Jahren den Renteneintritt auch vor dem Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters ohne Abschläge zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang regen die genannten Kommissionsmitglieder an, Vorschläge wie das Modell der Flexiblen Anwartschaftszeiten eingehender zu prüfen (vgl. Langelüddeke/Rabe/Thiede: Flexible Anwartschaften und Anwartschaftszeiten, in: Die Angestelltenversicherung 1/1999). Nach diesem Modell, das vor wenigen Jahren von der BfA in die Debatte gebracht wurde, erwerben die Versicherten mit ihren Beiträgen nicht nur Rentenanwartschaften, sondern auch Anrechte, Übergänge oder „Auszeiten“ rentenrechtlich abzusichern. Das Modell erlaubt die Umverteilung von solchen ArbeitnehmerInnen, die solche Übergänge oder „Auszeiten“ nicht wahrnehmen (müssen), und solchen, die dies wollen oder müssen.

Minderheitenvotum zur Veränderung der Rentenanpassungsformel (Kap. 3.3.2)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Manfred Schoch, Barbara Stolterfoht und Klaus Wiesehügel lehnen die Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors ab. Der Faktor, wie von der Kommissionsmehrheit beschlossen, soll das Verhältnis von Versicherten zu RentnerInnen berücksichtigen und so gewichten, dass die politisch gesetzten Beitragsziele (20 % im Jahr 2020 und 22 % im Jahr 2030) eingehalten werden können. Er suggeriert mit der Berücksichtigung des Verhältnisses von Versicherten zu LeistungsempfängerInnen eine stichhaltige inhaltliche Begründung – erst durch die Gewichtung des Verhältnisses durch einen flexiblen Gewichtungsparameter erhält der Faktor seine echte Funktion, das Rentenniveau auf das Ziel der Beitragssicherung hinzudefinieren.

Dadurch würde darauf verzichtet, eine sozialpolitisch definierte Zielgröße für das Sicherungsniveau festzulegen. Nach den Annahmen der Kommission würde der Nachhaltigkeitsfaktor zu einer Absenkung des Bruttorentenniveaus um ca. 2,2 Prozentpunkte führen. Dies entspricht einer Absenkung der Standardrente (preisbereinigt; Schätzung für 2030) von 1662 € auf 1576 €.

Bei Umsetzung dieses Vorschlags wären die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung für die Versicherten nicht mehr kalkulierbar. Das für die langfristige Vorsorgeplanung notwendige Vertrauen in die Umlagefinanzierung wird damit untergraben, die Vorsorgeplanung selbst erschwert. Schließlich verliert die „Sicherungslücke“ zwischen gesetzlicher Rente und dem individuell angestrebten Lebensstandard durch das volatile Sicherungsniveau an Planbarkeit. Gleichzeitig verliert die mit der Riester-Rente verknüpfte Behauptung, mit dem kapitalgedeckten ergänzenden Baustein könne langfristig das Brutto-Gesamtver-

sorgungsniveau im Wesentlichen gehalten werden, an Glaubwürdigkeit.

Die geplante Senkung des Rentenniveaus wird insbesondere diejenigen im unteren und mittleren Einkommensbereich treffen. Die Zahl der Renten auf oder unter Sozialhilfeniveau wird zunehmen. Die Grundsicherung kann dies nur begrenzt auffangen; wird sie noch häufiger zum Ausfallbürgen des Rentenversicherungssystems, leiden darunter insbesondere auch die Kommunen, da sie die Kosten der Grundsicherung tragen.

Bedenklich ist auch, dass Frauen zu den Verlierern dieser Empfehlungen gehören, da sie immer noch im Durchschnitt ein erheblich niedrigeres Lohnniveau als Männer und entsprechend niedrigere Renten haben.

Die gravierenden Auswirkungen des Kürzungsvorschlags werden nicht bei einzelnen Maßnahmen für sich betrachtet sichtbar, sondern erschließen sich erst bei einem Zusammenspiel aller Maßnahmen innerhalb und außerhalb des Rentenrechts.

Erstens wurden seit dem Rentenreformgesetz 1992 mehrere deutliche Einschnitte in den Leistungsumfang vorgenommen: unter anderem durch Verkürzung der Anrechnungszeiten für Ausbildung und die Anhebung der Altersgrenzen; durch die Senkung der Beiträge für Arbeitslosenhilfeempfänger und die Neuordnung der Erwerbsminderungsrenten; sowie durch die Absenkung der Hinterbliebenenrenten, die inflationsorientierte Rentenanpassung im Jahr 2000 und die Absenkung des Rentenniveaus durch die „Riester-Reform“. Dem stehen zwar auch rentensteigernde Maßnahmen gegenüber, insbesondere durch familienpolitisch orientierte Verbesserungen. Insgesamt aber wurden die Leistungen in einem Umfang gemindert, der im Jahr 2030 mindestens 10 Beitragspunkte ausmacht (d. h. ungefähr um ein Drittel).

Darüber hinaus wird, zweitens, der geplante Übergang zur nachgelagerten Besteuerung von Beiträgen und Renten zu einer deutlichen Verschlechterung der Netto-Position von RentnerInnen und zu wesentlich höheren Rückflüssen von den RuheständlerInnen in die öffentlichen Kassen führen.

Drittens schlägt die Kommission in der gesetzlichen Pflegeversicherung einen „generativen Ausgleichsbeitrag“ vor, der nur von RentnerInnen zu zahlen wäre. Beträgt er, wie vorgeschlagen, zwei Prozent der versicherungspflichtigen Einkommen, würde dies die Nettorente des Standardrentners um weitere 20 € mindern.

Auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung kommt es, viertens, zu nennenswerten Mehrbelastungen der älteren Generation: Auch RentnerInnen werden zukünftig 53 % des Gesamtkrankenversicherungsbeitrags zahlen, obwohl sie keine Krankengeldansprüche haben werden; die Erhöhung der Zuzahlungsbeträge wird ebenfalls in besonderem Maße zu Lasten älterer Menschen gehen.

Die von der Mehrheit der Kommission vertretenen Leistungskürzungen wurden mit dem Hinweis auf Generationengerechtigkeit begründet. Dem ist nach Auffassung der genannten Kommissionsmitglieder entgegenzuhalten,

- dass der Versuch, gerechte Lösungen zwischen den Generationen anzustreben, nicht die intragenerative Gerechtigkeit verletzen darf; die dargestellten Belastungen werden aber vor allem die treffen, die überwiegend auf gesetzliche Renten angewiesen sind – also vornehmlich ehemals einkommensschwache ArbeitnehmerInnen;
- dass die Belastungen zum Teil erst langfristig ihre volle Wirkung entfalten und deshalb in besonderem Maße die RentnerInnengeneration treffen werden, die vorher die geburtenstarken Jahrgänge in deren Ruhestandszeit finanziert hat; und
- dass Eingriffe in das Rentenniveau der aktuellen RentnerInnen-Generation immer auch Leistungskürzungen für künftige Generationen bewirken.

Diese Kritik am Gerechtigkeitsbegriff der Mehrheit der Kommission wiegt auch deshalb besonders schwer, weil andere gewichtige Herausforderungen – die Auswirkungen der Massenarbeitslosigkeit und die Fragen der Erwerbstätigenquote, der Innovationskraft der Wirtschaft und der Überfrachtung der Sozialen Sicherungssysteme mit Aufgaben, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind, – durch die Reformansätze nicht angegangen werden. Vertrauen, das ein auf lange Zeit angelegtes System dringend benötigt, wird durch die in Aussicht gestellten niedrigeren Renten weiter zerstört. Dem Trend, Altersrisiken privat abzusichern und sich so vom Generationenvertrag zu lösen, wird dadurch Vorschub geleistet. Das Zusammenwirken der dargestellten Maßnahmen verschlechtert die finanzielle Situation der älteren Menschen erheblich. Sie erhöht die Wahrscheinlichkeit von Altersarmut. Damit gerät einer der wichtigsten sozialpolitischen Erfolge der letzten Jahrzehnte in Gefahr.

Aus diesen Gründen haben die genannten Mitglieder der Kommission den Nachhaltigkeitsfaktor abgelehnt.

Minderheitenvotum zur Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage und des versicherungspflichtigen Personenkreises (Kap. 3.4.6)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Barbara Stolterfoht, Frank Nullmeier, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel sind davon überzeugt, dass die solidarischen Sozialversicherungssysteme nur dann eine Zukunft haben, wenn ihre solidarische Basis gestärkt wird. Die genannten Kommissionsmitglieder sprechen sich deshalb gegen das ablehnende Votum der Kommissionsmehrheit bezüglich der Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises aus.
In der Wissenschaft und in der Öffentlichkeit wird über das Modell der Erwerbstätigen- oder Bürgerversicherung als Weiterentwicklung der Sozialversicherungssysteme diskutiert. Die Gewerkschaften sind dabei, diese Debatte aufzugreifen und zu prüfen, ob die Bürgerversicherung eine sinnvolle Reformoption darstellen kann.

Die genannten Kommissionsmitglieder vertreten die Auffassung, dass die Mehrheit der Kommission nicht zu einer vertieften Diskussion der damit zusammenhängenden Fragen bereit war. Dies steht nach Auffassung der genannten Mitglieder im klaren Widerspruch zum Auftrag der Bundesregierung an die Kommission. Darin wurde der Kommission aufgegeben, die Absicherung der sich zunehmend pluralisierenden Erwerbsbiografien zu berücksichtigen. Die Fixierung der Kommission auf die politisch gesetzten Beitragsziele und die Entscheidung gegen die Bürgerversicherung im Bereich der Rentenversicherung verengten nach Auffassung der fünf oben genannten Mitglieder die Diskussion zu einem sehr frühen Zeitpunkt auf einige wenige Stellschrauben: die Heraufsetzung des Renteneintrittsalters, die weitere Senkung des Rentenniveaus und die Erhöhung der Abschläge.

Ergänzung von Klaus Wiesehügel

Das Kommissionsmitglied Klaus Wiesehügel ist darüber hinaus der Ansicht, dass die von der Kommission empfohlenen Maßnahmen, namentlich der Nachhaltigkeitsfaktor und die Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters, ungeeignet sind, die Gesetzliche Rentenversicherung nachhaltig zu stabilisieren. Stattdessen ist dieses Kommissionsmitglied überzeugt, dass nur eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis zum einen durch eine Erweiterung des versicherten Personenkreises und zum anderen durch die Heranziehung anderer Einkunftsarten dieses System zukunftsfähig machen können.

Mit diesem Vorschlag verbinden sich die folgenden Ziele:

- die Befriedigung des elementaren Schutzbedürfnisses einer verlässlichen Altersver-

sorgung auch bei veränderten Erwerbsbiografien.
- Die Beitragssätze zumindest stabil zu halten, und dies trotz der prognostizierten demografischen Entwicklung.
- Die Legitimation der sozialen Sicherungssysteme durch eine solidarische Verteilung der Finanzierungslasten zu verbreitern und ihre ökonomische und finanzielle Basis nachhaltig zu stärken. Dazu wird eine stärkere Einbeziehung höherer Einkommen für unabdingbar gehalten.

Im ersten Schritt soll die Gruppe der Erwerbstätigen in die Rentenversicherung einbezogen werden, für die Selbständigkeit lediglich eine andere, z.T. auch nur vorübergehende Form prekärer Beschäftigung darstellt. Hier besteht ein erhebliches Schutzbedürfnis.

In weiteren Schritten sollen auch die anderen Gruppen von Selbständigen in die GRV einbezogen werden, dabei sind rechtliche Probleme insbesondere bei den berufsständischen Versorgungswerken absehbar. Diese Probleme bedürfen der Prüfung und erfordern gegebenenfalls Stichtagsregelungen und Übergangsfristen.

Die gesamte Gruppe der Beamten wird nicht kurzfristig in die gesetzliche Rentenversicherung einzubeziehen sein, weil dem die Rechtansprüche der jetzigen Beamten und Pensionäre entgegenstehen. Neben verfassungsrechtlichen Fragen stellt sich hier auch immer die Frage von Einnahmen und Ausgaben der Gebietskörperschaften sowie der politischen Auseinandersetzung über Lastenverteilungen. Ein erster, sofort umsetzbarer Schritt in diese Richtung ist der Einbezug aller neuen Beamten in die GRV. In den ersten Jahren, in denen noch keine Ansprüche aus diesen Einzahlungen entstehen, würde dies zu einer Entlastung der Rentenversicherung führen. Gerade in den nächsten Jahren, in denen die Arbeitsmarktsituation absehbar problematisch bleiben wird, wäre diese Entlastung wünschenswert.

Die Beitragsbemessungsgrenze soll entfallen. Bei der Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze sollen aus den höheren Beiträgen keine streng einkommensproportionalen, sondern stark degressive Ansprüche erwachsen. Dass aus höheren Einzahlungen höhere Ansprüche folgen müssen, legt die herrschende verfassungsrechtliche Interpretation nahe, damit ist allerdings das Verhältnis von Einzahlung und Anspruch noch nicht festgelegt.

Die Geringfügigkeitsgrenze ist auf eine Bagatellgrenze abzusenken. Aus den Erfahrungen vor der Reform von 1999 begründet sich die Befürchtung, dass die aktuelle Eröffnung der Möglichkeit von Mini-Jobs bis zu einer Höhe von 400 € zur Zerlegung von regulär abgesicherten Beschäftigungsverhältnissen in Jobs unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze führt. Damit entgehen der Sozialversicherung Einnahmen. Eine erneute Erosion der Einnahmen, wie sie aufgrund der großen Verbreitung der geringfügigen Beschäftigungen in den Neunzigern schon einmal auftrat, ist zu befürchten. Hinzu kommt, dass Frauen aus der für sie ungünstigen Lohnsteuerklasse V in die kurzfristig günstigeren Minijobs umsteigen. Damit wirkt hier eine weitere Erwerbsbremse für Frauen, die sie daran hindert, eine eigenständige Erwerbsbiografie und einen eigenständigen Zugang zu sozialer Absicherung aufzubauen.

Erträge aus Vermögen, Vermietung und Verpachtung sowie alle sonstigen zu versteuernden Einkommensarten sind zu Beiträgen für die gesetzliche Rentenversicherung heranzuziehen. Dabei ist die Verteilungswirkung im Hinblick auf evtl. erforderliche Freibeträge für geringere Einkommen hin zu prüfen. Gerade in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit, aber auch angesichts der demografischen Perspektiven zeigt sich, dass die Finanzierung der sozialen Sicherung allein über die Arbeitseinkommen nicht mehr zeitgemäß ist.

Minderheitenvotum zur ergänzenden kapitalgedeckten Altersvorsorge (Kap. 3.5.2)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Barbara Stolterfoht, Man-

fred Schoch und Klaus Wiesehügel vertreten die Auffassung, dass es bei der Weiterentwicklung der Riester-Rente nur darum gehen kann, die Verbreitung bei den versicherungspflichtigen Beschäftigten zu erhöhen. Eine Ausweitung der kapitalgedeckten Vorsorge in dem Sinne, dass die kapitalgedeckte Säule zu Lasten der gesetzlichen Rente weiter gestärkt wird, lehnen wir ab. Der Trend zur Privatisierung und damit der Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung darf nicht weiter vorangetrieben werden. Die Nachteile der Kapitaldeckung – der fehlende soziale Ausgleich und die Risikoträchtigkeit des Kapitalmarkts – wiegen umso schwerer, desto bedeutender ihr Anteil in der Vorsorgeplanung der Menschen ist. Deshalb sprechen sich die genannten Kommissionsmitglieder gegen eine weitere Absenkung des Rentenniveaus in der gesetzlichen Rentenversicherung aus. Die Riester-Rente wurde eingerichtet, um die in der gesetzlichen Rentenversicherung vorhandene bzw. geschaffene Sicherungslücke auszugleichen. Weitere Lücken dürfen gar nicht erst aufgerissen werden.

Einer Ausweitung des förderberechtigten Personenkreises, wie von der Kommission vorgeschlagen, über den Kreis der gesetzlich Rentenversicherten hinaus auf alle Steuerpflichtigen, stehen die genannten Kommissionsmitglieder kritisch gegenüber – zumindest, was die Zulagenförderung angeht. Dies würde dem gerade beschriebenen Zweck der Riester-Rente – die Füllung der Sicherungslücke, die durch die verschiedenen Rentenreformen gerissen wurde – widersprechen. Davon unberührt ist die Frage der steuerlichen Behandlung von Beiträgen und Rentenzahlungen im Bereich der kapitalgedeckten Vorsorge. Die Freistellung der Beiträge nach dem Prinzip der nachgelagerten Besteuerung führt zu einer gerechten Besteuerung nach Leistungsfähigkeit.

Ebenso kritisch bewerten die genannten Kommissionsmitglieder den Vorschlag, die Höhe der förderfähigen Höchstbeiträge an die Beitragsbemessungsgrenze zu koppeln und damit jährlich zu dynamisieren. Grundsätzlich wäre dies zwar wünschenswert, führt aber finanziell zu nennenswerten Belastungen der öffentlichen Haushalte. Vorrang muss die regelmäßige Anpassung der Zulagen haben, weil diese den ArbeitnehmerInnen mit niedrigen Einkommen zugute kommen und für deren Sparfähigkeit hohe Bedeutung haben. Nur wenn weiterer finanzieller Spielraum vorhanden ist, können auch die steuerlich absetzbaren Höchstbeiträge dynamisiert werden.

Über die sinnvollen Vorschläge des Kommissionsberichts hinaus sind die unterzeichnenden Kommissionsmitglieder der Auffassung, dass eine Bewertung der Anlagen, die von einer unabhängigen Stelle durchgeführt wird und die nach einem vorher festgelegten Katalog Sicherheit und Rendite berücksichtigt, als Entscheidungsgrundlage sinnvoll wäre.

Die Rolle der kollektiven Formen der kapitalgedeckten Vorsorge – die betriebliche Vorsorge, möglichst tarifvertraglich gestaltet – sollte weiter gestärkt werden. Unter den Gesichtspunkten einer angemessenen Rendite, eines hohen Anlageschutzes und der Transparenz der Anlagen bietet sie eindeutige Vorteile. Zudem kann hier eher die Beteiligung der Arbeitgeber an den Aufwendungen erreicht werden. Neben der Vereinheitlichung der Förderbedingungen schlagen die genannten Kommissionsmitglieder weitere Veränderungen vor, um die betriebliche Altersvorsorge zu optimieren:

a. Erhöhung der Flexibilität

Die Vorschriften zur Übernahme und Abfindung von Anwartschaften auf betriebliche Altersversorgung sind unzureichend und müssen den veränderten Erwerbsbiografien angepasst werden. Der Tatsache, dass Arbeitgeberwechsel im Laufe eines Berufslebens inzwischen zur Regel werden, muss durch eine Ver-

besserung und vor allem einer Konkretisierung der gesetzlichen Vorschriften Rechnung getragen werden.

b. Erhöhung der Wahlmöglichkeiten und obligatorische betriebliche Altersvorsorge

Die Wahlmöglichkeiten der ArbeitnehmerInnen bei der Festlegung geeigneter Vorsorgeprodukte sollten gestärkt werden. Ein Weg dazu wäre, den ArbeitnehmerInnen das Recht einzuräumen, den ArbeitgeberInnen einen Durchführungsweg vorzuschlagen, den der Arbeitgeber grundsätzlich akzeptieren muss. Ein gesetzlich festgelegtes Initiativrecht des Betriebsrats und ein Mitbestimmungsrecht bei der Wahl des Produkts würden ebenfalls positive Wirkungen erzielen.

Die Erhöhung der Wahlfreiheit sollte verbunden werden mit der Einführung einer Verpflichtung des Arbeitgebers, von sich aus ein Angebot zum Aufbau einer betrieblichen Altersvorsorge zu machen – unabhängig von der Geltendmachung des Rechtsanspruchs auf Entgeltumwandlung durch die ArbeitnehmerInnen. Eine solche Verpflichtung des Arbeitgebers zum Angebot einer betrieblichen Altersversorgung könnte dann zum Obligatorium (so dass alle ArbeitnehmerInnen in eine betriebliche Altersvorsorge eingebunden sein müssen) weiterentwickelt werden. Insgesamt sollten aber kollektive, kooperativ mit den Arbeitgebern entwickelte Lösungen im Mittelpunkt der Reform der kapitalgedeckten Vorsorge stehen. Durch einfache, durchschaubare gesetzliche Regeln können Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Anstrengungen der Sozialpartner unterstützen.

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Barbara Stolterfoht, Manfred Schoch, Frank Nullmeier und Klaus Wiesehügel sind der Auffassung, dass mittelfristig die obligatorische betriebliche Altersvorsorge eine wünschenswerte Weiterentwicklung der kapitalgedeckten Altersvorsorge darstellt. Dabei sollte eine finanzielle Beteiligung des Arbeitgebers vorgesehen sein. Tarifvertragliche Regelungen können dabei eine große Rolle spielen. Die Vorteile der kollektiven Formen der kapitalgedeckten Vorsorge wurden bereits dargestellt. Vor allem kann eine flächendeckende Ausbreitung betrieblicher Altersversorgung ohne eine gesetzliche Verpflichtung des Arbeitgebers, diese einzurichten, nicht erreicht werden. Diese ist aber – insbesondere aufgrund der Sicherungslücke zwischen gesetzlicher Rente und einem Lebensstandard sichernden Alterseinkommen – sozialpolitisch notwendig. Eine obligatorische betriebliche Altersvorsorge findet allerdings nur dann die Zustimmung der genannten Kommissionsmitglieder, wenn sie mit einer finanziellen Beteiligung der Arbeitgeber an den Vorsorgeaufwendungen verbunden wird.

c. Einzahlungs- und Auszahlungsgerechtigkeit schaffen

Frauen und Männer haben bislang bei der privaten Altersvorsorge keine gleichen Bedingungen bei der Gestaltung der Verträge. Männer sind bevorzugt, da sie aufgrund ihrer geringeren statistischen Lebenserwartung geringere Beiträge für die gleiche monatliche Rente zahlen müssen als Frauen. Bislang ist es bei der privaten Vorsorge nicht gelungen, Angebote zu schaffen, die für Männer und Frauen gleiche Beträge bei Ein- und Auszahlung vorsehen. Nur bei kollektiven – betrieblichen oder tarifvertraglichen Vorsorgeformen – konnte Geschlechtergerechtigkeit verwirklicht werden. Auch dies spricht für die Stärkung der betrieblichen Altersvorsorge – bis hin zum Obligatorium. Solange dieses aber nicht eingeführt worden ist, ist es im Hinblick auf Versorgungsgerechtigkeit notwendig, durch gesetzgeberische Maßnahmen die Anbieter von Altersvorsorgeprodukten zu diesen Angeboten zu verpflichten. Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Barbara Stolterfoht, Frank Nullmeier, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel unterstützen an diesem Punkt die Europäische Kommission, die diesbezügliche Aktivitäten entwickelt hat.

4 Reformvorschläge zur Gesetzlichen Krankenversicherung

4.1 Problemlage und kurzfristige Massnahmen

Die gegenwärtige Diskussion über das deutsche Gesundheitssystem konzentriert sich auf die Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Als Ausdruck dieser Probleme wird insbesondere der Anstieg des Beitragssatzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung gesehen, der sich von 8,2 % der beitragspflichtigen Einkommen im Jahre 1970 auf 14,3 % im ersten Quartal des Jahres 2003 erhöht hat. Diesem Beitragssatzanstieg in den letzten drei Jahrzehnten lagen einerseits Ausgabensteigerungen zu Grunde und andererseits vor allem in den 90er Jahren eine Erosion der beitragspflichtigen Einkommen. In der öffentlichen Wahrnehmung wird sehr kritisch konstatiert, dass man trotz steigender Beitragsbelastungen mit tendenziell sinkenden Leistungen zu rechnen hat, etwa in Form von höheren Zuzahlungen oder von Beschneidungen des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung.

In der Diskussion über die Finanzierungsprobleme in der Gesetzlichen Krankenversicherung findet nur wenig Beachtung, dass gerade in alternden Gesellschaften mit vergleichsweise hohem Einkommensniveau der Gesundheitsmarkt substantielle Wachstums- und Beschäftigungspotenziale bietet. Gesundheitsleistungen werden oft – wie die Ökonomen sagen – als superiore Güter angesehen, die bei steigendem Wohlstand auf eine hohe Einkommenselastizität der Nachfrage treffen. In diesem Fall beruhen die im Trend überproportional steigenden Gesundheitsausgaben auch auf entsprechenden Präferenzen in der Bevölkerung, mehr und bessere Gesundheitsleistungen zu erhalten. Soweit wachsende Gesundheitsausgaben die Folge geänderter Präferenzen sind, stellen sie keine Fehlentwicklung dar.

Allerdings ist ein nicht zu quantifizierender Teil des Ausgabenanstiegs in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch auf effizienzmindernde Organisationsstrukturen und Fehlanreize zurückzuführen. Ursächlich hierfür sind die Besonderheiten des Gesundheitsmarkts. Die unterschiedliche Verteilung von Wissen über Befindlichkeit (Patient) und Behandlungsmöglichkeiten (Arzt) macht eine intensive Kooperation der Akteure zur Voraussetzung für eine hohe Qualität medizinischer Leistungen. Die individuellen Interessen, die das Verhalten von Patienten und Ärzten steuern, stehen jedoch häufig nicht im Einklang mit dem Ziel einer optimalen Behandlungsqualität. Da Versicherte ihre Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung durch ihr Verhalten nicht beeinflussen können, verhalten sie sich bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nur begrenzt kostenbewusst. Die Leistungserbringer sind wiederum aufgrund ihrer höheren Sachkunde in der Lage, die Nachfrage nach ihren Leistungen zu einem großen Teil selbst zu bestimmen. Gleichzeitig setzt das Honorierungssystem Anreize zur Mengenausweitung.

Im lohnbezogenen Finanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung sind auch die rein auf veränderten Präferenzen beruhenden Ausgabenzuwächse nur begrenzt finanzierbar. Treten gravierende Ineffizienzen im Leistungsgeschehen hinzu, dann stößt das System relativ schnell an seine finanziellen Belastungsgrenzen. Beim gegenwärtigen Niveau der Beitragssätze scheint im Hinblick auf die negativen Beschäftigungswirkungen diese Grenze nun

erreicht. Eine Abschwächung der Konjunktur und ein Anstieg der Arbeitslosigkeit führen in einer solchen Situation zu einem Rückgang der Einnahmen, durch den die Organisation der Gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich in Frage gestellt wird.

Zukünftig wird die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung zudem verstärkt von den demografischen Veränderungen bestimmt werden. Die zunehmende Alterung führt zu steigenden Ausgaben und zu sinkenden Einnahmen und wirkt in einem lohnbezogenen Finanzierungssystem somit erhöhend auf die Beitragssätze. Während eine schrumpfende Gesamtbevölkerung nur auf der Einnahmenseite belastend, auf der Ausgabenseite jedoch entlastend wirkt, macht sich ein steigender Altenquotient auf beiden Seiten beitragssatzerhöhend bemerkbar. Gravierende Auswirkungen des demografischen Wandels sind insbesondere dann zu erwarten, wenn man eine Versteilerung des Altersprofils der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung unterstellt und damit eine mit dem Alter zunehmende Differenz zwischen den Zuwachsraten von Ausgaben und Einnahmen.

Im Rahmen der Diskussion über die Finanzierungssituation werden zunehmend auch die Verteilungswirkungen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung problematisiert. In der Gesetzlichen Krankenversicherung findet über die einkommensabhängige Beitragserhebung im Umlageverfahren ein sozialer Ausgleich statt, der etwa 90 % der Bevölkerung einschließt. Die Gesetzliche Krankenversicherung übernimmt damit faktisch gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Da die private Krankenversicherung (PKV) sich über einkommensunabhängige Prämien finanziert, kommt es zu einer unterschiedlichen Behandlung von Gesetzlich und privat Versicherten. Diese können insofern als problematisch angesehen werden, als sich die privat Versicherten mit ihren in der Regel überdurchschnittlichen Einkommen nicht an der Finanzierung der gesamtgesellschaftlich ausgerichteten Einkommensumverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung beteiligen.

Der derzeitige soziale Ausgleich innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung weist Inkonsistenzen und erhebliche Mängel auf, so dass die angestrebten Umverteilungswirkungen nur eingeschränkt oder zumindest nicht effizient, d. h. nur unter Inkaufnahme unerwünschter „Nebenwirkungen“, erreicht werden. Auch wenn die lohnzentrierte Beitragserhebung sich an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten orientiert, führt sie doch zu Abweichungen vom Leistungsfähigkeitsprinzip.

- Ungleichbehandlung von Ehepaaren bei gleichem Haushaltseinkommen tritt auf, wenn das Haushaltseinkommen unterschiedlich auf die Ehepartner verteilt ist und ein Ehepartner ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bezieht.

- Die unterschiedliche Abgrenzung der versicherungspflichtigen Einkommen führt für freiwillig Versicherte und Pflichtversicherte mit Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze zu unterschiedlichen Beitragszahlungen.

- Ältere Versicherte zahlen im Durchschnitt geringere Beiträge als jüngere Versicherte mit gleichem Gesamteinkommen, da sie über einen höheren Anteil von nicht beitragspflichtigen Vermögenseinkünften verfügen.[1]

- Durch die Begrenzung des Beitrags durch die Beitragsbemessungsgrenze zahlen Versicherte mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze einen relativ zu ihren gesamten Arbeitseinkommen geringeren Beitrag als Versicherte mit Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze.

Der Familienlastenausgleich fördert bei genauerer Betrachtung Familien nur sehr zielungenau und stellt damit kein effizientes Mittel zur gesamtgesellschaftlichen Familienpolitik dar.

1 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung [2002], Gutachten 2002, Ziffer 146. Rentner zahlen derzeit noch auf Versorgungsbezüge und Einkommen aus selbständiger Tätigkeit den halben Allgemeinen Beitragssatz. In den Konsensgesprächen wurde beschlossen, auch auf diese Einkommen zukünftig den vollen Beitragssatz zu erheben.

- Aufgrund der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern werden Einverdienerfamilien mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze gegenüber Doppelverdienerfamilien mit gleichem Gesamteinkommen begünstigt, da sie nur den Maximalbeitrag zahlen. Diese Bevorzugung von Familien mit hohen Einkommen widerspricht dem Prinzip der horizontalen Gleichbehandlung.

- Eine Nettobetrachtung, die die gezahlten Beiträge von Familien den in Anspruch genommenen Leistungen gegenüberstellt, zeigt, dass durch die beitragsfreie Mitversicherung Familien mit Kindern nur in geringem Maße, vor allem jedoch ältere Einverdienerehepaare ohne Kinder begünstigt werden.[2]

Die zu vermutenden Ineffizienzen in der Leistungserbringung sprechen für grundlegende Reformen auf der Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung, die darauf abzielen, dass die gegebenen Mittel wirtschaftlicher und qualitätsbewusster eingesetzt werden. Hierdurch würde gleichzeitig Druck auf der Einnahmenseite reduziert. Kurzfristige ausgabenseitige Reformen sind unverzichtbar, verschaffen dem Gesundheitssystem allerdings lediglich eine, wenn auch wichtige, Atempause. Längerfristig gilt es, zusätzlich die Finanzierung des Teils des überproportionalen Ausgabenanstiegs dauerhaft zu sichern, der sich aus der demografischen Entwicklung, dem medizinisch-technischen Fortschritt und veränderten Präferenzen ergibt. Hierzu sind einnahmenseitige Reformen unabdingbar. Diese sollten auch die inkonsistenten Verteilungswirkungen beseitigen.

Die Kommission wurde von der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung am Anfang des Jahres 2003 gebeten, den Kommissionsauftrag dahingehend zu erweitern, bis Mai 2003 der Bundesregierung Empfehlungen vorzulegen, die gleichermaßen geeignet sein sollen, die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung spürbar zu senken wie die Nachhaltigkeit der Finanzierungsstruktur zu erhöhen. Die Kommission ist dieser Bitte dahingehend gefolgt, dass die Arbeitsgruppe Krankenversicherung am 9. April 2003 mehrheitlich einen Zwei-Stufen-Plan vorgeschlagen hat: kurzfristige Stabilisierungsmaßnahmen und Maßnahmen zur Sicherung der langfristigen Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Auf die von der Arbeitsgruppe Krankenversicherung empfohlenen kurzfristigen Maßnahmen mit einem Gesamtvolumen von ca. 20 Mrd. € wird hier nicht mehr eingegangen, da sie von der Bundesregierung aufgegriffen wurden und in modifizierter Form in den konkreten Gesetzgebungsprozess einfließen sollen.[3]

Jenseits dieser kurzfristigen Sparmaßnahmen erachtet die Kommission grundlegende ausgabenseitige Strukturreformen der Gesetzlichen Krankenversicherung als notwendig, die die Voraussetzung für mehr Wettbewerb schaffen und Anreize für wirtschaftliches Verhalten der Beteiligten setzen. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung können verbessert werden, wenn der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern intensiviert wird. Einheitsverträge und Anbietermonopole verhindern einen effizienzorientierten Wettbewerb. Die Transparenz von Qualität und Wirtschaftlichkeit muss verbessert werden. Außerdem gilt es, Prävention und Rehabilitation zu stärken. Diese ausgabenseitigen Reformen sind vorrangig erforderlich, allein jedoch nicht ausrei-

2 Die Gesamtnettozahlungen an Familien beträgt nur etwa 2,5 % der Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, da die Gruppe der Familien über überdurchschnittliche Einkommen verfügt. Dabei steigt im Durchschnitt das Einkommen von Familien mit der Anzahl der Kinder an. Das Durchschnittsfamilieneinkommen von Ehepaaren mit mindestens einem mitversicherten Kind liegt über der Beitragsbemessungsgrundlage, wobei Doppelverdiener ein höheres Einkommen als Einverdienerfamilien beziehen. Vgl. Rosenschon, A. [2001], Familienförderung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme, Institut für Weltwirtschaft, Kieler Arbeitspapiere Nr. 1071, Kiel, S. 10 ff. Pfaff, Anita B. [1993]: Familienhilfe – Familienlastenausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 42 (1993) 12, S. 304 ff. Wenzel, D. [1999]: Finanzierung des Gesundheitswesens und interpersonelle Umverteilung, Frankfurt, S. 167 ff.

3 Die Berechnungen der Kommission haben gezeigt, dass eine Quantifizierung von Einsparpotenzialen in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit außerordentlichen Schwierigkeiten verbunden ist.

chend, um die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu sichern. Daher hat die Kommission finanzierungsseitige Reformen für eine dauerhafte und beschäftigungsfreundliche Finanzierung erarbeitet.

4.2 Grundprinzipien und Ziele der Gesundheitsreform

Die Kommission ist der Auffassung, dass eine Gesetzliche Krankenversicherung bestimmte Anforderungen erfüllen muss. An erster Stelle steht die Sicherstellung der Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen, d.h. die Gewährleistung einer medizinisch hochstehenden Versorgung für alle Versicherten. Dabei sind Reformvorschläge für das Gesundheitswesen auch im Hinblick auf die zu erwartenden Effekte für den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung („Public Health") zu bewerten, d.h. auch im Hinblick auf Versorgungsstrukturen, auf die Qualität medizinischer Leistungen und auf den Zugang zu medizinischen Leistungen.

Um die angestrebten Ziele zu erreichen, ist eine Versicherungspflicht ebenso unverzichtbar wie der Kontrahierungszwang auf der Seite der Krankenversicherungen. Eine Selektion nach dem Gesundheitszustand oder bestimmten Risikoprognosen ist abzulehnen. Die Anreize zu einer solchen Selektion müssen – auch durch einen geeigneten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – minimiert werden. Die Kommission spricht sich in diesem Zusammenhang gegen eine altersabhängige Leistungsausgrenzung aus. Neben dem als selbstverständlich anzusehenden Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken sollte auch ein Ausgleich zwischen Alten und Jungen stattfinden, damit für ältere Versicherte die Gesundheitsabsicherung bezahlbar bleibt. Eine Differenzierung der Beiträge nach Männern und Frauen wird abgelehnt. Ein Ausgleich zwischen Versicherten mit Kindern und Versicherten ohne Kinder ist familienpolitisch geboten. Und schließlich muss ein sozialer Ausgleich sicherstellen, dass alle Versicherten unabhängig vom Einkommen vollen Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen erhalten.

Die spezifische Zielsetzung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung kann durch verschiedene Kriterien operationalisiert werden.

Ein wichtiges Kriterium für ein dauerhaft tragfähiges Finanzierungssystem ist seine Verträglichkeit mit Beschäftigung und Wachstum. Eine wesentliche Vorgabe für die Kommission ist es, die Abgabenlast auf den Faktor Arbeit einzuschränken, um die Wachstumschancen und Beschäftigungsmöglichkeiten der gesamten Volkswirtschaft nicht zu beeinträchtigen.

Neben seiner Wachstumsfreundlichkeit sollte ein Finanzierungskonzept auch nach seiner Konjunkturunabhängigkeit beurteilt werden. Anzustreben ist eine Beitragserhebung, die möglichst konjunkturelle Schwankungen nicht verstärkt, d.h. nicht prozyklisch wirkt.

Die Art der Finanzierung muss zudem unter dem Blickwinkel möglicher Auswirkungen auf die Effizienz der Leistungserbringung überprüft werden. Finanzierungsformen, die den Wettbewerb unter den Leistungserbringern nicht fördern oder sogar einschränken, können negative Nebenwirkungen auf die Effizienz der Leistungserbringung ausüben und damit das Kosten-Leistungsverhältnis der Gesundheitsversorgung verschlechtern.

Neben den interpersonellen Umverteilungswirkungen gilt es insbesondere vor dem Hintergrund der Bevölkerungsalterung die intergenerativen Verteilungseffekte zu berücksichtigen. So erachtet es die Kommission als nachteilig, wenn die Lasten der Finanzierung des Gesundheitssystems einseitig auf künftige Generationen verlagert werden.

Darüber hinaus sollten Reformvorschläge stets unter dem Aspekt der administrativen Beherrschbarkeit und der Vereinbarkeit mit der Entwicklung des Europäischen Binnenmarkts beurteilt werden.[4]

Kasten 4-1: Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen – Stärkung der Verbraucher – und Patientensouveränität

Die Rolle des Verbrauchers im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren verändert. Viele Patienten und Versicherte haben den Wunsch, sowohl im unmittelbaren Behandlungsgeschehen als auch in den Strukturen des Gesundheitswesens besser beteiligt zu werden. Partizipation ist dabei ein wesentlicher Faktor für Effizienz und Qualitätsentwicklung, aber auch für die Akzeptanz des um seine Legitimation ringenden solidarischen Gesundheitssystems. Je souveräner Patienten und Versicherte als Verbraucher im System agieren, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass Mittel effizient und zielgenau eingesetzt werden. Versicherten- und Patientenbeteiligung ist daher eine strukturelle Bedingung für Qualität und Wirtschaftlichkeit, und damit für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems.

Verbrauchersouveränität und Systemverantwortung

Damit Patienten und Versicherte ihre Rolle als mündige Verbraucher wahrnehmen können, müssen ihnen die im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen und ihre Kosten transparenter gemacht werden. Vorliegende Qualitätsdaten über medizinische, pflegerische und rehabilitative Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (Entwicklung transparenter Benchmarkingsysteme) sind deshalb in für Verbraucher verständlicher Weise zu veröffentlichen und nutzbar zu machen. Versicherte und Patienten können darüber hinaus durch gezielte Anreizsysteme zu wirtschaftlich und gesundheitspolitisch sinnvollem Verhalten motiviert werden.

Stärkung der Position von Patientinnen und Patienten

Die Rolle der Patientinnen und Patienten als mündige Partner im Behandlungsgeschehen ist zu stärken. Das betrifft auch ihre rechtliche Position gegenüber Ärzten und Pflegekräften, die in Deutschland durch Gesetz und Rechtsprechung definiert wird. Diese Rechte werden indes nicht immer in ausreichender Weise wahrgenommen. Um diese Rechte von Patientinnen und Patienten konkret mit Leben zu füllen, sind unabhängige Information und Beratung notwendig. Darüber hinaus ist die Rechtsstellung des Patienten im Fall eines Behandlungsfehlers zu stärken.

Verbraucherbeteiligung und Qualitätsentwicklung

Patientinnen und Patienten verfügen über wertvolles Erfahrungswissen, das auf den unterschiedlichen Entscheidungsebenen des Gesundheitswesens unverzichtbar ist, um die Qualität der Versorgung weiterzuentwickeln. Eine angemessene Beteiligung von Patientenvertretern ist daher in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu gewährleisten. Der von der Bundesregierung geplante Patientenbeauftragte kann hier eine wichtige Scharnierfunktion übernehmen.

4.3 Konzeptionelle Alternativen zur lohnzentrierten Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die derzeitige ausschließlich lohnzentrierte Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist aufgrund der Veränderungen in den sozio-demografischen Rahmenbedingungen und aufgrund der im medizinisch-technischen Fortschritt begründeten Ausgabendynamik nicht mehr nachhaltig.

Diese Ausgabendynamik übt Druck auf die Beitragssätze aus. Aufgrund der heutigen Beitragserhebung wirkt dieser in doppelter Weise wachstumshemmend, nämlich sowohl gesamtwirtschaftlich als auch bezogen auf die Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Ein sinkender Anteil der beitragspflichtigen Einkommen am Bruttosozialprodukt als Folge der hohen Arbeitslosigkeit, eines wachsenden Anteils von Rentnern, von Leistungsrücknahmen bei den Renten und einer Verschiebung von gesamtgesellschaftlichen Lasten auf die Gesetzliche Krankenversicherung („Verschiebebahnhöfe“) erhöhen die Lohnzusatzkosten immer stärker – mit nachteiligen Konsequenzen für Beschäftigung und Wachstum. Eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik ist keine ausreichende Antwort auf die in einer alternden Gesellschaft gegebenen Chancen eines nach Maßgabe der Präferenzen der Versicherten wachsenden Gesundheitsmarkts.

4 Kritisch wurde angemerkt, dass diese Kriterien zusätzlich zu ergänzen bzw. zu detaillieren sind: Zur Nachhaltigkeit der Sozialen Sicherungssysteme gehöre die Verlässlichkeit individueller und kollektiver Versorgungsansprüche. Die vorgeschlagenen Finanzierungsoptionen sollten geeignet sein, einen dauerhaften, umfassenden und qualitativ hoch stehenden Leistungsanspruch zu gewährleisten. Dies sei ein wichtiges Element zur Legitimation eines jeden Versicherungssystems. Neben den beschäftigungs- und wachstumspolitischen Aspekten sei insbesondere auf die soziale Ausgewogenheit der Reformvorschläge zu achten. Damit werde das Thema der Verteilungs- und Belastungsgerechtigkeit bei der Bestimmung des Versichertenkreises wie der Beitragsbemessungsgrundlage angesprochen. Dies bedeute auch, dass im Hinblick auf die Beitragserhebung Versicherte mit gleich hoher Leistungsfähigkeit auch gleich behandelt werden. Kriterien für eine umfassende Strukturreform dürften dabei nicht nur wirtschaftlicher Art sein. Hier seien neben der Frage der Geschlechtergerechtigkeit auch der Aspekt von Partizipation und Transparenz im Gesundheitswesen sowie die soziale Verteilung von Gesundheitschancen bzw. -risiken mit zu berücksichtigen.

Zusätzlich ist die ausschließlich lohnzentrierte Finanzierung in hohem Maße konjunkturreagibel. In konjunkturell schwächeren Zeiten steigt die Bemessungsgrundlage weniger stark und eine Anhebung der Beitragssätze wird erforderlich, um die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren. Die steigenden Beitragssätze wiederum wirken sich negativ auf Wachstum und Beschäftigung aus.

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung kann nur durch grundlegende Reformen nachhaltig gesichert werden. Dazu gehört auch die Prävention und Rehabilitation sowie die Erhöhung der Versicherten- und Patientensouveränität. Ungeachtet dessen sind ausgabenseitige Strukturreformen unverzichtbar, ja vorrangig erforderlich. Sie sollten explizite Anreizmechanismen für ein wirtschaftliches Verhalten aller Akteure enthalten. Die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven ist jedoch allein keine nachhaltige Finanzierungsquelle. In der Kommission sind zwei konzeptionelle Alternativen entwickelt worden, um eine dauerhaft ergiebige und beschäftigungsfreundliche Finanzierung sicherzustellen:

- Eine die gesamte Bevölkerung umfassende Bürgerversicherung, welche von allen Bürgerinnen und Bürgern in Orientierung am Leistungsfähigkeitsprinzip über einkommensabhängige Beiträge zu finanzieren ist, wobei das Ziel der personellen Einkommensumverteilung integrierter Bestandteil des Systems bleibt.

- Das Modell pauschaler Gesundheitsprämien, das sich am Prinzip der Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung orientiert sowie die personelle Einkommensumverteilung aus dem Gesundheitsbereich ausgliedert und sie dem Steuer-Transfer-System zuweist.

Die Bürgerversicherung zielt bei der Finanzierung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf eine umfassendere Verwirklichung des Prinzips der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Einzelnen und auf eine integrierte personelle Einkommensumverteilung ab. Der Versichertenkreis und die Beitragsgrundlagen werden auf alle Bürgerinnen und Bürger sowie auf alle Einkunftsarten ausgeweitet, die Versicherungspflichtgrenze wird abgeschafft und die Beitragsbemessungsgrenze angehoben, die Beiträge bleiben einkommensabhängig und der personelle Einkommensausgleich verbleibt innerhalb des beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystems. Für die lohnabhängigen Beitragsteile bleibt es bei der paritätischen Finanzierung. Langfristiges Ziel ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen als Vollversicherung das medizinisch Notwendige absichern und die privaten Krankenversicherungen Zusatzversicherungen für Leistungen, die nicht medizinisch notwendig sind, anbieten. Es ist zu prüfen, ob und wie sich die privaten Krankenversicherungen am Angebot der Bürgerversicherung beteiligen können.

Das Gesundheitsprämienkonzept orientiert sich am Äquivalenzprinzip und zielt auf eine völlige Herausnahme der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung aus den Lohnzusatzkosten. Die Beiträge richten sich in Analogie zu Versicherungsprämien nach dem Leistungsvolumen und nicht nach der Höhe des Einkommens der Versicherten. Damit führen Prämiensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr automatisch zu einer Verteuerung des Faktors Arbeit. Das Gesundheitsprämienkonzept geht davon aus, dass der soziale Ausgleich mit einer höheren Zielgenauigkeit im staatlichen Steuer-Transfer-System realisiert werden kann. Angesichts der zukünftigen demografischen Herausforderungen sollen die privaten Krankenversicherungen als kapitalgedeckte Krankenvollversicherungen erhalten bleiben, aber einem deutlich schärferen Wettbewerb sowohl innerhalb ihres Segments als auch nach Möglichkeit zwischen den Systemen ausgesetzt werden. Langfristig wäre ein einheitlicher Ordnungs- und Regulierungsrahmen für Gesetzliche und private Krankenversicherungen möglich und erstrebenswert.

Beide Vorschläge sind in sich geschlossene Konzeptionen. Ihnen ist gemeinsam, dass sie

die beschäftigungsfeindliche Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung nahezu ausschließlich über die Löhne überwinden und alle anderen Einkommensarten zur Finanzierung der Gesundheitskosten sowie des sozialen Ausgleichs mit heranziehen. Sie unterscheiden sich jedoch in der Gewichtung der Ziele Wachstums- und Beschäftigungsverträglichkeit einerseits sowie der Organisation der gesundheitsunabhängigen Einkommensumverteilung andererseits.

Die Kommission empfiehlt der Politik, diese gesellschaftspolitische Grundsatzentscheidung über die zukünftige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung rasch zu treffen und damit die Voraussetzung für eine schrittweise, an einem Gesamtkonzept ausgerichtete Finanzierungsreform zu schaffen. Sie hält aber systemunabhängige Reformschritte auf der Einnahmenseite für möglich, mit denen auf die Verwerfungen im materiellen Ausgleich zwischen Allgemeiner Krankenversicherung (AKV) und Krankenversicherung der Rentner (KVdR) reagiert werden kann.

4.3.1 Die Bürgerversicherung

Der nachfolgende Text stellt aus Sicht der Befürworterinnen und Befürworter das Konzept der Bürgerversicherung dar.

4.3.1.1 Kernelemente und Ziele

Die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme hat die Aufgabe, Vorschläge für eine nachhaltige Finanzierung und Weiterentwicklung der Sozialversicherung zu entwickeln. Die Bürgerversicherung verfolgt konkret das Ziel, die Lohnzusatzkosten zu senken, die Beitragsgerechtigkeit zu erhöhen, die Konjunktur zu fördern und insgesamt die Gesetzliche Krankenversicherung für die kommenden demografischen Herausforderungen nachhaltig zu stärken.

Die Bürgerversicherung basiert auf der Überzeugung, dass die vielfältigen Herausforderungen der Gesetzlichen Krankenversicherung nur durch ein in sich geschlossenes Gesamtkonzept gelöst werden können. Die dafür notwendigen Maßnahmen können in drei Teilbereiche gegliedert werden:

- Erweiterung des Versichertenkreises durch eine Einbeziehung aller Gruppen der Bevölkerung, also auch von Selbständigen und Beamten. Die Versicherungspflichtgrenze wird aufgehoben. Dabei sind Zwischenschritte möglich.

- Erweiterung der Beitragsgrundlage durch eine Einbeziehung weiterer Einkunftsarten, insbesondere Einkünften aus Vermietung, Zinseinkünfte und Kapitaleinkünfte. Durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 € (Angleichung an die Rentenversicherung) und die Einbeziehung der anderen Einkunftsarten wird der allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen entsprechend gesenkt.

- Angebot von Zusatzversicherungen durch die private Krankenversicherung. Leistungen, deren medizinische Notwendigkeit nicht nachgewiesen werden kann oder die reinen Wellness-Charakter haben, können über private Zusatzversicherungen abgedeckt werden. Diese Versicherungen können von der privaten Krankenversicherungsbranche angeboten werden. Ein entsprechender Leistungskatalog könnte von einem Ausschuss definiert werden, welcher von der Gesetzlichen Krankenversicherung, der privaten Krankenversicherung, den Leistungsanbietern und Patientenvertretern besetzt wird. Alle medizinisch notwendigen und wirksamen Leistungen werden weiterhin über die Gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt. So wird der Wachstumsmarkt Medizin nicht beschränkt und trotzdem eine sich entwickelnde Zwei-Klassen-Medizin vermieden.

Die Wirkungen der Bürgerversicherung tragen dazu bei, die beiden wichtigsten Vorgaben der Kommission, die Senkung der Lohnzusatzkosten und die Stärkung der Nachhaltigkeit, zu erfüllen. Sie sind jedoch auch unter sozialpolitischen und arbeitsmarktpolitischen Aspekten zielführend:

Die Nachhaltigkeit wird gestärkt, da die Gesetzliche Krankenversicherung auf eine breitere Basis in Bezug auf Personen und Einkunftsarten gestellt wird. Einkünfte aus Vermietung sowie Kapital gehören zu den an Bedeutung gewinnenden Einkunftsarten, während die Einkünfte aus abhängiger Beschäftigung relativ abnehmen werden. Die Gesetzliche Krankenversicherung muss an allen Einkunftsströmen teilnehmen, um die langfristige Finanzierung nachhaltig zu stabilisieren. Insbesondere vor dem Hintergrund flexiblerer Vertragsbeziehungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist dies von hoher Bedeutung.

- Die Lohnzusatzkosten werden gesenkt, da die Mehreinnahmen aus der Verbreiterung der Beitragsbasis an die Versicherten weitergereicht werden. Insbesondere arbeitsintensive Unternehmen mit Beschäftigten im unteren Einkommensbereich profitieren von der Bürgerversicherung. Gerade für diese Gruppe von Beschäftigten sind Senkungen der Grenzbelastung von höchster Bedeutung. Die Grenzbelastung gibt an, wie hoch der zusätzliche Abgabenanteil eines Arbeitnehmers bei Einkommenssteigerungen ausfällt.

- Eine Konjunkturbelebung tritt ein, da durch die Bürgerversicherung insbesondere diejenigen Haushalte entlastet werden, die im unteren und mittleren Einkommenssektor liegen und eine entsprechend hohe Konsumquote aufweisen. Die Konjunktur kann auf einen erheblichen und andauernden Nachfragezuwachs bauen. Eine Belastung fällt im Wesentlichen an für Haushalte mit Bruttojahreseinkommen über 50.000 € (Familien mit Kindern) beziehungsweise über 35.000 € (Alleinstehende). Diese weisen bereits eine vergleichsweise hohe Sparquote auf.

- Die Stärkung der Solidarität und der sozialen Gerechtigkeit wird durch den Rückbau von Sonderregelungen erreicht. Die Sonderstellung von Beamten und Selbständigen wird beendet, um auch diesen Gruppen die Möglichkeit des Beitritts in die Gesetzliche Krankenversicherung zukünftig zu geben. Das „Rosinenpicken“ der privaten Krankenversicherung bei jungen, gesunden, gut verdienenden und häufig alleinstehenden Versicherten wird eingeschränkt. Die soziale Gerechtigkeit wird auch durch die gleichberechtigte Einbeziehung aller Einkunftsarten verstärkt. Eine unterschiedliche Zusammensetzung des individuellen Einkommens führt nicht mehr zu einer unterschiedlichen Heranziehung beim Beitrag.

- Die unbürokratische Lösung der Einziehung des Hauptanteils der Beiträge über den Arbeitgeber bleibt bestehen. Eine Erweiterung in Bezug auf die anderen Einkunftsarten kann ohne großen Zusatzaufwand und Bürokratie durch die Finanzämter abgewickelt werden. Insbesondere ist es nicht notwendig, dass der Versicherte einem Meldewesen unterworfen wird oder Anträge schreiben muss.

- Die Qualität der Versorgung wird erhöht, da die gesetzlichen Krankenkassen und die verkrusteten Strukturen des Leistungsangebots einem konsequenten Qualitätswettbewerb ausgesetzt werden. Eine Mehrklassenmedizin wird abgebaut zugunsten besserer Standards für alle Versicherten für alle medizinisch notwendigen Leistungen. Einheitsverträge und Monopolstrukturen werden aufgelöst.

- Die Bürgerversicherung verbleibt mit ihrer Beitragserhebung im Rahmen der in Europa üblichen Verfahren. Die Beitragserhebung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip ist überwiegend verbreitet. Ausländische Krankenkassen haben sehr gute Möglichkeiten, sich im Bereich der Zusatzversicherungen oder auch der Vollversicherungen (weiter) zu etablieren. Der Ausbau des Risikostrukturaus-

gleichs hin zu einer besseren Abbildung der Morbidität nutzt dabei sowohl internationalen als auch den deutschen Krankenkassen, um einen echten Wettbewerb um beste Versorgungsqualität führen zu können und den Wettbewerb um ausschließlich gute Risiken zu beenden. Als weiteren Punkt wird die Bürgerversicherung die Wettbewerbsfähigkeit der gesamten deutschen Wirtschaft dahingehend stärken, im europäischen Binnenmarkt bestehen zu können.

4.3.1.2 Versichertenkreis

Die Anpassung des Versichertenkreises erfolgt durch zwei Einzelmaßnahmen. Diese sind die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und die Erweiterung des Versichertenkreises. Beide Maßnahmen führen dazu, dass die Gesetzliche Krankenversicherung weitere Personengruppen innerhalb der Gesamtbevölkerung umfasst.

Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze

Die Bürgerversicherung sieht vor, dass die Versicherungspflichtgrenze – möglicherweise in Zwischenschritten – aufgehoben wird. Eine kontinuierliche Anpassung der Versicherungspflichtgrenze hat es bereits in der Vergangenheit gegeben und ist auch unstrittig, da die Löhne und Gehälter ebenfalls ansteigen. Eine starke Risikoselektion der privaten Krankenversicherung ist die Folge der Versicherungspflichtgrenze.

So wechseln in die private Krankenversicherung vorwiegend junge, gesunde Versicherte, welche bereits früh im Erwerbsleben Lohneinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erzielen konnten. Erkrankte Versicherte wechseln kaum, da sie erhebliche Zuschläge aufgrund ihrer Morbidität erwarten müssen. Ebenso wechseln ältere Versicherte kaum, da sie die Kapitalrückstellungen nicht mehr bilden können und so ebenfalls unmittelbar ein erhebliches Morbiditätsrisiko mit den Beiträgen abdecken müssen.

Die Versichertengruppe der jüngeren, gesunden und überdurchschnittlich einkommensstarken Versicherten unterstützt somit nicht mehr den solidarischen Ausgleich innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung. Darüber hinaus handelt es sich häufig um Alleinstehende. Chronisch erkrankte Versicherte, ältere Versicherte oder Familien mit mehreren Kindern hingegen stützen sich gegenseitig innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Solidarsystem, welches ausgerechnet die stärksten Mitglieder der Gesellschaft nicht enthält, macht keinen Sinn.

Auch empirisch kann nachgewiesen werden, dass Versicherte in der privaten Krankenversicherung eine niedrigere Morbidität aufweisen und somit geringere Krankheitskosten verursachen. Eine Auswertung von Umfragedaten der NFO Infratest Health aus dem Jahr 2002 über rund 60.000 Versicherte zeigt, dass insgesamt ein Drittel niedrigere Gesundheitsausgaben von privat Versicherten in der relevanten Altersgruppe der 30-40-Jährigen erwartbar sind.[5] Diese Altersgruppe ist von entscheidendem Interesse, da sie die weitaus überwiegende Gruppe der Wechsler in die private Krankenversicherung stellt. Vorher werden derzeit in der Regel nicht die entsprechenden Lohneinkommen erzielt, in höherem Alter sind die Prämiengestaltungen der privaten Krankenversicherung unattraktiv bzw. die Familiengründung erfordert höhere Beitragszahlungen pro Versichertem in der privaten Krankenversicherung.

Abbildung 4-1 (Seite 153) zeigt, dass bei keiner der abgefragten Erkrankungen Versicherte der privaten Krankenversicherung durchgehend höhere Morbiditäten aufweisen. Hinzu kommt, dass die Einkommen der Versicherten in der privaten Krankenversicherung überdurchschnittlich hoch liegen und daher auch hohen Beitragszahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen würden.

5 Lauterbach, K., Lüngen, M., Wendland, G., Klever-Deichert, G., Stock, S. und Gerber, A. [2003], Unterschiede in den Leistungsausgaben zwischen Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung und privaten Krankenversicherung. Empirische Analyse des Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Köln.

Eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze ist daher eine Maßnahme zur Stärkung der Solidarität innerhalb der Gesellschaft. Die Abwanderung von Versicherten mit günstigen Risiken in die private Krankenversicherung kann damit abgelöst werden. Die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze kann in Zwischenschritten erfolgen. In dieser Übergangsphase können die privaten Krankenversicherungen sich stärker auf das Angebot von Zusatzversicherungen spezialisieren.

Die Zusatzversicherungen können medizinische Leistungen abdecken, die in den Bereich der Luxusmedizin, der Wellness-Angebote und der medizinisch nicht notwendigen Verfahren gehören. Welche Leistungen konkret diese Definition erfüllen, könnte durch einen Ausschuss bestimmt werden, welcher von der Gesetzlichen Krankenversicherung, der privaten Krankenversicherung, den Leistungsanbietern und Patientenvertretern besetzt würde.

Erweiterte Versicherungspflicht

Die Bürgerversicherung erweitert die Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch auf gesellschaftliche Gruppen, die bisher eine Sonderstellung in Bezug auf die Wahl der Versicherungssysteme hatten. Dies betrifft insbesondere Beamte, Selbständige und Sozialhilfeempfänger. Die Wirkung der Versicherungspflichtgrenze wird aufgehoben. Ein Vertrauensschutz für bestehende Verträge in der privaten Krankenversicherung wird eingerichtet. Durch die erfolgte Kapitaldeckung in der privaten Krankenversicherung sind diese bestehenden Verträge nicht gefährdet.

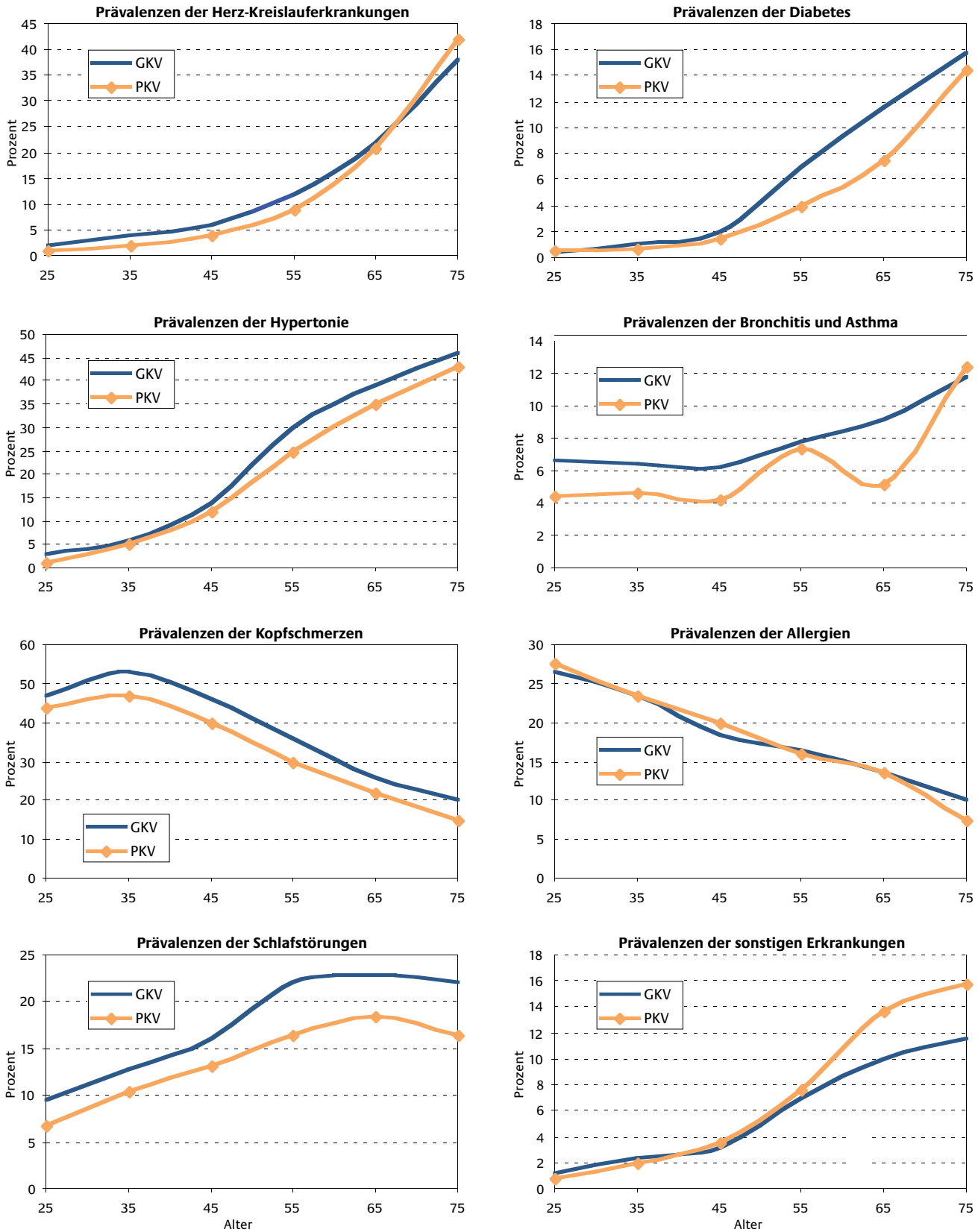
Da die Erweiterung der Versicherungspflicht auf weitere Bevölkerungsgruppen einen einschneidenden Schritt darstellt, ist der bereits vollzogene Wechsel von der Gesetzlichen Krankenversicherung in die private Krankenversicherung für einige Versicherte eventuell vor diesem neuen Hintergrund rückwirkend nicht mehr als erstrebenswert anzusehen. Gründe hierfür mögen die dadurch erforderliche Mitgliedschaft von Familienangehörigen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sein (statt beispielsweise über den Beamtenstatus in der privaten Krankenversicherung). Ein weiterer Grund kann die Sorge vor stark steigenden Prämien in der privaten Krankenversicherung mit steigendem Lebensalter darstellen. Rückkehroptionen sollten auch für Beamte gelten.

Insgesamt wird vorgeschlagen, ein Rückkehrrecht von der privaten Krankenversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung für Versicherte einzurichten, die in den letzten 5 Jahren vor Umsetzung der hier vorgeschlagenen Änderung die Gesetzliche Krankenversicherung verlassen haben. Ein generelles Rückkehrrecht erscheint unsolidarisch, da damit auch ältere Versicherte, die im Verlaufe des Arbeitslebens mögliche Vorteile der privaten Absicherung nutzen konnten, nun auf Kosten aller gesetzlich Versicherten die Vorteile möglicher niedrigerer Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherung nutzen könnten. Ein generelles Rückkehrrecht wäre lediglich denkbar, wenn eine Überführung der Altersrückstellungen in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (beispielsweise in den Risikostrukturausgleich) möglich wäre. Die finanziellen Auswirkungen eines solchen Schritts bedürfen jedoch noch der quantitativen Abschätzung und rechtlichen Bewertung.

Insbesondere bei der Einbeziehung der Beamten scheint in der Vergangenheit oftmals ausgeführt worden zu sein, dass eine Änderung des Status quo der Beamten bei der Wahl der Krankenversicherung nicht mit Art. 33 Abs. 5 GG vereinbar wäre. Diese Auffassung hat sich in der Rechtsprechung jedoch nicht durchgesetzt. Als Gründe gelten:

- Das gegenwärtige Beihilfesystem ist erst in relativ jüngerer Vergangenheit ausgebildet worden.
- Die Fürsorgepflicht des Dienstherren kann verschiedene Ausgestaltungen erfahren.
- Die Zuschussregelung zur Gesetzlichen Krankenversicherung ist in der Umsetzung unproblematisch.

Abbildung 4-1: Prävalenzen von Versicherten nach Altersklassen und Krankheitsgruppen



Quelle: Infratest, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln.

Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Urteil vom Nov. 2002 zudem klargestellt, dass die Grundsätze des Berufsbeamtentums – Fürsorgepflicht und Alimentationsprinzip – nicht beeinträchtigt werden, wenn der Umfang der Beihilfe begrenzt wird auf das Niveau der Patientinnen und Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung (Az.: 2 BvR 1053/98). Eine Verletzung von Art. 33 Abs. 5 GG ist nicht gegeben. Daher lässt sich keine Sonderstellung für Beamte in der Bürgerversicherung begründen. Die Rechtslage ist somit anders zu beurteilen als im Hinblick auf die Einbeziehung von Beamten in die Gesetzliche Rentenversicherung.

Es sollte geprüft werden, ob sich für Selbständige in der Gründungsphase eines neuen Unternehmens Hemmnisse aus einer Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Insbesondere ist zu analysieren, ob ihnen die Möglichkeit einzuräumen ist, spezielle Tarife für Unternehmensgründer für einen angemessenen Zeitraum zu wählen. Diese speziellen Tarife für Unternehmensgründer könnten beispielsweise einen niedrigeren Beitragssatz aufweisen oder auch an die Zahl der neu geschaffenen Arbeitsplätze gekoppelt sein. Geprüft werden sollte auch, ob die in diesen neu gegründeten Unternehmen arbeitenden Beschäftigten ebenfalls den speziellen Tarif in Anspruch nehmen können.

4.3.1.3 Beitragsbemessungsgrundlagen und Beitragserhebung

Die Bürgerversicherung sieht die Ausgestaltung der Beitragsbemessungsgrundlage als weiteren entscheidenden Schritt an, um die Nachhaltigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken.

Gegenwärtig lastet das Beitragsaufkommen zum überwiegenden Teil auf dem Lohneinkommen. Dies führt zu einer Belastung der Lohnzusatzkosten von Unternehmen und somit zu einem Wettbewerbsnachteil im internationalen Vergleich insbesondere für arbeitsintensiv hergestellte Produkte.

Die vorgeschlagenen Reformschritte umfassen die

- Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf alle Einkunftsarten, insbesondere auch auf Einkünfte aus Vermögen, sowie die
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 € für alle Einkommensbestandteile und damit auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung.

Einbeziehung aller Einkunftsarten

Zusätzlich zu den Einkünften aus abhängiger Beschäftigung sollen weitere Einkunftsarten in die Beitragspflicht der Bürgerversicherung einbezogen werden. Dies sind Arbeitseinkommen nach § 15 SGB IV und Vermögenseinkommen.

Arbeitseinkommen ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus Land- und Forstwirtschaft, selbständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb. Diese Arbeitseinkommen werden den Einkommen aus abhängiger Beschäftigung gleichgestellt. Der Beitrag auf diese Einkommensarten ist vom Versicherten allein zu tragen und deshalb so hoch wie bei einem abhängig Beschäftigten der Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil zusammen.

Als Vermögenseinkommen sind zu berücksichtigen Einnahmen aus Kapitalvermögen nach § 20 EStG nach Abzug der Werbungskosten, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung nach § 21 EStG nach Abzug der Werbungskosten sowie ggf. weitere Einkünfte (§ 22 EStG). Dies entspricht dem umfassenden Einkommensbegriff des § 240 Abs. 1 SGB V.

Die Absicherung von Ehepartnern ohne eigenes Einkommen ist im Rahmen der Bürgerversicherung sowohl als beitragsfreie Mitversicherung als auch im Rahmen eines negativen Ehegattensplittings umsetzbar.

Die Betrachtung der horizontalen Gerechtigkeit erfordert zudem eine Abschätzung gegenüber dem gegenwärtigen Verfahren. Die völli-

ge Ausgrenzung von Einkommensteilen führt zu sehr viel größeren Ungleichbehandlungen. Ein Versicherter mit niedrigem Lohneinkommen, jedoch hohem Einkommen aus Vermietung und Verpachtung liegt in seiner Beitragslast sehr viel niedriger als ein Versicherter mit gleich hohem Gesamteinkommen nur aus abhängiger Beschäftigung. Letzterer subventioniert derzeit den Ersteren.

Neben der besseren Umsetzung der Gerechtigkeit liegt ein weiteres Argument für die Einbeziehung aller Einkommensbestandteile in der Nachhaltigkeit des Beitragsaufkommens. Einkünfte aus Vermögen weisen im langfristigen Trend höhere Steigerungsraten auf als Einkünfte aus abhängiger Beschäftigung. Um die Nachhaltigkeit der Finanzierung zu steigern, ist die Einbeziehung dieser Einkunftsarten daher sinnvoll.

Die Umsetzung der Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Bemessung der Beitragspflicht kann auf vielfältige praktische Erfahrung zurückgreifen. So wurden freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner bis zum 1.4.2002 mit allen Einkommensbestandteilen verbeitragt. Zwar gilt dies auch nach der gesetzlichen Neuregelung, jedoch ist der Zugang zur KVdR (Krankenversicherung der Rentner) deutlich erleichtert worden, so dass auch die freiwillig Versicherten zum überwiegenden Teil nach der Verrentung Zugang zur KVdR haben, in der keine Beiträge auf sonstige Einkommen zu entrichten sind. Hintergrund der Neuregelung war die Absicht, eine Gleichstellung möglichst vieler Rentnerinnen und Rentner hinsichtlich der Beitragspflicht zu erreichen.

Die freiwillig Versicherten setzen sich aus vier Gruppen zusammen. Die langjährigen Erfahrungen in der Verbeitragung können als Grundlage für eine Einbeziehung von Einkünften aus Vermögen für alle Versicherten dienen.

- Freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner. Hierbei handelt es sich nicht um Rentnerinnen und Rentner, deren Einkommen aus Renten oder anderen Einkommensarten oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Vielmehr wird die Freiwilligkeit der Versicherung über die Anzahl der Jahre in der Gesetzlichen Krankenversicherung während des Erwerbslebens bestimmt (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V). Mit Eintritt der Verrentung ist die Aufnahme in die KVdR möglich, wenn die nötige Vorversicherungszeit von „9/10 in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens“ erfüllt ist. Dies sei veranschaulicht am Beispiel einer verrenteten Führungskraft, die mit 26 Jahren eine versicherungspflichtige Tätigkeit aufgenommen hat und mit 64 Jahren den Rentenantrag stellt. Im Alter von 35 Jahren überschreitet das Gehalt die Versicherungspflichtgrenze. Danach bleibt der Versicherte bis zur Rentenantragstellung ohne Unterbrechung als freiwilliges Mitglied in seiner Krankenkasse. Entscheidend für die Aufnahme in die KVdR ist die Tatsache, dass vom 45. bis zum 64. Lebensjahr („zweite Hälfte“) 9/10 des Zeitraums mit Zeiten in der Gesetzlichen Krankenversicherung belegt wurden. Im konkreten Fall darf eine etwaige Lücke in der Versicherungszeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung maximal ca. 2 Jahre (1/10*19 Jahre = 22,8 Monate) betragen. Da die Vorversicherungszeit zu 100 % erfüllt wurde, besteht kein Hindernis für die Aufnahme in die KVdR. Anderenfalls wäre die verrentete Führungskraft als freiwillig versicherter Rentner in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert. In diesem Fall wären auch Beiträge auf sonstige Einkommen zu entrichten.

- Freiwillig versicherte Ehefrauen. Hierbei handelt es sich um Ehefrauen, die – wegen Überschreitens der Einkommensgrenzen oder weil der Ehemann nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist – keinen Anspruch auf Familienversicherung haben. Rechtsgrundlage für den Beitritt ist § 9 SGB V. Bei fehlenden Einkünften ist ein Mindest-

beitrag nach § 240 Abs. 4 S. 1 SGB V zu entrichten. Ist der Ehegatte nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert, sind dessen Einkünfte aufgrund eines bestehenden Unterhaltsanspruchs unter Umständen mit zu berücksichtigen.

- Freiwillig versicherte Selbständige. Selbständige unterliegen derzeit generell nicht der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wird eine selbständige Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt, werden durch sie sogar andere Versicherungspflichttatbestände verdrängt (§ 5 Abs. 5 SGB V). Die zu berücksichtigende Mindestbemessungsgrundlage ist bei hauptberuflich selbständig Tätigen deutlich höher als bei den übrigen freiwillig Versicherten (§ 240 Abs. 4 S. 2 SGB V).

- Sonstige freiwillig Versicherte. Z.B. Berufslose, Personen ohne Beschäftigung oder Rente, geschiedene Ehegatten ohne Beschäftigung oder Rente.

Die Bürgerversicherung schlägt letztendlich die Gleichbehandlung von freiwillig Versicherten mit den Pflichtversicherten in Bezug auf die anderen Einkommensarten vor. Daher kann auch das zukünftige Verfahren an das bestehende Verfahren anknüpfen. Alternativen sollten jedoch geprüft werden. Für die konkrete Umsetzung bieten sich zwei alternative Vorgehensweisen an:

1. Gegenwärtiges Verfahren bei freiwillig Versicherten. Das gegenwärtige Verfahren basiert auf einer Abgabe der Einkommensteuererklärung eines Vorjahres durch den Versicherten bei der Krankenkasse sowie auf Meldungen von Rentenversicherungsträgern und Zahlstellen von Versorgungsbezügen (bei entsprechender Einkommensart). So muss beispielsweise für die Berechnung der Beiträge des Jahres 2003 die Einkommensteuererklärung des Jahres 2001 (bis zum 31.03.2002) abgegeben werden. Der entsprechende Bescheid wurde dem Versicherten durch das Finanzamt im Jahr 2002 zugestellt. Etwaige Einsprüche oder Rechtsverfahren bleiben dabei unberücksichtigt. Die auf der Grundlage der Einkommensteuererklärung ermittelten Beiträge werden nicht als Abschlag, sondern als endgültig angesehen. Bisher gab es eine Ausnahme bei Existenzgründern, bei denen auf Einkommensteuerbescheide wegen Neugründung einer Firma noch nicht zurückgegriffen werden kann.

Für Einkommen aus Renten und sonstigen Versorgungsbezügen werden derzeit Mitteilungen der jeweiligen Träger an die Krankenkassen versandt. Diese können daraus versichertenbezogen das beitragspflichtige Einkommen entnehmen. Die Einkommensteuererklärung dient somit lediglich der Verbeitragung der Einkünfte aus Vermögen und Kapital. Kritisch gesehen werden muss, dass in der Steuererklärung ein Freibetrag Berücksichtigung findet und somit bei geringen Einkünften aus Kapital kein zweifelsfreier Nachweis gelingt, falls der Versicherte nicht kooperiert. Weniger kritisch ist zu sehen, dass ein Rentenbezieher eventuell angibt, nicht einkommensteuerpflichtig zu sein, und daher keine Einkommensteuererklärung vorweisen kann. In diesen Fällen wird von den Krankenkassen derzeit eine sogenannte Nicht-Veranlagungs-Bescheinigung verlangt, die vom Finanzamt ausgestellt wird.

Für die mögliche Ausweitung der derzeitigen Lösung auf alle Versicherungspflichtigen sollten einige Anpassungen vorgenommen werden. Da die Anzahl der Versicherten ohne Einkommensteuererklärung beträchtlich ist, sollte ein alternatives Verfahren angewandt werden. Es bietet sich die Vorgehensweise der Selbstauskunft an, bei der die Versicherten angeben, welche Einkommensarten neben dem Lohneinkommen bestanden haben. Auf einer Jahresbasis wird daraus der Beitrag für das aktuelle Jahr berechnet. Von einer Abschlagslösung sollte weiterhin Abstand genommen werden. Bei Weigerung des Versicherten zur Entrichtung der Beiträge greift ein übliches Mahnverfahren.

Bei pflichtversicherten Beschäftigten kann der maximale „Auffüllbetrag“ für die zusätzlichen Einkünfte zukunftsorientiert für ein Jahr anhand der Jahresmeldung festgesetzt werden – mit der Möglichkeit der Beitragserstattung bei tatsächlicher Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze.

2. Poollösung für Einkünfte aus Vermögen über den Risikostrukturausgleich. Die Poollösung sieht vor, dass die vom Finanzamt insgesamt besteuerte Summe für die Einkommensarten Kapital und Vermögen mit einem Beitrag für die Krankenversicherung belegt wird. Das Finanzamt zieht diese Summe vom Versicherten ein. Die Summe wird insgesamt in den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen eingespeist und kann so die Finanzkraft der Krankenkassen stärken bzw. den Ausgleichsbedarfssatz senken. Eine Freistellung von privat Versicherten ist auf Antrag möglich. Diese reichen ihre Freistellung zusammen mit der Steuererklärung ein. Dies gilt sinngemäß für Personen, die bereits Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze entrichten. Auch bei diesem Verfahren kann es sein, dass ein geringer Teil der Versicherten keine Steuerklärung abgibt, obwohl diese notwendig wäre für die Verbeitragung (beispielsweise Rentnerinnen und Rentner). Jedoch liegen die Vorteile in einem geringeren Aufwand des Verfahrens, einer geringeren Belastung der Versicherten mit Bürokratie und einer einheitlichen Erfassung für Steuerrecht und Sozialrecht. Die Freibeträge des Steuerrechts würden entsprechend zu übernehmen sein.

   Über diese Poollösung könnten auch nach Einführung der Abgeltungssteuer Beiträge auf Kapitaleinkommen erhoben werden. Die Kreditinstitute würden dann neben den Steuern auch die Beiträge zur Krankenversicherung auf die Kapitaleinkommen erheben. Diese würden über den Risikostrukturausgleich den Krankenkassen zufließen. Die Kapitaleinkommen von nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten, etwa privat Versicherten und ausländischen Kapitalanlegern, sowie die Einkommen von Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, die oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, werden von der Verbeitragung befreit, wenn die Eigentümer entsprechende Befreiungsbescheinigungen der Krankenkasse oder des Finanzamts bei ihrem Kreditinstitut vorlegen. Der Versicherte erhält von seinem Kreditinstitut wiederum eine Bescheinigung über die auf die Kapitalerträge gezahlten Beiträge, die er dann zur Endabrechnung der jährlichen Krankenversicherungsbeiträge dem Finanzamt einreichen kann.

Zusammenfassend scheint die Lösung über den Risikostrukturausgleich Vorteile in Bezug auf die Effizienz zu haben. Es entfällt jedoch die Zuordnungsmöglichkeit zu einzelnen Krankenkassen sowie die Erfassung geringfügiger Einkommensarten unterhalb der Steuerfreibeträge. Eine Lösung für den ersten Aspekt wäre die Angabe der Krankenkasse auf der Steuerkarte.

Wichtig ist, dass es bereits bestehende Lösungen für die Verbeitragung von Vermögenseinkünften gibt. Diese befinden sich in der langjährigen Routine und sind akzeptiert. Ebenso kann die Erhebung auf eine ausführliche Rechtsprechung zurückgreifen und so bereits von Beginn an eine Rechtssicherheit gewährleisten.

Aus dieser Rechtsprechung lassen sich zudem weitere Detaillösungen ableiten:

- Einrichtung eines Freibetrages für Einkünfte aus Kapitalvermögen in Bezug auf die Beitragszahlung. Im Steuerrecht ist ein Freibetrag von zurzeit 1.601 € auf Einkünfte aus Kapitalvermögen eingerichtet. Es wird vorgeschlagen, auch bei der Verbeitragung des Einkommens für die Gesetzliche Kranken-

versicherung diesen Freibetrag einzurichten. Dafür spräche, dass geringe Einkommen aus Kapital einen hohen Erfassungsaufwand bedeuten würden und die Bildung von Vermögen gerade bei Beziehern kleiner Einkommen gefördert werden soll. Zudem müsste die abweichende Behandlung im Steuerrecht und Sozialrecht begründet werden. Dagegen spräche, dass bei anderen Einkommensarten dieser Freibetrag nicht existiert (so bei Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung) und bereits eine Vielzahl von abweichenden Regelungen zwischen Sozial- und Steuerrecht auftreten. Die derzeitige Regelung bei der Verbeitragung bei freiwillig Versicherten sieht beispielsweise keine Freibetragsregelung vor.

- Eigene Beitragsbemessungsgrenze für Einkommensarten. Möglich wäre, neben die Beitragsbemessungsgrenze für Lohneinkommen eine eigene Beitragsbemessungsgrenze für Kapital- und Vermögenseinkommen zu stellen. Dies hätte den Vorteil, dass die in der Praxis zu beobachtende heterogene Verteilung der Einkommen innerhalb der Bevölkerung exakter abgebildet werden könnte und so die Leistungsfähigkeit stärker Berücksichtigung findet. Beispielsweise könnten Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung mit höheren Freibeträgen, jedoch auch mit einer höheren Beitragsbemessungsgrenze heran gezogen werden. Dies würde nur Bezieher sehr hoher Einkommen belasten, die entsprechend leistungsfähiger sind. Der Nachteil läge in der fehlenden individuellen Beitragsgerechtigkeit für Personen mit gleich hohen Einkünften, die auf verfassungsrechtliche Bedenken stoßen könnte.

  Beispiel:
  - Arbeitnehmer A mit Arbeitsentgelt in Höhe der doppelten Beitragsbemessungsgrenze (6.900 €) entrichtet nur Beiträge aus der Beitragsbemessungsgrenze (= 3.450 €);
  - Arbeitnehmer B mit gleich hohen Gesamteinkünften (Arbeitsentgelt 3.450 €, Mieteinkünfte 3.450 €) entrichtet den doppelten Beitrag.

  Zentrales Gegenargument ist die Nichtgleichbehandlung gleicher Einkunftsarten. Daher wird eine eigene Bemessungsgrenze für unterschiedliche Einkommensarten abgelehnt.

- Brutto- oder Nettoeinkommen. Lohneinkommen wird derzeit nach dem Bruttoprinzip herangezogen. Der Arbeitnehmer hat keine Möglichkeit, vor der Verbeitragung zunächst Werbungskosten oder Sonderausgaben abzuziehen. Eine Übertragung dieses Prinzips auf Vermögenseinkommen kann jedoch Härten hervorrufen, da die Kosten beispielsweise für die Erhaltung von vermietetem Wohneigentum beträchtlich sein können. Die Verbeitragung des Nettoeinkommens, also des verbleibenden Gewinns, wird daher für Einkünfte außerhalb der abhängigen Beschäftigung vorgeschlagen.

- Verrechnungsfähigkeit von positiven und negativen Einkommen in unterschiedlichen Einkommensarten. Die Verbeitragung aller Einkommensbestandteile wirft die Frage auf, inwieweit auch Verrechnungen zwischen diesen Bestandteilen statthaft sind. Das Steuerrecht sieht vor, dass negative Einkommensbestandteile mit positiven Einkommensbestandteilen verrechnet werden können. Verluste aus Vermietung können so mit Gewinnen aus Kapital verrechnet werden. Eine Übertragung auf das Sozialrecht würde einen Bruch mit den gegenwärtigen Grundsätzen der Beitragsbemessung bedeuten. So müssten nachträglich Beiträge auf Lohneinkommen eventuell verrechnet werden. Eine Verrechnung von positiven und negativen Einkommen aus unterschiedlichen Einkommensarten sollte daher, insbesondere auch in Bezug auf Lohneinkommen, ausgeschlossen werden.

- Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Anteile für andere Einkunftsarten. Für lohnbezogene Einkünfte soll es bei der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber bleiben. Auf Vermögenseinkommen ist durch den Versicherten ein Beitrag in Höhe des vollen Beitragssatzes zu entrichten.

- Zuordnung des Einkommens bei Verheirateten. Wie oben bereits angedeutet, ist die Herstellung der horizontalen Gerechtigkeit ein wichtiges Anliegen. Insbesondere sollen Verheiratete nicht schlechter gestellt werden als nicht verheiratete Paare. Die Zuordnung von anderen Einkunftsarten über die Steuererklärung scheint eine erprobte und sinnvolle Vorgehensweise zu sein.

Fazit Einkunftsarten

Die Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Beitragsbemessung der Krankenversicherung ist in der Praxis für Teilgruppen (freiwillig Versicherte) bereits umgesetzt und hat sich in der Umsetzung bewährt. Neben dem etablierten Verfahren kann für Einkünfte aus Kapitalvermögen auch eine Poollösung über den Risikostrukturausgleich eingerichtet werden. Die Detailregelungen können auf eine ausführliche Rechtsprechung zurückgreifen.

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung bedeutet eine Stärkung des Leistungsfähigkeitsprinzips. Angesichts der Herausforderungen der Gesetzlichen Krankenversicherung scheint es vermittelbar, dass die Lasten zwischen den Einkommensgruppen stärker ausgeglichen werden. Die tatsächliche Belastung der Einkommensgruppen bleibt aufgrund der Beibehaltung einer Beitragsbemessungsgrenze weiterhin degressiv. Dies bedeutet, dass ein Bezieher sehr hoher Einkommen weiterhin einen niedrigeren durchschnittlichen Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlen muss als ein Bezieher mittlerer Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Damit ist die Solidarität der Einkommensstarken weiterhin gegeben, ohne jedoch zu einer Überlastung zu gelangen. Insbesondere ist eine Gleichstellung mit dem Steuerrecht ausgeblieben, wo auch sehr hohe Einkommen mit einem (sogar steigenden) Spitzensteuersatz belegt werden.

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze führt zu einer Erhöhung des Beitragsvolumens, welches sich für Beitragssatzsenkungen nutzen lässt. Daher ist zu erwarten, dass die tatsächliche Mehrbelastung geringer sein wird als die prozentuale Anhebung vermuten lässt.

4.3.1.4 Quantifizierung von Finanzierungs- und Verteilungseffekten

Die quantitativen Auswirkungen der Bürgerversicherung wurden im Rahmen eines Gutachtens berechnet, das von der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme an eine unabhängige Stelle in Auftrag gegeben wurde.[6]

- Grundlage der Berechnungen war eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 € und die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze sowie eine Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragspflicht. Durch diese Maßnahmen würde der Beitragssatz kurzfristig von jetzt 14,4 % auf 13,1 %, also um 1,3 Beitragssatzpunkte, sinken. Daran hat die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten einen Anteil von 0,5 Prozentpunkten und die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze einen Anteil von 0,8 Prozentpunkten.

- Die langfristige Wirkung nach Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger in die Gesetzliche Krankenversicherung, also auch der Selbständigen und Beamten, würde nochmals eine Absenkung um 0,7 Beitragssatzpunkte ermöglichen, also nach den Modellrechnungen der Kommission auf dann 12,4 % Beitragssatz. Noch nicht berücksichtigt ist in dieser Berechnung, dass die derzeit privat Versicherten niedrigere Leistungsausgaben verursachen als gesetzlich Versicherte. Diese Einsparungen müssten zusätzlich quantifi-

6 Bork, C. [2003], Gutachten zur Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen, Wiesbaden.

ziert werden. Erste Abschätzungen gehen davon aus, dass privat Versicherte rund ein Drittel niedrigere Leistungsausgaben in der relevanten Gruppe der 30-40-Jährigen aufweisen. Da ein Bestandsschutz für alle bereits privat Versicherten unabdingbare Voraussetzung für die Einführung einer Bürgerversicherung wäre, würde die Maßnahme erst langfristig Wirkung erzielen.

- Die Verteilung der Belastungen und Entlastungen zeigt, dass im Durchschnitt Haushalte bis zu einem Bruttohaushaltseinkommen von jährlich 35.000 € von der Einführung der Bürgerversicherung in ihrer Endstufe begünstigt würden. Drei- und Vier-Personenhaushalte würden sogar bis zu einem Bruttoeinkommen von rund 50.000 € begünstigt.

- Würde man im Gegensatz zur Bürgerversicherung ausschließlich die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze anheben, ergäben sich differenzierte Effekte. Einerseits würden die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in Branchen mit vielen Beschäftigten in unteren Lohngruppen entlastet, etwa in der Baubranche und im Gesundheitswesen. Andererseits stünden dem aber Belastungen von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern gegenüber in Branchen mit durchschnittlichen und überdurchschnittlichen Arbeitseinkommen, wie etwa Finanzdienstleister oder die Datenverarbeitung. Die alleinige Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze ist aber auch deshalb abzulehnen, weil sie zu einer Belastung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bei gleichzeitiger Entlastung der Rentnerinnen und Rentner führt (siehe Tabelle 4-1 nächste Seite).[7]

  Gleichermaßen ist die alleinige Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten unter Beibehaltung der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze und des heutigen Versichertenkreises aufgrund der regressiven Wirkung abzulehnen.

4.3.1.5 Fazit

Die Bürgerversicherung sieht vor, alle Bevölkerungsgruppen einschließlich der Selbständigen und Beamten im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung abzusichern. Dazu soll die Versicherungspflichtgrenze mit Zwischenschritten aufgehoben werden. Die Beitragsbemessungsgrenze wird der Höhe in der Gesetzlichen Rentenversicherung (derzeit 5.100 €) angepasst. Alle Einkunftsarten, also auch Einkünfte aus Vermietung und Kapital, sollen verbeitragt werden.

Der allgemeine Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung sinkt dadurch auf 13,1 %. Langfristig lassen sich nach Modellrechnungen der Kommission Absenkungen bis auf 12,4 % erreichen. Die Entlastung kommt insbesondere Beziehern kleiner und mittlerer Einkommen sowie Familien mit Kindern zugute. Haushalte mit 3 oder 4 Personen werden beispielsweise bis zu einem Haushaltsjahreseinkommen von rund 50.000 € nicht schlechter gestellt. Belastet werden insbesondere alleinstehende Versicherte mit hohem Jahreseinkommen über 35.000 €.

Die Entlastung kleiner und mittlerer Einkommensbezieher sorgt für eine Belebung der Nachfrage und eine Stützung der Konjunktur. Zudem ergeben sich positive Impulse für den Arbeitsmarkt in diesem wichtigsten Segment.

Die private Krankenversicherungsbranche erhält die verstärkte Möglichkeit, Zusatzversicherungen anzubieten. Diese Zusatzversicherungen decken medizinische Leistungen ab, bei denen kein Nachweis des medizinischen Nutzens vorliegt oder die Wellness-Charakter haben. Es soll geprüft werden, ob die privaten Krankenversicherungen sich am Angebot der Bürgerversicherung beteiligen können. Die gesamtwirtschaftliche Dynamik des Marktes Gesundheit wird damit genutzt.

Im Detail sieht die Bürgerversicherung vor, dass zunächst die Versicherungspflichtgrenze auf 5.100 € angehoben wird. Ein Rückkehr-

7 Die Berechnung berücksichtigt nicht, dass die Arbeitgeberanteile für die derzeit privat Versicherten im Durchschnitt unter dem halben Maximalbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Wird dies in die Berechnungen einbezogen, ergäben sich geringere Entlastungen und höhere Belastungen durch die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze.

recht für Versicherte, die in den letzten 5 Jahren in die private Krankenversicherung gewechselt sind, wird eingerichtet.

Die Bürgerversicherung dehnt die Verbeitragung auf alle Einkunftsarten aus, also auch auf Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Gewerbebetrieb, Vermietung und Kapital. Bei Einkünften aus Kapital soll ein Freibetrag von 1.601 € eingerichtet werden (entsprechend dem Steuerrecht). Für die Beitragsberechnung bei den zukünftig berücksichtigten Einkunftsarten wird lediglich der Gewinn zugrundegelegt. Bei Lohneinkommen bleibt das bisherige Verfahren bestehen. Positive und negative Einkommen aus unterschiedlichen Einkunftsarten können nicht verrechnet werden. Die Höhe des Beitragssatzes umfasst sowohl den Arbeitgeber- als auch den Arbeitnehmerbeitrag. Es ist zu prüfen, ob für Existenzgründer spezielle Tarife eingeräumt werden sollen, die für einen angemessenen Zeitraum niedrigere Beitragssätze ermöglichen.

Die Erhebung der Beiträge auf die Einkunftsarten neben Lohneinkünften erfolgt im Rahmen der Steuererklärung über das Finanzamt. Das Finanzamt behält die Beiträge ein und überweist diese an den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen.

4.3.2 Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich

Der nachfolgende Text stellt aus Sicht der Befürworterinnen und Befürworter das Konzept der Gesundheitsprämien dar.

4.3.2.1 Kernelemente und Ziele

Das Modell pauschaler Gesundheitsprämien erfüllt die wichtigsten Ziele der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme: Die Lohnzusatzkosten werden gesenkt, die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung wird auf eine nachhaltigere Finanzierungsbasis gestellt und es wird ein höheres Maß an Verteilungsgerechtigkeit verwirklicht.

Das Konzept der pauschalen Gesundheitsprämien besteht aus folgenden Kernelementen:

Tabelle 4-1: Auswirkungen einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze auf die Belastung der Arbeitgeber nach Branchen [1])

	Baugewerbe	Gesundheits- und Sozialwesen	Fahrzeugbau	Banken und Versicherungen	Datenverarbeitung
Durchschnittliche Beitragszahlung je Arbeitnehmer					
Status quo	1.665	1.374	2.187	2.001	1.725
Anhebung BBG, VPfG	1.618	1.334	2.163	2.000	1.772
Änderung gegenüber Status quo					
absolut	-47	-40	-25	-1	47
im Verhältnis zum Bruttolohn	-0,2 %	-0,2 %	-0,1 %	0,0 %	0,1 %
im Verhältnis zu Beitragszahlungen in Status quo	-2,8 %	-2,9 %	-1,1 %	-0,1 %	2,7 %

1) Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze auf 5.100 €
Quelle:SOEP, eigene Berechnung

- Die vollständige Abkehr von der einkommensbezogenen Beitragsbemessung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu Gunsten einer stärker am Äquivalenzprinzip orientierten Prämiengestaltung: Jeder erwachsene Versicherte zahlt eine Gesundheitsprämie, die für alle Versicherten derselben Krankenkasse gleich hoch ist. Zwischen den Krankenkassen werden sich als Ergebnis des Wettbewerbs um Effizienz unterschiedliche Prämienhöhen ergeben.

- Die Senkung der Lohnzusatzkosten durch die Abkopplung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung von den Arbeitseinkommen und damit den Arbeitskosten. Die bisherigen Arbeitgeberbeiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung werden zukünftig als Bruttolohnbestandteile ausgezahlt, die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung werden komplett aus den Lohnzusatzkosten herausgenommen.

- Die vollständige Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung von gesundheitsunabhängigen Umverteilungsaufgaben: Die über den krankenversicherungstypischen Solidarausgleich hinausgehende Einkommensumverteilung wird auf das Steuer-Transfer-System übertragen; Versicherte mit geringen Haushaltseinkommen erhalten steuerfinanzierte Prämienzuschüsse.

Mit diesen Schritten verfolgt das Konzept folgende Ziele:

- Die Gesetzliche Krankenversicherung wird auf eine nachhaltigere Finanzierungsbasis gestellt.

- Der Faktor Arbeit wird entlastet, indem die unmittelbare Verbindung zwischen Beitragssatzsteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und einer beschäftigungshemmenden Verteuerung des Arbeitseinsatzes überwunden wird.

- Es wird ein höheres Maß an Verteilungsgerechtigkeit verwirklicht und inkonsistente Verteilungswirkungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden beseitigt, da im Steuer-Transfer-System sämtliche Einkommensarten und alle Steuerpflichtigen zur Finanzierung eines zielgenauen sozialen Ausgleichs herangezogen werden.

- Im Krankenversicherungssystem wird mehr Kosten- bzw. Preistransparenz hergestellt. Dies trägt zur Intensivierung des Leistungswettbewerbs zwischen den Krankenkassen bei.

Im System pauschaler Gesundheitsprämien erfolgt die Beitragsbemessung unabhängig von der Lohn- und Gehaltshöhe. Jeder erwachsene Versicherte einer Kasse zahlt also einen absolut identischen Beitrag, der den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben seiner Krankenkasse pro Person entspricht (Äquivalenzprinzip). Die Beiträge zwischen den einzelnen Krankenkassen unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Effizienz der Leistungserbringung und der Verwaltung der Kassen. Sie sind – wie bereits im gegenwärtigen System – Gegenstand des Kassenwettbewerbs, der sowohl einem Kontrahierungszwang als auch einem Diskriminierungsverbot unterliegt. Kinder sind wie bisher beitragsfrei mitversichert.

Mit der Abkehr von der lohnbezogenen Beitragsbemessung wird die formal paritätische Finanzierung aufgegeben: Der bisherige Arbeitgeberbeitrag wird den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern als Bruttolohn ausgezahlt.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung findet weiterhin der für Krankenversicherungen typische Solidarausgleich zwischen hohen und niedrigen Gesundheitsrisiken statt. Dies umfasst den Ausgleich zwischen gesunden und kranken sowie zwischen jungen und alten Versicherten. Alle weiteren, einkommensbezogenen Umverteilungselemente in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden in das Steuer-Transfer-System übertragen, insbesondere der Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Einkommen. Im Gesundheitsprämienmodell dienen steuerfinanzierte Prämienzuschüsse dazu,

einkommensbezogene Verteilungsziele zu erreichen: Versicherte mit geringem Einkommen erhalten einen steuerfinanzierten Zuschuss für die Aufbringung ihrer Gesundheitsprämie. Sie werden – je nach Höhe der Zuschüsse ganz oder teilweise – aus dem zusätzlichen Aufkommen finanziert, das sich aus der progressiven Versteuerung der als Bruttolohn ausgeschütteten Arbeitgeberanteile ergibt.

Die Gesetzliche Krankenversicherung wird so von Elementen eines einkommensbezogenen sozialen Ausgleichs entlastet, der zu den gesamtgesellschaftlichen Aufgaben zählt, daher letztlich als krankenversicherungsfremd einzustufen ist und zu inkonsistenten Verteilungswirkungen führt.

Die Wirkung einer Umstellung und damit die Argumente zugunsten einer Umstellung auf ein Gesundheitsprämiensystem werden im Folgenden näher erläutert.

Nachhaltigkeit in der Finanzierung und Entlastung des Faktors Arbeit

Die weitgehende Fixierung der Beitragsbemessung in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die Arbeitsentgelte wird überwunden. Die Gesetzliche Krankenversicherung kann so nachhaltiger finanziert werden, sowohl im Hinblick auf die Beitragsbasis als auch im Hinblick auf die Auswirkungen der Gesundheitsausgaben auf den Arbeitsmarkt und die Gesamtwirtschaft.

Die Einnahmenbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung wird erweitert: Die Prämienzahlungen erfolgen unabhängig von der Höhe und Zusammensetzung des Gesamteinkommens eines Versicherten, während die Bemessung der steuerfinanzierten Prämienzuschüsse von der Höhe des Gesamteinkommens eines Versicherten abhängt und für die Zuschussfinanzierung wiederum alle steuerpflichtigen Einkommen herangezogen werden. Hierdurch wird die Beitragsbasis stabilisiert und unabhängiger von konjunkturellen Schwankungen sowie steigender Arbeitslosigkeit. Der Finanzierungsbeitrag der Rentnerinnen und Rentner nimmt deutlich zu; ein steigender Anteil der Rentnerinnen und Rentner führt folglich nicht mehr unmittelbar zu Einnahmenverlusten in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Ausgabenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung beeinflusst nicht mehr unmittelbar die Höhe der Lohnzusatzkosten. Der Arbeitgeberanteil wird mit der Umstellung dem Bruttolohn zugeschlagen und ist ab diesem Zeitpunkt Gegenstand der tariflichen, betrieblichen und individuellen Entgeltvereinbarungen. Es ist zwar damit zu rechnen, dass dann neben anderen Bestandteilen der Lebenshaltungskosten auch die Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge zu einem möglichen Gegenstand von Lohnverhandlungen wird. Allerdings gibt es keinen Automatismus mehr, durch den sich steigende Beitragssätze in einer entsprechenden Erhöhung der Arbeitskosten niederschlagen.

Die beschäftigungshemmende bzw. -gefährdende Kopplung der Beitragshöhe an die Arbeitsentgelte wird somit überwunden. Eine solche Entlastung auf dem Arbeitsmarkt setzt gesamtwirtschaftliche Wachstumspotenziale frei, denn die geringe Beschäftigungsdynamik gilt als eine wesentliche Wachstumsbremse der deutschen Volkswirtschaft. Darüber hinaus wird Druck von der Gesundheitspolitik genommen, mit Rücksicht auf die Arbeitskosten generelle Deckelungen des Ausgabenanstiegs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen. Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass Wachstumspotenziale des Gesundheitsmarkts freigegeben werden und mehr Spielraum für eine präferenzgerechte Ausgabenentwicklung entsteht. Damit ein solcher Spielraum nicht zur Finanzierung ineffizienter Leistungserbringung genutzt wird, sind parallele ausgabenseitige Strukturreformen unerlässlich.

Kasten 4-2: Positive Beschäftigungseffekte eines Gesundheitsprämiensystems

Die Erwartung positiver Beschäftigungseffekte eines Gesundheitsprämiensystems gründet auf dem Argument, dass eine Erhöhung der Lohnzusatzkosten durch steigende Beitragssätze in der Sozialversicherung zu einem Anstieg der Arbeitslosigkeit führt.

Wirkung von Lohnzusatzkosten auf den Arbeitsmarkt

Arbeitgeber können auf eine Zunahme der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung auf unterschiedliche Weise reagieren:

- Sie können versuchen, den dadurch bedingten Anstieg der Arbeitskosten in Form höherer Produktpreise zu überwälzen. Diese Anpassungsmöglichkeit wird durch die Preiselastizität der Güternachfrage und damit durch die Wettbewerbsposition eines Unternehmens, gerade auch in internationaler Hinsicht, beschränkt.
- Die Arbeitgeber können versuchen, als Kompensation für gestiegene Arbeitgeberbeiträge die Bruttolöhne der Arbeitnehmer entsprechend zu kürzen. Dies kann bei tarifvertraglich fixierten Löhnen nur mit zeitlicher Verzögerung gelingen. Auch betriebswirtschaftliche Gründe sprechen gegen eine rasche Kompensation auf diesem Wege. Arbeitgeber, die auf qualifizierte Arbeitnehmer angewiesen sind, werden sich darum bemühen, diese in ihren Unternehmen zu halten. Hierzu werden sie versuchen, Lohnfluktuationen ihrer qualifizierten Arbeitnehmer möglichst gering zu halten. Sie werden folglich Bruttolohnanpassungen als Reaktion auf gestiegene Arbeitgeberbeiträge entweder ganz unterlassen oder zumindest über eine längere Periode strecken.
- Gelingt Arbeitgebern weder eine Überwälzung steigender Lohnzusatzkosten auf die Produktpreise noch eine Rückwälzung auf die Arbeitnehmer-Bruttolöhne, müssen sie Arbeitskräfte entlassen, wenn sich die Rentabilität der Produktion nicht verringern soll. Für ein solches Anpassungsverhalten der Arbeitgeber spricht außerdem, dass von Entlassungen in der Regel nur die am wenigsten produktiven und damit eine relativ kleine Gruppe der Arbeitnehmer eines Unternehmens betroffen sind, während sich Bruttolohnanpassungen meist auf die Gesamtbelegschaft beziehen.

Da zudem in Deutschland – nicht zuletzt aufgrund der bestehenden Arbeitsmarktverfassung – der Reallohnwiderstand der Gewerkschaften hoch ist, kann man davon ausgehen, dass den Arbeitgebern kurz- bis mittelfristig keine vollständige Kompensation steigender Lohnzusatzkosten über Bruttolohnanpassungen gelingt. Handelt es sich zudem um Unternehmen, die im internationalen Wettbewerb stehen (vor allem in außenhandelsorientierten Branchen), werden sich höhere Lohnzusatzkosten in einem Anstieg der Arbeitslosigkeit niederschlagen, zumal wenn die konjunkturelle Situation keine Produktpreissteigerungen erlaubt.

Selbst wenn man den Fall einer vollständigen Kompensation steigender Lohnzusatzkosten über Bruttolohnanpassungen unterstellt, bedeutet dies nicht, dass die Entwicklung der Lohnzusatzkosten keinerlei Beschäftigungseffekte hätte. So wäre für sinkende Lohnzusatzkosten zu erwarten, dass in der gegenwärtigen Situation hoher Arbeitslosigkeit der Bruttolohn nicht entsprechend angehoben wird. Folglich würde sich die Rentabilität des Arbeitseinsatzes erhöhen.

Wirkung von pauschalen Gesundheitsprämien auf den Arbeitsmarkt

Im Hinblick auf eine Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung über pauschale Gesundheitsprämien ist festzustellen, dass sich allein durch die Umstellung bei vollständiger Ausschüttung des bisherigen Arbeitgeberbeitrags zur Gesetzlichen Krankenversicherung zunächst kein Beschäftigungseffekt ergibt. Auch würde nach einer arbeitskostenneutralen Umstellung auf Gesundheitsprämien eine Lohnerhöhung zu demselben Anstieg der Arbeitskosten führen wie sie im gegenwärtigen System der lohnbezogenen Beitragsbemessung führen würde, da die Lohnsteigerung auf einem entsprechend höheren Bruttolohnniveau aufsetzt.

Entscheidend für positive Beschäftigungseffekte ist allerdings – neben der vollständigen Entkopplung der Beitragsbemessung von den Arbeitsentgelten bei zukünftig überproportional steigenden Gesundheitsausgaben – die Veränderung der Grenzbelastungen der Arbeitsentgelte im Vergleich der beiden Finanzierungssysteme. Für den Fall eines Arbeitnehmers mit einem durchschnittlichen Bruttolohn in Höhe von ca. 2.200 € im heutigen System bzw. von 2.358 € nach Ausschüttung der Arbeitgeberanteile im Gesundheitsprämiensystem zeigt sich, dass die Grenzbelastungen im zweiten Fall deutlich beschäftigungsfreundlicher ausfallen:[8] Eine Erhöhung des Nettolohns um 100 € erfordert im heutigen System der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Steigerung des Bruttolohns um 219 €, im Gesundheitsprämienmodell hingegen nur um 190 € (Annahmen: Steuerklasse I, keine Kinder). Noch stärker sinkt die Grenzbelastung im Gesundheitsprämiensystem für den Arbeitgeber: Er muss nur noch 214 € statt im heutigen System 265 € aufwenden, um den Nettolohn seines Arbeitnehmers um 100 € zu erhöhen. Somit bestehen im Vergleich zum Status quo größere Anreize zur Ausweitung des Arbeitsvolumens, das Gesundheitsprämiensystem ist daher beschäftigungsfreundlicher.

8 Durchschnittlicher Bruttolohn im heutigen System: Durchschnittliche Bruttolöhne und -gehälter je beschäftigten Arbeitnehmer (Inlandskonzept) für das Jahr 2002 gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. Der Bruttolohn erhöht sich um den ausgeschütteten Arbeitgeberbeitrag in Höhe von 7,2 %.

Zielgenauere Verteilungswirkungen

Durch die lohnbezogene Beitragserhebung in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird der Grundsatz der Leistungsfähigkeit gegenwärtig in vielfacher Weise durchbrochen. Eine Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung über pauschale Gesundheitsprämien ermöglicht eine höhere Zielgenauigkeit des sozialen Ausgleichs. In einem Gesundheitsprämiensystem bestreiten die Versicherten die Krankenversicherungsbeiträge unabhängig von der Zusammensetzung ihres Gesamteinkommens. Damit werden auch andere Einkunftsarten, z. B. Vermögenseinkommen, herangezogen. Die Zuschussbemessung orientiert sich an der Höhe des individuellen Gesamteinkommens. Die Steuerfinanzierung der Zuschüsse stellt sicher, dass alle steuerpflichtigen Einkommensarten erfasst und höhere Einkünfte progressiv stärker belastet werden.

Zugleich führt diese Steuerfinanzierung dazu, dass die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der einkommensbezogenen Umverteilung von allen Steuerpflichtigen wahrgenommen wird. Da mit dem Übergang zu Gesundheitsprämien die Arbeitgeberzuschüsse zu den Krankenversicherungsbeiträgen der privat Versicherten gleichermaßen besteuert werden, ist auch diese Gruppe an der Finanzierung des sozialen Ausgleichs beteiligt.[9] Mit dem Übergang zu Gesundheitsprämien ist diese Einbeziehung aller Einkommensarten und der gesamten steuerpflichtigen Bevölkerung in den sozialen Ausgleich sofort und ohne Übergangsfristen möglich.

Im bisherigen Finanzierungssystem werden Familien mit gleichem Haushaltseinkommen je nach Aufteilung des Einkommens auf die Ehepartner unter Umständen sehr unterschiedlich belastet. Insbesondere zahlen Einverdiener-Ehepaare mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze aufgrund der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern einen geringeren Beitrag als Doppelverdiener-Ehepaare mit gleichem Gesamteinkommen. Im Gesundheitsprämienmodell werden Ehepaare unabhängig von der Aufteilung ihres Gesamteinkommens gleich behandelt.

Höhere Effizienz des Krankenversicherungsmarktes

Die Orientierung der Beitragsbemessung an den Gesundheitsausgaben erhöht die Kostentransparenz auf dem Krankenversicherungsmarkt. Jeder Versicherte sieht an der Höhe der Gesundheitsprämien den Preis für seine Gesundheitsversorgung. In einem Gesundheitsprämiensystem wird den Krankenversicherungen die Möglichkeit eröffnet, unterschiedliche Versicherungstarife adäquat zu kalkulieren. Damit können Anreize zu verantwortungsbewusstem Verhalten gesetzt und den Präferenzen der Versicherten weitergehend entsprochen werden.

Ein intensiver Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen ist wünschenswert, der auch die Qualität der Gesundheitsleistungen umfasst. Hierzu ist vordringlich, den Kassen eine größere Freiheit in der Wahl ihrer Vertragspartner unter den Leistungsanbietern einzuräumen. Zudem sollten Anreize beseitigt werden, dass die Versicherer ihre Wettbewerbsbemühungen auf die Selektion bestimmter Versichertengruppen richten. So macht es die gegenwärtige Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs bei einkommensabhängiger Beitragserhebung für Krankenkassen attraktiv, vor allem Versicherte mit überdurchschnittlichem Einkommen zu gewinnen, da einige Ausgabenkategorien nicht in den Ausgleich einbezogen werden. Insofern kann der Risikostrukturausgleich Unterschiede in der Einkommensstruktur zwischen den Krankenkassen nicht vollständig ausgleichen. Im Gesundheitsprämiensystem ist die Höhe der Beiträge dagegen nicht mehr von den Einkommen der Versicherten abhängig. Die Anreize

9 Für Beamtinnen, Beamte und Pensionäre wird ein fiktiver Zuschuss des Arbeitgebers in Höhe des halben Beitrags zur privaten Krankenversicherung der Besteuerung zu Grunde gelegt.

für die am Einkommen ausgerichtete Risikoselektion werden damit geringer.

Gleichzeitig kann das Ausmaß des Risikostrukturausgleichs deutlich verringert werden. In einem Gesundheitsprämiensystem entfallen die einnahmenseitig bedingten Risikostrukturunterschiede zwischen den Kassen (unterschiedliche Einkommensstruktur der Mitglieder). Der Risikostrukturausgleich beschränkt sich auf ausgabenseitige Ausgleichstatbestände (z. B. Alter, Geschlecht, Morbidität). Das Ausgleichsvolumen kann drastisch sinken, und zwar auf schätzungsweise etwa ein Drittel des gegenwärtigen Umfangs.[10]

Zur Erhöhung der Effizienz des Krankenversicherungsmarktes wird häufig gefordert, in begrenztem Umfang Wahltarife zuzulassen, um den unterschiedlichen Sicherheitspräferenzen der Mitglieder in der Gesetzlichen Krankenversicherung weitergehend zu entsprechen (z. B. in Hinblick auf individuelle Selbstbehalte oder die Erstattung alternativer Heilmethoden). Eine adäquate Kalkulation von Abwahlleistungen ist mit einer lohnbezogenen Beitragsbemessung kaum zu bewerkstelligen. Die heutigen Beiträge enthalten nämlich sowohl einen Risikoanteil als auch einen (über den Ausgleich der Gesundheitsrisiken hinausgehenden) Solidaranteil, die jedoch nicht explizit ausgewiesen werden (können). Das sinkende Ausgaberisiko der Gesetzlichen Krankenversicherung, das aus der Abwahl von Leistungen bzw. der Wahl einer Selbstbeteiligung resultiert, dürfte lediglich zu einer Verringerung des Risikoanteils des Beitrags eines Versicherten führen. Der Solidaranteil müsste weiterhin bezahlt werden, um den Umfang des einkommensbezogenen Ausgleichs nicht zu verändern. Die (begrenzte) Wahl des Versicherungsumfangs in der Gesetzlichen Krankenversicherung würde im gegenwärtigen System lohnbezogener Beitragsbemessung entsprechend voraussetzen, dass der Risikoanteil des Wahlleistungsumfangs abgegrenzt wird. Diese Abgrenzung ist bei lohnabhängiger Finanzierung jedoch kaum möglich. Auch die Beitragskalkulation bei Zuwahlleistungen wirft Schwierigkeiten auf, solange die Beiträge einkommensabhängig bemessen werden. In dem Ausmaß, in dem Versicherte mit überdurchschnittlichem Einkommen Zuwahlleistungen nicht wählen und damit nicht zum Solidarausgleich beitragen, kommt es zur Antiselektion.

In einem Gesundheitsprämiensystem, in dem die Beiträge einheitlich den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben einer Krankenkasse entsprechen, können dagegen die erwarteten Ausgaben für Wahlleistungen und damit die entsprechenden Beitragsnachlässe bzw. -zuschläge problemlos angeboten werden – so beispielsweise in der Schweiz.

Allerdings wäre eine Einführung von Wahltarifen im Hinblick auf Leistungsarten und Versicherungsumfang in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht unproblematisch. Schwierig gestaltet sich nicht nur eine dafür notwendige Abgrenzung von Grund- und Wahlleistungen, sondern auch die Austarierung der maximal wählbaren Selbstbeteiligung mit dem Ziel, das Verhältnis von Effizienzerhöhung und Risikoselektion zu optimieren. Zudem können destabilisierende Tarifwechsel der Versicherten nur unterbunden werden, wenn die Prämien nach aktuellem Gesundheitszustand differenzierbar sind oder Wechselmöglichkeiten der Versicherten eingeschränkt werden.

Die Versicherung des einkommensunabhängigen Krankengelds ist mit der Beitragsbemessung in einem Gesundheitsprämienmodell allerdings nicht mehr vereinbar, da das Krankengeld eine lohnabhängige Leistung ist und die Beiträge entsprechend in Abhängigkeit des Lohns festgelegt sind. Das Krankengeld sollte daher separat abgesichert werden.

Europatauglichkeit

Ein Gesundheitsprämiensystem entspricht den Anforderungen des Europäischen Binnenmarkts. Die Umstellung des sozialen Ausgleichs von lohnbezogener Beitragsbemessung auf steuerfinanzierte Prämienzuschüsse

10 DIW [2001], Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen, Berlin, S. 168.

ermöglicht es auch ausländischen Versicherern, Krankenversicherungen in Deutschland anzubieten. Die für den Europäischen Binnenmarkt gültige Dienstleistungsfreiheit wäre damit auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt verwirklicht.

4.3.2.2 Versichertenkreis und Rolle der privaten Krankenversicherung

Im gegenwärtigen System der Gesetzlichen Krankenversicherung können sich Versicherungspflichtige mit einem Einkommen oberhalb der (historisch gewachsenen) Versicherungspflichtgrenze durch einen Wechsel zur privaten Krankenversicherung den Belastungen durch die „versicherungsfremde" Einkommensumverteilung entziehen. Beamten und Pensionären ermöglicht das Beihilfesystem eine private Absicherung, die den meisten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gesetzlich verwehrt ist.

Ein Gesundheitsprämiensystem kann nun sowohl auf den jetzigen Kreis der in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten beschränkt bleiben als auch auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt werden, d. h. auch auf Beamte, Selbständige und Bezieher hoher Einkommen.[11]

Der Vorteil einer umfassenden Ausweitung wäre die Gleichbehandlung aller Personen in Form einer „Systempflichtmitgliedschaft" bei freier Wahl der individuellen Krankenkasse. Es gäbe keine unterschiedlichen Systeme mehr mit willkürlich gezogenen Grenzen. Der Nachteil sind die zu erwartenden (verfassungs-) rechtlichen Probleme im Hinblick auf die Beschneidung der Betätigung der privaten Krankenversicherung.[12] Zumindest wären (aufwendige) Übergangslösungen im Sinne des Bestandsschutzes erforderlich. Verluste im Neugeschäft könnten private Krankenversicherer jedoch dann ausgleichen, wenn ihnen die Möglichkeit eröffnet würde, ebenfalls Vollversicherungen nach dem Gesundheitsprämiensystem anzubieten.

Bliebe die bisherige Trennung zwischen Gesetzlicher und privater Krankenversicherung in einem Gesundheitsprämienmodell erhalten, würden die zu erwartenden Umsetzungsprobleme vor allem rechtlicher Art umgangen. Die Versicherungspflichtgrenze wäre zwar nach wie vor willkürlich gesetzt. Sie wäre allerdings kaum mehr verteilungspolitisch angreifbar, da im Gesundheitsprämiensystem die bisher von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragene einkommensbezogene Umverteilung über das allgemeine Steuer-Transfer-System finanziert wird, also auch Mitglieder in der privaten Krankenversicherung und sogar die Unternehmen hierzu herangezogen werden.

Eine Beibehaltung der heutigen Trennung von Gesetzlicher und privater Krankenversicherung wäre auch deshalb vorteilhaft, weil damit das gegenwärtige Ausmaß der Kapitalfundierung bestehen bliebe. Kapitaldeckung ermöglicht eine gleichmäßigere intertemporale und intergenerative Verteilung der Beitragslasten. In einem Gesundheitsprämiensystem wird zwar die Demografieabhängigkeit dadurch reduziert, dass ein steigender Rentnerquotient nicht mehr unmittelbar zu Einnahmeverlusten führt. Allerdings bleibt das System nach wie vor im Umlageverfahren organisiert, d. h. es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet, um damit zu späteren Zeitpunkten die Auswirkungen der Ausgabensteigerungen im Zuge der Alterung und des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Prämienentwicklung zu dämpfen (vgl. Kasten 4-3). Freilich können die Versicherten in Form von freiwilligen Alterssparverträgen Vorsorge gegen Beitragssteigerungen treffen, die durch eine alternde Bevölkerung im Umlageverfahren entstehen.

11 In diesem Falle würde das Beihilfesystem abgeschafft und der Freibetrag für Vorsorgeaufwendungen für Selbständige entsprechend gekürzt.
12 Grundsätzlich sind "angestammte" Geschäftsfelder nicht verfassungsrechtlich geschützt. Allerdings beträfe der Ausschluss der privaten Krankenversicherung vom Vollversicherungsgeschäft auch den Bestandsschutz. Da die Rückstellungsbildung in der Regel unzureichend ist, sind die einzelnen Tarifkollektive in der privaten Krankenversicherung stets auch auf kontinuierlichen Neuzugang angewiesen, um die Beitragsbelastungen im Alter in einem vertretbaren Ausmaß zu halten.

Kasten 4-3: Kapitaldeckung in der Krankenversicherung

In der Krankenversicherung steigt der Pro-Kopf-Bedarf an Gesundheitsleistungen mit zunehmendem Alter, insbesondere ab dem 40. Lebensjahr, kontinuierlich an. So sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung die durchschnittlichen Behandlungsausgaben für die Gruppe der Personen im Alter von 80 Jahren und darüber um etwa siebenmal höher als die für die Gruppe der 3- bis 18-jährigen.

Kapitaldeckung hat in der Krankenversicherung die Funktion, die Beitrags- bzw. Prämienentwicklung über die Versicherungsdauer hinweg zu glätten, d. h. möglichst „alterskonstant" zu gestalten: Durch die Bildung von Deckungskapital sollen altersbedingte Beitragsanpassungen begrenzt werden. Zu diesem Zweck werden die Beiträge so kalkuliert, dass die Beitragseinnahmen in den ersten Jahren der Versicherungsdauer über den erwarteten Krankheitskosten liegen. Aus den Überschüssen werden für die Versicherten so genannte Alterungsrückstellungen gebildet. Diese Alterungsrückstellungen dienen der Abdeckung des Teils der zukünftigen Versicherungsleistungen, der – vor allem im höheren Alter – die Beitragseinnahmen übersteigt.

Es ist aber sehr unwahrscheinlich, dass durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen über die Inflation hinausgehende Beitragssteigerungen während der gesamten Versicherungsdauer vollständig vermieden werden können. Soweit bekannt ist, dass mit dem Alter die erwarteten Krankheitsaufwendungen steigen und den Krankenversicherern hierüber ausreichende Erfahrungsdaten vorliegen, kann dies in der Beitragskalkulation berücksichtigt werden. Solange individuelle Abweichungen vom altersbedingten Ausgabentrend zufällig verteilt sind, können die Beiträge stabil gehalten werden. In Frage gestellt wird die langfristige Beitragsstabilität jedoch durch nicht vorhersehbare Niveauverschiebungen des Ausgabentrends, insbesondere als Folge des lebensverlängernden medizinisch-technischen Fortschritts.

Aufgrund dieser Unsicherheiten sind die Prämien in der privaten Krankenversicherung nur dem Grundsatz nach „alterskonstant": Für Gruppen von Versicherten mit identischem Eintrittsalter und Geschlecht sowie gleichen Leistungsansprüchen können konstante Prämien nur für die hypothetische Situation gleichbleibender Verhältnisse gewährleistet werden. Die Zusage der „Alterskonstanz" schließt damit ausdrücklich sämtliche Ausgabensteigerungen aus, die nicht auf das durchschnittliche „Alterungsrisiko" zurückzuführen sind. Im Hinblick auf diese Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung, wie der medizinisch-technische Fortschritt, aber auch die unerwartete Veränderung der Lebenserwartung innerhalb eines Versichertenbestands, erweist sich das gebildete Deckungskapital erfahrungsgemäß als nicht ausreichend, um langfristig stabile Beiträge zu garantieren. Dennoch können Alterungsrückstellungen dazu beitragen, Prämienerhöhungen im Alter substantiell zu dämpfen.

Insofern es nur darum geht, das durchschnittliche „Alterungsrisiko" abzusichern, ist Kapitaldeckung in der Krankenversicherung nicht zwingend. Vorstellbar wäre ebenso, dass eine Absicherung gegen demografiebedingte Beitragssteigerungen im Rahmen der privaten oder betrieblichen kapitalgedeckten Altersvorsorge stattfindet. Ähnliches gilt im Hinblick auf Kosten als Folge des medizinisch-technischen Fortschritts: Die hierdurch verursachten Mehrausgaben lassen sich kaum exakt prognostizieren. Kapitaldeckung kann zwar zur Dämpfung daraus resultierender Beitragssteigerungen dienen, sie muss hierzu aber nicht in der Krankenversicherung erfolgen. Sinnvoll ist Kapitaldeckung in der Krankenversicherung vielmehr dann, wenn sie einen selektionsfreien Wettbewerb in einem System individueller Versicherungsverträge mit risikoäquivalenten Prämien ermöglicht. Die private Krankenversicherung leistet dies gegenwärtig nicht. Ein bislang noch nicht gelöstes Problem der Kapitaldeckung in der Krankenversicherung ist die faktisch stark eingeschränkte Möglichkeit zum Versicherungswechsel. Die heute in der privaten Krankenversicherung für jeden Versicherten gebildeten Alterungsrückstellungen stellen nur Durchschnittswerte dar. Daher müssen Alterungsrückstellungen, die sich im Nachhinein individuell als unzureichend erweisen, durch Deckungsüberschüsse ausgeglichen werden, die sich für Versicherte mit einer unterdurchschnittlichen Ausgabenentwicklung ergeben. Die privaten Krankenversicherer leiten hieraus die Notwendigkeit ab, Veränderungen in der Struktur ihrer Versichertenbestände zu vermeiden. Dieses Bestreben wird durch elementare, mit dem Alter zunehmende Wechselhemmnisse in der privaten Krankenversicherung unterstützt. Hierzu zählt nicht nur die erneute Risikoprüfung bei Versicherungswechseln, sondern vor allem auch die fehlende Möglichkeit der Versicherten, die bislang aus ihren Prämien gebildeten Alterungsrückstellungen zu einem anderen Versicherer mitzunehmen. Diese Wechselhemmnisse führen dazu, dass um den überwiegenden Anteil der privat Versicherten, um den Bestand, fast kein Versicherungswettbewerb stattfindet.

Um den privat Versicherten die dauerhafte Möglichkeit zum Versicherungswechsel zu gewährleisten und damit den Wettbewerb zu intensivieren, müssten Alterungsrückstellungen prinzipiell transferiert werden können, d. h. „portabel" gemacht werden. Dabei wäre es erforderlich, die Alterungsrückstellungen zum Wechselzeitpunkt so zu bemessen, dass ihre Höhe im Einklang mit dem aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten steht. Würden dagegen Alterungsrückstellungen jeweils in durchschnittlicher Höhe mitgegeben, könnten nur unterdurchschnittlich hohe Risiken ungehindert in eine andere Versicherung wechseln, und es käme zu unerwünschter Risikoselektion. Bislang verwiesen private Krankenversicherer stets auf Gutachten und Stellungnahmen, die zum Ausdruck bringen, dass diese Voraussetzungen für mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung nicht erfüllbar seien. Allerdings werden mittlerweile Überlegungen angestellt, wie die mit einer Portabilität und individualisierten Bemessung von Alterungsrückstellungen verbundenen Probleme gelöst werden können.[13] Genau wie ein funktionierender Risikostrukturausgleich die notwendige Voraussetzung eines funktionsfähigen Wettbewerbs zwischen den Gesetzlichen Krankenversicherungen ist, so sind portable und individualisiert bemessene Alterungsrückstellungen die notwendige Voraussetzung eines funktionsfähigen Wettbewerbs im Segment der privaten Krankenversicherungen.

13 So werden im Rahmen eines Forschungsprojekts des Bundesministeriums der Finanzen Modelle zur Übertragung individueller Alterungsrückstellungen beim Wechsel privater Krankenversicherer sowie Alternativen zur Vorfinanzierung der Krankheitskosten im Alter untersucht. Die Ergebnisse werden vor Ende des Jahres 2003 vorgelegt.

Kasten 4-4: Portabilität von Alterungsrückstellungen in der privaten kapitalgedeckten Krankenversicherung

So wie ein funktionierender Risikostrukturausgleich in einem nach dem Umlageverfahren organisierten Krankenversicherungssystem Voraussetzung für einen Wettbewerb zwischen den Kassen ist, schafft erst die Möglichkeit der Portabilität der Alterungsrückstellungen die Voraussetzung für einen auf Effizienz ausgerichteten Wettbewerb zwischen privaten kapitalgedeckten Krankenversicherungen, die mit risikoäquivalenten Prämien kalkulieren.

Bisher wird die Portabilität von Alterungsrückstellungen (weitgehend) als nicht realisierbar angesehen. Insbesondere werden folgende Argumente gegen die Mitgabe der Rückstellungen im Falle eines Versicherungswechsels vorgebracht:

- Alterungsrückstellungen werden für ein Kollektiv und nicht für Individuen berechnet. Von Versicherten gebildete Rückstellungen, die aufgrund eines Todesfalls oder des Verlassens der privaten Krankenversicherung keine Leistungen mehr in Anspruch nehmen werden, werden dem gesamten Versichertenkollektiv „vererbt“. Wenn im Fall eines Versicherungswechsels Alterungsrückstellungen mitgegeben würden, wären die nach der bisherigen Berechnung gebildeten Rückstellungen nicht mehr ausreichend.
- Die Weitergabe von durchschnittlichen, risikounabhängigen Alterungsrückstellungen würde zur Risikoentmischung führen, da überwiegend nur gesunde Versicherte von der Wechselmöglichkeit Gebrauch machen würden.
- Die Portabilität von Alterungsrückstellungen wird einen Prämienanstieg von ca. 10–20 % erforderlich machen.

Von dem Kommissionsmitglied Claus-Michael Dill wurde ein Konzept zur „Weitergabe von Alterungsrückstellungen“ erarbeitet, welches in seinen Grundzügen hier vorgestellt wird.

Die Grundidee dieses Konzepts besteht darin, dass bei einem Versicherungswechsel dem Versicherten individuelle Alterungsrückstellungen mitgegeben werden, die seinem persönlichen Krankheitsrisiko entsprechen. Dabei wird der Kapitalstock weiterhin von allen Versicherten in gleichem Maße über den Rückstellungsanteil ihrer Beiträge gebildet. Bei einem Wechsel wird einem Versicherten als individuelle Alterungsrückstellung der Anteil an dem Kapitalstock mitgegeben, der seinem persönlichen Risiko entspricht. D. h. ein Versicherter mit einem überdurchschnittlichen Krankheitsrisiko erhält einen überdurchschnittlichen und ein Gesunder einen unterdurchschnittlichen Anteil. Die Höhe dieser individuellen Alterungsrückstellung berechnet sich als Differenz des Barwerts der erwarteten Leistungsausgaben abzüglich der erwarteten Beitragseinnahmen während des Versichertenlebens.

Um der Gefahr einer damit verbundenen Risikoentmischung zu begegnen, sind u. a. folgende Umsetzungsvoraussetzungen für eine Portabilität der Alterungsrückstellungen zu schaffen.

- Der zukünftige Ausgabenbedarf für das gesamte Kollektiv und damit die erforderlichen gesamten Alterungsrückstellungen müssen vor einem Wechsel korrekt berechnet sein. Deckt der Kapitalstock nicht die zukünftig erwarteten Ausgaben ab, so sind die entsprechenden Beitragsanpassungen durchzuführen.
- Die Diagnostik der Krankheitsrisiken von Versicherungswechslern muss zwischen dem abgebenden und dem aufnehmenden privaten Krankenversicherungsunternehmen einheitlich festgelegt werden. Bei abweichender Einschätzung ist ein unabhängiger Gutachter hinzuzuziehen. Sehr unsichere Risiken können durch eine Rückversicherung abgesichert werden.
- Bei jedem Versicherungsunternehmen muss die Höhe der individuellen Alterungsrückstellungen für Versicherte, die aus dem Unternehmen wechseln, und die Risikozuschläge für Versicherte, die in das Unternehmen hineinwechseln, bei gleichem Krankheitsrisiko gleich hoch sein. Gleichzeitig muss ein Kontrahierungszwang gelten.
- Da einzelne Versicherungsunternehmen eine unterschiedliche Rückstellungspolitik verfolgen, kann die von einem Unternehmen weitergegebene individuelle Alterungsrückstellung sich von der individuellen Alterungsrückstellung unterscheiden, die das aufnehmende Unternehmen fordert. Die Differenz ist von dem Versicherten zu tragen resp. an den Versicherten auszuzahlen. Somit wird auch die Beitragsgestaltung und Rückstellungspolitik zum Wettbewerbsparameter, der im Rahmen von Versicherungsvergleichen den Versicherten offen zu legen ist.
- Das abgebende Unternehmen zahlt die Alterungsrückstellungen an das aufnehmende Unternehmen als Rente. Entsprechend verringern sich die Passivposten der Deckungsrückstellungen in der Bilanz.

Schließlich eröffnet ein Nebeneinander von Gesetzlichen und privaten Vollversicherungen die Möglichkeit eines Systemwettbewerbs, in dessen Mittelpunkt die Funktionsfähigkeit von Krankenversicherungsmärkten steht. Entscheidend hierfür ist das Ausmaß, in dem Versicherungswechsel zu mehr Kosteneffizienz und zu mehr Präferenzgerechtigkeit des Angebots an Gesundheitsleistungen führen.

Die Funktionsfähigkeit eines Wettbewerbs in unserem derzeitigen umlagefinanzierten Gesetzlichen Krankenversicherungssystem setzt einen zielgenauen und damit morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich voraus, der in Deutschland noch nicht praxisbewährt ist. Die Implementierung eines morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs wird auf eine Reihe grundlegender Probleme treffen. Ein wesentliches ist, dass die Morbiditätsstruktur ein zwiespältiges Ausgleichskriterium darstellt: Einerseits werden hierdurch Anreize gesetzt, im Leistungsmanagement – sowohl im Hinblick auf Kosten als auch auf Qualität – besser als der Durchschnitt zu sein. Andererseits kann auch eine Verschlechterung der Morbiditätsstruktur, die aus einem unzureichenden Gesundheitsmanagement resultiert, die Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich erhöhen. Damit die privaten Krankenversicherungen eine Alternative bieten können, muss als Voraussetzung für einen effizienzorientierten Wettbewerb der Versicherungswechsel zu jedem Zeitpunkt ermöglicht werden. Dazu ist die Portabilität von Alterungsrückstellungen zu gewährleisten. Außerdem sind – um Risikoselektion zu vermeiden – die Rückstellungen in ihrer Höhe an den Gesundheitszustand zum Wechselzeitpunkt individuell anzupassen.

Insgesamt sprechen – so die Mehrheit der Befürworter – die genannten Argumente dafür, in einem Gesundheitsprämiensystem die privaten Krankenversicherungen als kapitalfundierte Vollversicherungen beizubehalten. Voraussetzung hierfür ist aber eine stärker wettbewerbliche Organisation der privaten Krankenversicherung, um einen „fairen“ Systemwettbewerb zu gewährleisten.

4.3.2.3 Versicherung von Ehepartnern ohne eigenes Einkommen

Im Gesundheitsprämienmodell gibt es keine beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern mehr. Für Ehepaare ist unabhängig von der Aufteilung ihres Gesamteinkommens die Prämienbelastung gleich. Damit wird das oben dargestellte Problem der Abweichung von der horizontalen Gerechtigkeit in der Beitragsbelastung von Ehepartnern im gegenwärtigen System gelöst. Diesbezüglich erweist sich das Gesundheitsprämienmodell anderen Reformvorschlägen zur Beitragserhebung bei Ehepaaren, nämlich einem negativen Ehegattensplitting oder einem Mindestbeitrag für mitversicherte Ehepartner, als überlegen.

Beim negativen Ehegattensplitting wird das beitragspflichtige Haushaltseinkommen halbiert und jeweils auf beide Teile der Krankenversicherungsbeitrag erhoben. Dadurch würde das Leistungsfähigkeitsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt. Einverdienerehepaare mit hohem Haushaltseinkommen würden in Abhängigkeit ihres Einkommens höhere Beiträge zahlen. Bei konsequenter Umsetzung des negativen Splittings auch für Doppelverdienerfamilien würden Belastungsunterschiede aufgehoben, die sich bei unterschiedlicher Gehaltsaufteilung auf die Ehepartner ergeben, wenn ein Ehepartner ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bezieht. Gegen ein negatives Ehegattensplitting bestehen jedoch gravierende verfassungsrechtliche Bedenken, da es zu einer systematischen Schlechterstellung von verheirateten Paaren gegenüber nicht ehelichen Lebensgemeinschaften führen kann. Außerdem ist für die Umsetzung unklar, wie das Splitting bei Ehepaaren, die in unterschiedlichen Krankenversicherungen versichert sind, durchgeführt werden soll. Insbesondere wäre zu klären, ob das Splitting auch bei Ehepaaren angewendet werden soll, von denen ein Ehepartner in der privaten Krankenversicherung versichert ist.

Als Alternative zum negativen Ehegattensplitting wird ein Mindestbeitrag für mitversicherte Ehepartner diskutiert, also sozusagen eine Pauschalprämie für einen Teil der Versicherten. Diese Reform würde das Äquivalenzprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung stärken, da unabhängig vom Familieneinkommen jeder erwachsene Versicherte als potenzieller Leistungsempfänger auch einen Beitrag entrichtet. Im bestehenden leistungsfähigkeitsorientierten Finanzierungssystem würde diese Ehegattenprämie jedoch zu neuen Abweichungen vom Prinzip der horizontalen Gleichbehandlung führen. So würden Einverdienerehepaare mit einem Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze höhere Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung zahlen als Doppelverdienerehepaare mit gleichem Gesamteinkommen.

Im Gesundheitsprämienmodell, in dem jeder erwachsene Versicherte zunächst den gleichen Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung zahlt, werden in Abhängigkeit der Leistungsfähigkeit steuerliche Prämienzuschüsse gewährt, und dieser soziale Ausgleich wird über das progressiv ausgestaltete Steuer-Transfer-System finanziert. Diese Art der Finanzierung behandelt Ehepaare mit gleichem Gesamteinkommen gleich. Ungleichbehandlungen von ehelichen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften, wie sie etwa durch ein negatives Ehegattensplitting verursacht würden, treten dabei nicht auf.

Oftmals übernehmen mitversicherte Ehepartner gesamtgesellschaftlich erwünschte Aufgaben, z. B. indem sie Kinder erziehen oder Angehörige pflegen. Um diese Familienleistungen zu unterstützen, könnte der Mindestbeitrag Ehepartnern erlassen werden, die Kindererziehungszeiten vorweisen können oder Angehörige pflegen. Würden die Beiträge für diese Versicherten über höhere Beiträge durch die übrige Versichertengemeinschaft getragen, würde der Gesetzlichen Krankenversicherung eine neue gesamtgesellschaftliche Aufgabe im Bereich der Familienpolitik aufgebürdet. Daher sollte eine familienpolitisch erwünschte Prämienfreistellung nicht durch die Beitragsgestaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, sondern durch einen direkten Zuschuss aus Steuermitteln an die Versicherten umgesetzt werden.

4.3.2.4 Quantifizierung von Finanzierungs- und Verteilungseffekten

Die konstitutiven Bestandteile des Gesundheitsprämienmodells lassen einen relativ breiten Spielraum für die konkrete Ausgestaltung des Systems, neben dem Versichertenkreis und den durch die Gesundheitsprämie abzudeckenden Leistungsumfang insbesondere im Hinblick auf die Bemessung der steuerfinanzierten Prämienzuschüsse. Die im Folgenden aufgeführten quantitativen und exemplarischen Orientierungsgrößen sind dem für die Kommission erstellten Gutachten zur Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen entnommen.[14]

Nach den vorliegenden Berechnungen würde die Gesundheitsprämie im Durchschnitt über alle Krankenkassen (bei kassenindividuellen Abweichungen) 210 € pro Monat für jeden erwachsenen Versicherten betragen. Dies entspricht etwa 9,5 % des durchschnittlichen Einkommens eines Arbeitnehmers.[15] Mit dieser durchschnittlichen Prämienhöhe würde das für das Jahr 2003 geschätzte Volumen der Beitragseinnahmen in Höhe von 140 Mrd. € erreicht. Für die Gesetzliche Krankenversicherung wird so eine weitgehende Aufkommensneutralität der Umstellung auf Gesundheitsprämien sichergestellt. Kinder werden wie bisher beitragsfrei mitversichert. Durch die zusätzliche Verbeitragung der als Bruttolohn ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge können die

14 Bork, C. [2003], Gutachten zur Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen, Wiesbaden.
15 Durchschnittliche Bruttolöhne und -gehälter je beschäftigten Arbeitnehmer (Inlandskonzept) für das Jahr 2002 gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen.

Beitragssätze in den anderen Sozialversicherungszweigen um insgesamt knapp 1,7 Beitragssatzpunkte gesenkt werden. Die Belastungsneutralität wird so gewährleistet.

Durch die Besteuerung der Arbeitgeberanteile können für einige Versicherte Belastungen entstehen. Die Möglichkeiten zur Ausgestaltung der Prämienzuschüsse erlauben es, diese Belastungen zielgenau aufzufangen. Dies kann beispielsweise über einen linearen, über alle Einkommen konstanten, zumutbaren Eigenanteil in Höhe von 14 % des monatlichen Bruttoeinkommens erfolgen. Übersteigen die von dem Haushalt gezahlten Gesundheitsprämien diesen Eigenanteil, erhält der Versicherte einen steuerfinanzierten Zuschuss in Höhe der Differenz. Alternativ sind andere Tarife zur Entlastung der unteren Einkommensgruppen denkbar, etwa ein Tarif mit einem niedrigeren Eigenanteil in unteren Einkommensbereichen. Dieser Eigenanteil könnte mit steigendem Einkommen zunehmen. Ferner ist eine Freigrenze denkbar, die speziell Niedrigeinkommen vollständig von einem zumutbaren Eigenanteil befreit. Darüber hinaus kann der soziale Ausgleich auch nach Äquivalenzeinkommen bemessen werden und damit Haushaltsgrößenunterschiede als Zuschusskriterium berücksichtigen.[16] Es wurden exemplarisch zwei Gestaltungsvarianten für die Zuschusskriterien den Berechnungen zu Grunde gelegt:

- Eigenanteil-Tarif 1: linearer zumutbarer Eigenanteil zur pauschalen Gesundheitsprämie in Höhe von 13,3 % des Bruttoeinkommens. Dies entspricht der gegenwärtigen Belastung durch die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung.[17]

- Eigenanteil-Tarif 2: Tarif des zumutbaren Eigenanteils, der von 13,3 % auf 16 % des Bruttoeinkommens ansteigt, in Verbindung mit einer vorgeschalteten Freigrenze in Höhe von 210 € je Monat.

Die Grenzen, ab denen kein Zuschuss mehr gezahlt wird, liegen bei einer pauschalen Gesundheitsprämie von monatlich 210 € für den Eigenanteiltarif 1 bei rund 1.580 € und für den Eigenanteiltarif 2 bei rund 1.320 €. Für höhere Einkommen übersteigt der zumutbare Eigenanteil die Höhe der pauschalen Gesundheitsprämie. Die Prämienhöhe von 210 €, die der Zuschussbemessung zu Grunde liegt, ist dabei als Durchschnittsprämie über alle Krankenversicherungen anzusehen. Im Leistungs- und Kostenwettbewerb werden die Prämien der einzelnen Anbieter hiervon abweichen. Würde der zumutbare Eigenanteil an der tatsächlich zu zahlenden Prämie bemessen, hätte ein Zuschussempfänger nur noch wenig Interesse, in eine günstigere Krankenversicherung zu wechseln. Durch die Orientierung des Zuschusses an der Durchschnittsprämie bleibt auch für Zuschussempfängerinnen und -empfänger der Anreiz erhalten, bei der Wahl ihrer Krankenkasse auf das Verhältnis von Prämienhöhe und Versicherungsleistung zu achten.

Nach den vorliegenden Berechnungsergebnissen beträgt das zusätzliche Aufkommen an Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag durch Ausschüttung bzw. Besteuerung der Arbeitgeberanteile insgesamt 18,6 Mrd. € (davon etwa 2,5 Mrd. € durch die Steuerpflicht für Zuschüsse der Arbeitgeber für privat Versicherte). Der Zuschuss zur Begrenzung der Beitragsbelastung erreicht im Tarif 1 ein Volumen von 28,4 Mrd. € und im Tarif 2 von 22,6 Mrd. €. Nach Abzug des zusätzlichen Aufkommens aus der Besteuerung des Arbeitgeberanteils beträgt der zusätzliche Finanzierungsbedarf 10,2 Mrd. € im Tarif 1 und 4,4 Mrd. € im Tarif 2.[18]

Das Ausmaß der einkommensbezogenen Umverteilung lässt sich im System einer pauschalen Gesundheitsprämie offen und transparent anhand des Gesamtvolumens der Zuschüsse zur Begrenzung der Beitragsbelastung ablesen. Wird diese Umverteilung aus dem Einkommensteueraufkommen finanziert, ist ein

16 Vgl. Knappe, Arnold [2002], Pauschalprämien in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, hrsg: Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V.

17 Bezieht man den derzeitigen Gesamtbeitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung analog zum Gesundheitsprämienmodell auf das um den Arbeitgeberbeitrag aufgestockte Bruttoeinkommen, liegt der Beitragssatz faktisch um ungefähr einen Prozentpunkt niedriger. Deshalb liegt der zumutbare Eigenanteil im konstanten Tarif unter dem gegenwärtigen durchschnittlichen Beitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

18 Hierbei ist berücksichtigt, dass mit einer pauschalen Gesundheitsprämie in Höhe von 210 € das für das Jahr 2003 geschätzte Beitragsaufkommen nicht vollständig erreicht wird (Differenz: 0,3 Mrd. €).

progressives Belastungsprofil gewährleistet. Aus der Sichtweise der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber ist die Reform nahezu belastungsneutral.

Die quantitativen Abschätzungen der Verteilungswirkungen einer Umstellung auf Gesundheitsprämien zeigen, dass für den Durchschnitt aller privaten Haushalte die Veränderungen gegenüber dem Status quo durchweg moderat ausfallen. Unter Zugrundelegung des Tarifs 1 für den zumutbaren Eigenbeitrag werden die privaten Haushalte im Durchschnitt über weite Bereiche der Einkommensskala entlastet. In Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen ergeben sich folgende Verteilungswirkungen: Im Bruttoeinkommensbereich zwischen 10.000 € und 25.000 € jährlich existieren geringfügige Belastungen von durchschnittlich etwa 0,3 %, maximal 0,6 %, des verfügbaren Haushaltseinkommens. Diese ergibt sich im Wesentlichen aus der Besteuerung des ausgeschütteten Arbeitgeberanteils zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 20.000 € bis unter 40.000 € können die privaten Haushalte im Durchschnitt mit weitgehend unveränderten Belastungen rechnen. Erst ab der Beitragsbemessungsgrenze zur Gesetzlichen Krankenversicherung von jährlich 41.400 € steigt die relative Entlastung an und erreicht maximal etwa 2 % des verfügbaren Einkommens bei einem Bruttoeinkommen zwischen 60.000 und 80.000 €. Ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 80.000 € ist die relative Entlastung zunächst leicht, dann stark rückläufig.

Durch Anwendung des Tarifs 2 würden die Verteilungswirkungen infolge des geringeren Umverteilungsvolumens „ungünstiger“ ausfallen. Insgesamt blieben jedoch auch bei der Anwendung des Tarifs 2 die relativen Belastungen im Durchschnitt der privaten Haushalte moderat und würden sich im Rahmen von maximal 2,4 % des verfügbaren Einkommens bewegen. Auf das Bruttoeinkommen bezogen, entspräche dies einer maximalen Belastung von etwa 1,2 %.

Es ist zu beachten, dass diese Berechnungen die Gegenfinanzierung einer zusätzlichen Belastung der öffentlichen Haushalte durch das Zuschusssystem nicht berücksichtigen. Würde man beispielsweise das nicht durch die zusätzliche Einkommensteuer abgedeckte Transfervolumen durch eine Anhebung des Solidaritätszuschlags auf 10 % finanzieren, verminderte sich die maximale Entlastung in Tarif 1 auf rund 1 % des verfügbaren Einkommens. Für Spitzeneinkommen über 120.000 € jährlich ergäbe sich eine Belastung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich durch eine Umstellung der Finanzierung auf Gesundheitsprämien keine großen Änderungen gegenüber der heutigen Belastungsverteilung ergäben. Die durchschnittliche maximale Belastung betrüge – je nach gewähltem Tarif des zumutbaren Eigenbeitrags – 0,6 % bzw. 2,4 % des verfügbaren Haushaltseinkommens oder rund 0,3 % bzw. 1,2 % des Bruttoeinkommens. Dies entspricht im heutigen System etwa den Belastungen eines Beitragssatzanstiegs um etwa 0,6 bzw. 2,4 Beitragssatzpunkte. Keine soziale Gruppe – abgesehen von Haushalten der Beamten und Pensionäre – würde systematisch durch die Reform belastet. Dagegen würden durch die Reform insbesondere Haushalte von Alleinstehenden im mittleren Einkommensbereich entlastet. Nach geltendem Recht tragen diese überproportional zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung bei und sind auch sonst im Steuer-Transfer-System hohen Grenzbelastungen ausgesetzt. Im Einzelnen ergäben sich jedoch sehr unterschiedliche Wirkungen in Abhängigkeit von Haushaltstyp und Haushaltsgröße. Durch die Gestaltung des Zuschusssystems und die Art der Gegenfinanzierung können politisch unerwünschte Verteilungseffekte vermieden werden.

Die Grenzbelastung der Arbeitseinkommen durch Einkommensteuer und Sozialbeiträge wird mit dem Übergang zu einem Gesundheitsprämiensystem für weite Einkommensbereiche vermindert. Lediglich im unteren Einkommensbereich bis 1.440 € steigt die Grenzbelastung leicht um 2 % des Arbeitgeber-Bruttoeinkommens bzw. um 6 % des Arbeitnehmer-Bruttoeinkommens. Für Arbeitnehmer-Bruttoeinkommen im Einkommensintervall von 1.440 € bis zur heutigen Beitragsbemessungsgrenze (3.450 €) reduziert sich die Grenzbelastung deutlich; sie sinkt um 10 % des Arbeitgeber-Bruttoeinkommens bzw. 7 % des Arbeitnehmer-Bruttoeinkommens.[19] Hiervon sind positive Effekte auf die Beschäftigung zu erwarten.

4.3.2.5 Fazit

Das Konzept der pauschalen Gesundheitsprämie zeigt, wie die Finanzierung der Krankenversicherung gleichzeitig beschäftigungs- und wachstumsfreundlicher, verteilungspolitisch zielgenauer und effizienter gestaltet werden kann.

Die beschäftigungshemmende bzw. -gefährdende Kopplung der Beitragsbemessung an die Arbeitsentgelte wird überwunden. Eine solche Entlastung auf dem Arbeitsmarkt setzt gesamtwirtschaftliche Wachstumspotenziale frei. Problematische Verteilungswirkungen der heutigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit verbundene Ungleichbehandlungen werden im Gesundheitsprämienmodell überwunden.

Zukünftige demografiebedingte Steigerungen der Gesundheitsausgaben werden zwar auch in einem Gesundheitsprämiensystem nicht vollständig aufgefangen, da es nach dem Umlageverfahren organisiert ist. Die Abkopplung der Beitragsbemessung von den Arbeitseinkommen ist jedoch ein erster entscheidender Schritt, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Krankenversicherung zu erreichen.

Ein entscheidender Punkt für die politische Umsetzung eines Gesundheitsprämienmodells wird sein, wie über das Steuer-Transfer-System den Umverteilungserfordernissen Rechnung getragen wird. Die vorliegenden Berechnungen zeigen, dass durch steuerfinanzierte Prämienzuschüsse bei entsprechender Gestaltung der Zuschusskriterien der soziale Ausgleich in Umfang und Wirkungsrichtung zielgenau entsprechend vorgegebener Verteilungsziele zu verwirklichen ist. Eventuell verbleiben leicht negative Verteilungswirkungen für einige Haushalte; ob diese eintreten, hängt aber letztlich auch vom politischen Wollen bezüglich der detaillierten Regelung des sozialen Ausgleichs ab. Zudem sind den Verteilungswirkungen stets die möglichen positiven Effekte auf Beschäftigung und Wachstum gegenüberzustellen, die wiederum zu einer Verbesserung der Einkommenssituation der privaten Haushalte beitragen.

4.3.3 Bürgerversicherung und Gesundheitsprämien: Gegenüberstellung und Diskussion

Die gegenwärtig ausschließlich lohnbezogene Beitragsbemessung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist als Finanzierungsform sowohl gesamtwirtschaftlich als auch im Hinblick auf den Gesundheitsbereich nicht nachhaltig. Steigende Beitragssätze erhöhen unmittelbar die Lohnzusatzkosten und hemmen damit Beschäftigung und Wachstum. Gleichzeitig beeinträchtigen konjunkturelle Abschwächungen und eine steigende Arbeitslosigkeit die Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Angesichts der zukünftigen demografischen Herausforderungen und des medizinisch-technischen Fortschritts ist auch in intergenerativer Hinsicht Nachhaltigkeit im gegenwärtigen System nicht gewährleistet. Darüber hinaus ist die heutige Form der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch elementar inkonsistente Verteilungswirkungen gekennzeichnet. Sie ergeben sich daraus, dass in der Gesetzlichen Krankenversicherung einerseits gesamtgesellschaftliche Umverteilungsfunktionen wahrgenommen werden, hierzu aber andererseits nicht alle Einkommen und nicht alle Personen herangezogen werden.

19 Das Arbeitgeber-Bruttoeinkommen ist das Bruttoeinkommen der Arbeitnehmer zuzüglich der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung.

Beide oben dargestellten Konzepte zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zielen darauf ab, diese Mängel des gegenwärtigen Finanzierungssystems zu beseitigen bzw. zu mindern. Sie streben – unter Beachtung der in Kapitel 4.2 dargestellten Grundprinzipien – an, die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf eine nachhaltigere Grundlage zu stellen und hierdurch den Zugang zu allen medizinisch notwendigen Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft zu gewährleisten. Gleichzeitig sollen negative Beschäftigungswirkungen steigender Gesundheitsausgaben gemindert werden. Die Belastung durch Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung soll in beiden Modellen für Bezieher geringer Einkommen im Rahmen eines sozialen Ausgleichs begrenzt werden.

Bürgerversicherung und Gesundheitsprämienmodell verfolgen diese Ziele auf Basis des Umlageverfahrens in Verbindung mit einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen. Den demografischen Herausforderungen wird in beiden Modellen über eine stärkere Beteiligung der Rentnerinnen und Rentner an der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung begegnet. Angesichts der beschränkten Möglichkeiten, die künftigen Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts zu prognostizieren, ist das erforderliche Ausmaß des Kapitalaufbaus, der Beiträge voll stabilisieren könnte, nicht bekannt, und damit sind der Rolle der Kapitaldeckung in der Krankenversicherung Grenzen gesetzt.

In einer Bürgerversicherung wird die Abhängigkeit der Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung von der Entwicklung der Arbeitsentgelte dadurch gemindert, dass der Versichertenkreis auf alle Bürgerinnen und Bürger ausgeweitet wird und sämtliche steuerpflichtigen Einkommen der Beitragserhebung unterliegen. Hierdurch wird gleichzeitig die Zielgenauigkeit der Verteilungswirkungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung erhöht. Die einkommensabhängige Umverteilung wird in einer Bürgerversicherung nach wie vor innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen.

In einem Gesundheitsprämienmodell wird die direkte Verknüpfung von Arbeitsentgelten und Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung vollständig gelöst. Eine höhere verteilungspolitische Konsistenz wird durch die Verlagerung der Einkommensumverteilung, die über den für Krankenversicherungen typischen Solidarausgleich hinausgeht, aus der Gesetzlichen Krankenversicherung in das progressiv ausgestaltete staatliche Steuer-Transfer-System erreicht.

Den privaten Krankenversicherungen werden in den beiden Modellen jeweils unterschiedliche Funktionen zugewiesen. In der Bürgerversicherung bleibt ihnen der Bereich der Zusatzversicherungen (Absicherung medizinisch nicht notwendiger Gesundheitsleistungen, z. B. Doppelzimmerunterbringung, Kuren, Wellness-Angebote). Im Übrigen ist zu prüfen, ob und wie sich die privaten Krankenversicherungen am Angebot der Bürgerversicherung beteiligen können. Konzeptionell kann ein Gesundheitsprämienmodell sowohl auf den jetzigen Kreis der in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten beschränkt bleiben als auch auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt werden, d. h. auch auf Beamte, Selbständige und Bezieher hoher Einkommen. Im Hinblick auf die in privaten Krankenversicherungen vorgenommene Kapitaldeckung und auf die Möglichkeit eines Systemwettbewerbs sieht die Variante des oben dargestellten Gesundheitsprämienmodells vor, dass private Krankenversicherungen – allerdings unter verschärften Wettbewerbsbedingungen – weiterhin Vollversicherungen anbieten.

Die unterschiedliche Systematik der beiden Finanzierungskonzepte bedingt, dass sich Bei-

trags- und Finanzierungseffekte aufgrund eines fehlenden gemeinsamen Referenzmaßstabs nicht unmittelbar miteinander vergleichen lassen. Die beiden Konzepte wurden in der Kommission intensiv und teilweise recht kontrovers diskutiert. Die Diskussion konzentrierte sich auf die folgenden Aspekte:

Neben der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze könnte es sich als problematisch für die Bürgerversicherung im Sinne der Nachhaltigkeit in der Finanzierung erweisen, dass die Beitragsentwicklung angesichts der überragenden Bedeutung der Arbeitseinkommen an den Gesamteinkommen der Versicherten nach wie vor maßgeblich an die Entwicklung der Arbeitsentgelte gebunden ist. Darüber hinaus werden im Hinblick auf die Einbeziehung weiterer Einkommensarten zusätzliche konzeptionelle und administrative Schwierigkeiten gesehen, die sich insbesondere auf die konkurrierenden Abgrenzungen von Einkommensbegriffen im Steuerrecht einerseits und im Sozialrecht andererseits beziehen. Der Preis für die Senkung der Grenzbelastung des Arbeitsentgelts bis zur heutigen Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3.450 € je Monat um knapp 1 Prozentpunkt ist eine steigende Grenzbelastung von Einkommen oberhalb dieser Grenze um 7,5 Prozentpunkte.[20] Zudem sind ordnungs- und verfassungsrechtliche Fragen zu klären. Der Übergang vom jetzigen System in eine Bürgerversicherung ist so zu gestalten, dass der gebotene Vertrauensschutz gewährleistet wird.

Im Mittelpunkt der kritischen Erörterung des Gesundheitsprämienmodells steht die Verlagerung der gesundheitsunabhängigen Umverteilung in das Steuer-Transfer-System und die damit verbundenen Verteilungswirkungen. In der Kommission stieß insbesondere der Umstand auf Bedenken, dass bei den durchgerechneten Varianten einer Senkung der Grenzbelastung im Einkommensintervall von 1.440 € bis 3.450 € um 10 Prozentpunkte eine Erhöhung der Grenzbelastung von Einkommen unterhalb 1.440 € um 2 Prozentpunkte gegenübersteht.[21] Zudem wurde es als problematisch angesehen, dass mit dem Übergang zu Gesundheitsprämien die Abhängigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung von den Arbeitsentgelten durch die Abhängigkeit der Prämienzuschüsse von der Entwicklung des Steueraufkommens ersetzt wird und dadurch der soziale Ausgleich weniger sicher würde. Schlechterstellungen von Versicherten im Vergleich zum gegenwärtigen System können durch die Gestaltung des Zuschusssystems und seiner Finanzierung völlig vermieden werden, allerdings ergäbe sich dann ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf und damit eine entsprechende Belastung der öffentlichen Haushalte. Die Verteilungswirkung des Gesundheitsprämienmodells hängt im Übrigen stark von der vorgesehenen Beitragssubventionierung für Geringverdiener ab.

Bei einer Entscheidung zwischen „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämien“ handelt es sich nicht in erster Linie um eine gesundheitspolitische Entscheidung, d. h. nicht um eine Entscheidung über Umfang und Qualität des Versicherungsschutzes oder um die Notwendigkeit eines sozialen Ausgleichs. Bei dieser Entscheidung geht es vielmehr darum, auf welchem Weg und mit welchem Erfolg Wachstums- und Beschäftigungsfreundlichkeit (Allokation) und sozialer Ausgleich (Distribution) in der Gesellschaft umgesetzt werden und wer davon in welcher Form und Höhe betroffen ist. Die Vertreter einer Bürgerversicherung gehen davon aus, dass der soziale Ausgleich zuverlässiger und nachhaltiger innerhalb eines beitragsorientierten Krankenversicherungssystems geregelt wird. Bei den Vertretern des Gesundheitsprämienmodells stehen Wachstums- und Beschäftigungsfragen im Vordergrund, und sie sehen die Möglichkeit, den sozialen Ausgleich über das staatliche Steuer-Transfer-System nachhaltig und zielgenauer zu gestalten.

20 Aus Sicht des Arbeitgebers für einen alleinstehenden Arbeitnehmer; Berechnungsergebnis gemäß Bork, C. [2003], a. a. O.
21 Ebenda.

4.4 Minderheitenvoten

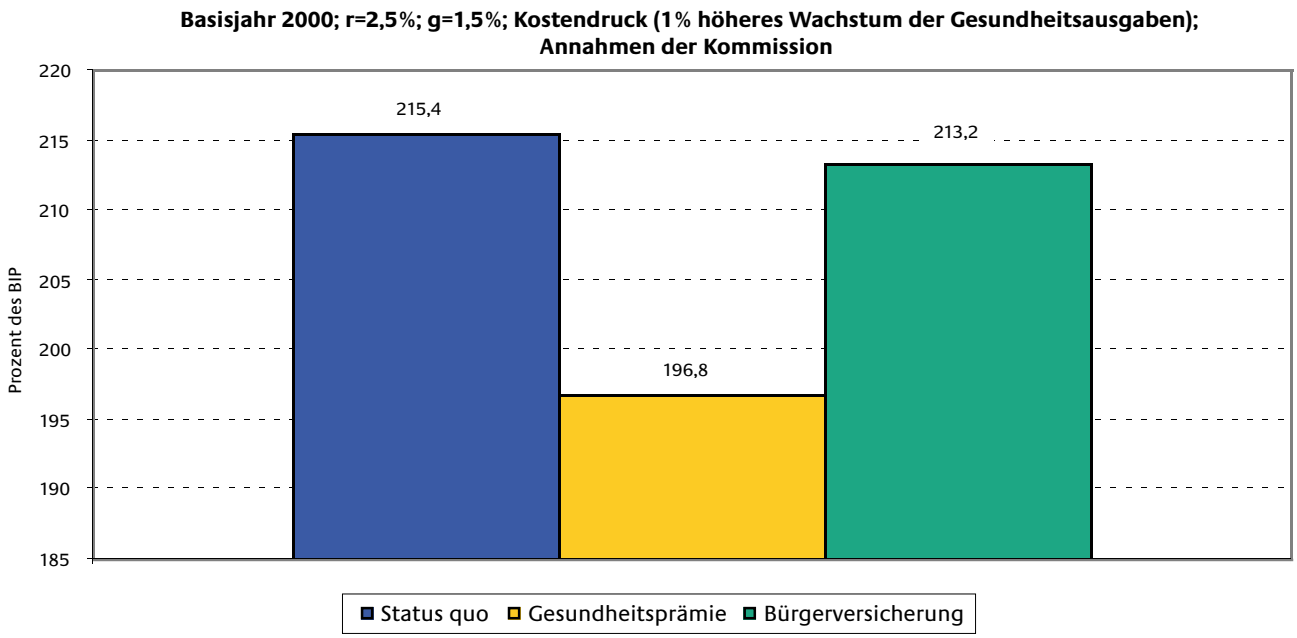
1. Minderheitenvotum zu den konzeptionellen Alternativen zur lohnzentrierten Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Kap. 4.3)

Nach Meinung der Kommissionsmitglieder Claus-Michael Dill und Bernd Raffelhüschen gehen die alternativen Vorschläge zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht weit genug. Die von der Kommission verabschiedeten Vorschläge zur Reform der Einnahmenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung verfehlen eindeutig das eigentliche Ziel, d.h. eine nachhaltige Finanzierung der GKV herzustellen. In der Kommission haben sich zur Reformierung der Finanzierungsbasis zwei alternative Konzepte herauskristallisiert: Die Bürgerversicherung und die Einführung von Gesundheitsprämien. Beiden gemein ist zunächst einmal, dass sie nur auf die Finanzierungsseite der GKV abzielen.

Das eigentliche Ziel der Kommission bestand darin, einen nachhaltigen Reformvorschlag für die GKV zu erarbeiten. Beide dargelegten Reformoptionen verfehlen dieses Ziel. Zur Präzisierung der Kritik wird auf die Generationenbilanz zurückgegriffen, welche sämtliche Krankenversicherungsleistungen an alle heute und in Zukunft lebenden Generationen abzüglich der von ihnen gezahlten Beiträge zur GKV berechnet. Ist die Differenz positiv, so besteht eine Nachhaltigkeitslücke (NHL), die illustriert, welche Reserven fehlen, wenn alle zukünftigen Generationen das gegenwärtige Leistungsniveau erhalten sollen. Die folgende Abbildung zeigt die Auswirkungen der diskutierten Reformoptionen auf die NHL der GKV (siehe Abbildung).

Unter realistischen Rahmenbedingungen ergibt sich im gesetzlichen Status quo eine NHL von 215,4 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Die Reformoptionen „Bürgerversicherung“ verursacht einen minimalen Rückgang der NHL auf 213,2 Prozent des BIP. Etwas bes-

Abbildung: Isolierte Auswirkungen der Kommissionsvorschläge zur „Gesundheitsreform“ auf die Nachhaltigkeitslücke der GKV



Quelle: Häcker, Raffelhüschen, Universität Freiburg.

ser schneidet die Einführung von Gesundheitsprämien ab, denn sie induziert einen Rückgang der NHL auf 196,8 % des BIP. Dennoch, beide Konzeptionen vermögen es nicht, einen wirklichen Beitrag zur Herstellung von Nachhaltigkeit für zukünftige Generationen zu leisten.

Deswegen wurde vom Kommissionsmitglied Dill ein alternatives Konzept vorgelegt, welches Nachhaltigkeit sichert. Dieses Konzept sieht vor, dass der einkommensstarke Teil der Bevölkerung (etwa 60 %) das Krankheitsrisiko privat absichern soll. Von diesem können diejenigen mit einem mittleren Einkommen ihre Prämie steuerlich geltend machen. Der einkommensschwache Teil (die verbleibenden ca. 40 %) soll weiterhin über die GKV abgesichert werden, die aber in diesem Konzept steuerfinanziert sein wird. Im Hinblick auf die zu realisierenden Kriterien schneidet dieser Vorschlag bedeutend besser ab als die Bürgerversicherung oder die Einführung von Gesundheitsprämien:

Der Vorschlag dürfte auf Beschäftigung und Wachstum eine positive Wirkung haben und damit dem ersten Zielkriterium der Kommission genügen. Die Lohnbezogenheit bei der Finanzierung des Gesundheitswesens wird weitestgehend aufgelöst. Eine Erhöhung der Gesundheitsausgaben hat nun keine negative Beschäftigungswirkung. Vielmehr kann nun ein Großteil der Bevölkerung gemäß seinen persönlichen Präferenzen Ausgaben für Gesundheit tätigen. Dies gibt auch dem Gesundheitssektor eine Möglichkeit zu wachsen, was mit neuen Arbeitsplätzen einhergehen würde.

Auch das zweite Kriterium, die Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit zwischen hohen und niedrigen Einkommen, wird durch den Vorschlag erfüllt. Die reichen Teile der Bevölkerung müssen für sich selbst sorgen und finanzieren über das allgemeine Steuereinkommen zudem die GKV für die ärmeren Teile der Bevölkerung. Vor allem hinsichtlich der Wirkung auf die Nachhaltigkeit und damit die Verteilungsgerechtigkeit zwischen heutigen und zukünftigen Generationen weist der hier gemachte Vorschlag gegenüber Bürgerversicherung und Risikoprämien seine Vorzüge auf: Ein Großteil der Versicherten bildet in einer privaten Versicherung Altersrückstellungen und sorgt so für sich selbst vor. Damit werden zukünftige Generationen nicht mehr zur Finanzierung dieses Großteils der Bevölkerung herangezogen und somit erheblich entlastet. Eine weitgehende Herstellung von Nachhaltigkeit lässt sich nun garantieren.
Da innerhalb dieses Vorschlages sowohl die konkurrierenden Systeme GKV und PKV dem Prinzip nach weiterbestehen, ist zudem ein ausreichender Wettbewerb zur Herstellung einer effizienten Allokation und damit eines schonenden Umgangs mit Ressourcen gegeben. Durch die übliche Prämiengestaltung privater Versicherer mit Selbstbehalten ist auch ein funktionierendes Preissetzungssystem innerhalb des Gesundheitssektors gegeben. Die Versicherten können eigenverantwortlich das Maß von Gesundheitsleistungen für sich selbst bestimmen.

2. Minderheitenvotum zu den konzeptionellen Alternativen zur lohnzentrierten Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Kap. 4.3)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Frank Nullmeier, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel wenden sich gegen die Entscheidung der Kommissionsmehrheit, wonach die Entscheidung zwischen den beiden Modellen „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämien“ an die Politik zurückgegeben wird. Sie wünschen sich eine breite und vertiefte gesellschaftliche Diskussion darüber, ob die Erweiterung der Versicherungspflicht auf bisher nicht verbeitragte Einkommen und auf andere Personengruppen ein sinnvoller Weg ist, um die Finanzierungsbasis der Sozialversicherung nachhaltig zu stärken. Die zukünftige Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung soll zwingend in ein Konzept der qualitätsorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eingebunden sein, in

dem die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten und Patienten im Vordergrund steht.

Das gegliederte System der GKV ist eine Solidargemeinschaft und beruht auf den Prinzipien der solidarischen Finanzierung und der bedarfsorientierten Leistungen. Jeder Versicherte zahlt nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit einen bestimmten prozentualen Anteil seines oder ihres Arbeitseinkommens an die Krankenkassen. Aus diesem Fonds wird die medizinische Versorgung aller Mitglieder der Kasse bezahlt, auch die der nicht erwerbstätigen Familienangehörigen. Im Unterschied zur Renten- und Arbeitslosenversicherung hat das Äquivalenzprinzip, d. h. die Abhängigkeit der Leistungen von der Höhe der Beitragszahlungen, keine Bedeutung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Stattdessen gilt das Bedarfsprinzip; alle Versicherten haben Anspruch auf die medizinisch notwendigen Behandlungen in angemessener Qualität. An diesen Eckpfeilern der GKV rütteln die genannten Kommissionsmitglieder ebenso wenig wie an der paritätischen Finanzierung durch die Versicherten und deren Arbeitgeber.

Der in der Diskussion befindliche Vorschlag, die solidarische Beitragsfinanzierung durch eine über Gesundheitsprämien finanzierte Pflichtversicherung zu ersetzen, wird abgelehnt.

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Frank Nullmeier, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel schlagen eine Reform der GKV-Finanzierung mit folgenden Eckpunkten vor:

- Die Beiträge orientieren sich strikt am Prinzip der Leistungsfähigkeit. Die paritätische Finanzierung der Beiträge der abhängig Beschäftigten bleibt bestehen.

- Wie bereits an verschiedenen Stellen dargestellt, wünschen sie sich eine gesellschaftliche Diskussion über die Erweiterung der Versicherungspflicht auf weitere Personenkreise und Einkommen.

- Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen darf solange nicht aufgehoben werden, bis eine sozial gerechte Finanzierung familienpolitischer Leistungen gefunden ist. Im Rahmen der notwendigen Debatte wäre auch zu entscheiden, welche Leistungen einzubeziehen wären.

- Der „Verschiebebahnhof“ zwischen Bundesanstalt für Arbeit und der GKV wird aufgelöst. Die Rechtslage, wonach sich die Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose nach der Höhe des ehemaligen Arbeitsentgelts richten, ist wiederherzustellen. Alternativ kann für die Gruppe der Arbeitslosen über einen kostendeckenden Gesamtbeitrag für die Krankenkassen nachgedacht werden.

- Die Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Leistungen in der GKV muss aus Steuermitteln erfolgen. Es muss sichergestellt sein, dass alle steuerfinanzierten Leistungen der GKV weiterhin Leistungen der Krankenkassen bleiben.

- Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich wird zu einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich weiterentwickelt, da nur mit diesem ein Wettbewerb in der GKV möglich ist, der das Solidaritätsprinzip nicht beschädigt.

Die genannten Kommissionsmitglieder befürworten Boni für Versicherte, die an integrierter Versorgung, Disease-Management-Programmen oder am Hausarztsystem teilnehmen. Mit solchen Boni wird ein Verhalten der PatientInnen gefördert, das zu Einsparungen für die gesamte Versichertengemeinschaft führen kann – schließlich wird von den genannten Leistungsangeboten eine effizientere Versorgung erwartet.

3. Minderheitenvotum zu den konzeptionellen Alternativen zur lohnzentrierten Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Kap. 4.3)

Die Beschlussvorlage der Kommission und der vorliegende Abschlussbericht im Bereich der Reformvorschläge für die Gesetzliche Krankenversicherung beschränkt sich aus der Sicht des Kommissionsmitgliedes Eckhard Nagel fälschlicherweise zu sehr auf die Darstellung zweier Modelle, die im Prinzip nur die Verbesserung der Einnahmenseite bei der Finanzierung der GKV im Blickpunkt haben.

Gerade unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten wurde zu keinem Zeitpunkt die finanzielle Überlegenheit der beiden vorgestellten Alternativen (Bürgerversicherung + Gesundheitsprämien) gegenüber dem Status quo der paritätisch finanzierten „Arbeitnehmerversicherung“ nachgewiesen.

Verschiedene Simulationsmodelle (z. B. das von Häcker, Raffelhüschen) zeigen vielmehr, dass die beiden vorgeschlagenen Alternativen in der Zukunft eine der heutigen Situation vergleichbare Nachhaltigkeitslücke in der Finanzierung der GKV aufweisen werden.

Entgegen der im Bericht vorliegenden Darstellung handelt es sich bei der Bürgerversicherung im Wesentlichen um eine Variante des Status quo, in der die Beiträge weiterhin ganz überwiegend aus Lohneinkünften finanziert werden. Mit dem Versichertenkreis wird auch der Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert. Die demografisch bedingten Probleme der intergenerativen Ausgleichserfordernisse nehmen zu und werden in das umlagefinanzierte System der GKV übertragen. Auch die Entlastung des Faktors Arbeit bei der Beitragsfinanzierung fällt zu gering aus, indem nur 0,5 Beitragsprozentpunkte aus anderen Quellen generiert werden. Die ökonomischen Vorteile aus einer Mischung von umlage- und kapitalgedeckten Finanzierungsanteilen des Gesundheitswesens werden aufgegeben.

Das Modell der Gesundheitsprämie auf der anderen Seite kündigt den gesellschaftlichen Grundkonsens auf, der unter Gerechtigkeitsaspekten die medizinische Versorgung der Bevölkerung einkommensunabhängig in der GKV geregelt hat. Die erforderliche Einkommensumverteilung wird den Möglichkeiten und eventuellen Einschränkungen der Steuerfinanzierung zugeordnet. Es kommt langfristig zu einer erheblichen Belastung des Staatshaushalts. Die Unterstützung sozial Schwacher ist nicht mehr ein systemimmanenter Bestandteil der Krankenversicherung. Die große regionale Heterogenität der Gesundheitsprämien in der Schweiz zeigt zudem, wie unkalkulierbar die Auswirkungen solcher Systemumstellungen sind.

Die für die Kommission wesentliche Frage war, welche Auswirkungen die prognostizierten steigenden Gesundheitsausgaben auf das jeweilige Finanzierungssystem haben:

Im System der Bürgerversicherung kommt es zur Erhöhung des paritätisch finanzierten Krankenversicherungsbeitrags. Im System der Gesundheitsprämien steigen die alleine vom Versicherten zu zahlenden individuellen Prämien. Hier werden die Versicherten versuchen, einen Teil der erhöhten Prämien vom Arbeitgeber durch Tariferhöhungen zu kompensieren.

Beide Systeme werden also auf steigende Gesundheitsausgaben mit Bruttolohnerhöhungen reagieren. Damit bleibt der Status quo der Arbeitnehmerversicherung erhalten.

Vorschläge zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung unter den Prämissen, die dem Gutachten zu Grunde liegen und die auch von dem Verfasser des Votums mitgetragenen werden, dürfen sich also nicht auf die Verbesserung der Einnahmenseite fixieren. Vielmehr sollten besonders strukturelle Veränderungen im Hinblick auf die Ausgabenseite auch langfristig Beachtung finden.

Vorschläge wie z. B. das Optionsmodell, dass das „medizinisch Notwendige“, die „medizinischen Dienstleistungen“ und den „Querschnittsbereich Gesundheit und Gesellschaft“ differenziert und unterschiedliche Finanzierungs- und Verantwortungsbereiche definiert, zeigen: Durch einen kontinuierlichen Reformprozess kann das in seiner Struktur zu erhaltende, solidargemeinschaftliche GKV-System gerecht und nachhaltig abgesichert werden. (Vgl. hierzu Wohlgemuth, Walter, Julika Mayer, Eckhard Nagel: Handbuch zu einer strategischen Gesundheitsstrukturreform in Deutschland, Bayreuth 2003.)

4. Minderheitenvotum zu den konzeptionellen Alternativen zur lohnzentrierten Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Kap. 4.3)

Zwei Kommissionsmitglieder, Helmut Platzer und Barbara Stolterfoht, sind entgegen der Mehrheitsmeinung der Kommission der Auffassung, dass in größerem Maße als im Konzept der Bürgerversicherung realisiert der Arbeitgeberbeitrag zur GKV in veränderter Form eine zentrale Rolle bei der Finanzierung der GKV spielen muss. Dafür sprechen folgende Gründe:

Der Faktor Arbeit und mithin daraus resultierende Lohnansprüche sind als Parameter für die Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft für ihre Sozialen Sicherungssysteme nicht mehr zeitgerecht und ausreichend. Sowohl auf Seiten der Versicherten (beitragspflichtiges Einkommen) als auch der Arbeitgeber (Lohnquote) sind zusätzliche Berechnungs- und damit Verteilungsgrundlagen heranzuziehen. Aus Gründen der Leistungs- und Verteilungsgerechtigkeit ist dies nur innerhalb eines Junktims zwischen beiden Säulen vertretbar und sachgerecht.

Bei der zukünftigen Neugestaltung des Beitragsaufkommens zur GKV wird deshalb von der bisherigen Ausschließlichkeit der lohn- bzw. einkommensbezogenen Beitragskomponenten abgerückt. Langfristig werden bei den Versicherten alle Einkommensarten im Sinne des Einkommensteuerrechts für die Beitragsbemessung zur GKV herangezogen. Bei einer Bürgerversicherung würde der Arbeitgeberbeitrag eine wesentlich geringere und bei einer Kopfpauschale keine Rolle mehr für eine heute noch paritätische Finanzierung der GKV spielen. Solange jedoch versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit die Haupteinkommensquelle für einen Großteil der Erwerbstätigen darstellt, wird die lohnzentrierte Finanzierungssäule weiterhin Hauptbestandteil ihrer Beiträge zur GKV bleiben. Wenn von den Löhnen als nahezu ausschließlicher Basis der Arbeitnehmerbeiträge zur GKV abgerückt wird, dann sollte auch auf der Arbeitgeberseite statt der alleinigen Basis der Lohnsumme eine umsatz- oder ertragsbezogene Beitragskomponente eingeführt werden. Der Einsatz des Produktionsfaktors Arbeit würde dadurch relativ billiger, der des Produktionsfaktors Kapital relativ teurer. Generiert würde keine zusätzliche, sondern eine der Leistungsfähigkeit besser gerecht werdende Finanzierungskomponente, die zudem die Finanzierung konjunkturzyklenunabhängiger gestaltet als im Status quo.

In Anbetracht der erheblichen zusätzlichen Lasten der Versicherten durch Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen aus dem Leistungskatalog der GKV sowie der mittelfristig notwendigen Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Beitragsbemessung zur GKV spielt der arbeitgeberseitig getragene Beitragsanteil zur GKV eine immer geringere Rolle. Bei den Unternehmen in Deutschland ist während der letzten 35 Jahre ein erheblicher Wandel in der Belastung mit Steuern und Abgaben eingetreten. Anders als in der öffentlichen Wahrnehmung ist der Arbeitgeber-Anteil an den Sozialversicherungsabgaben von 54 % im Jahre 1965 auf 49 % im Jahre 2000

spürbar gesunken. In Deutschland tragen damit die Arbeitgeber einen weitaus geringeren Anteil an den Sozialabgaben als der Schnitt der EU-Staaten (57 %) oder der OECD-Staaten (60 %; Quelle der Daten: SVR-KAiG-Gutachten 2003, Tabelle 3, S. 97). Da insbesondere lohnintensive inländische Dienstleistungs- und Güter produzierende Unternehmen sowie klein- und mittelständische Handwerksbetriebe überproportional hoch, kapitalintensive Unternehmen hingegen weitaus geringer von Lohnzusatzkosten betroffen sind, ist eine belastungsgerechtere Beitragsverteilung auf Arbeitgeberseite geboten.

Ein neu gefasster Arbeitgeberbeitrag zur GKV sollte das Verhältnis von Lohnquote und Umsatz widerspiegeln. Damit werden auch künftige Rationalisierungseffekte berücksichtigt. Ordnungspolitisch ist eine neu gestaltete, arbeitgeberseitig getragene Beitragskomponente zur GKV von Vorteil, da trotz einer gewissen Nähe zum Steuerrecht die Einbettung dieser Finanzierungssäule in das Beitragswesen der Sozialversicherung erhalten werden kann. Dies beugt insbesondere einem Zugriff der Politik auf Teile des staatsfernen Sondervermögens der beitragsfinanzierten Krankenversicherungsträger vor.

5. Minderheitenvotum zu den konzeptionellen Alternativen zur lohnzentrierten Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Kap. 4.3)

Ein Kommisssionsmitglied, Helmut Platzer, ist im Gegensatz zur Mehrheitsmeinung der Kommission der Ansicht, dass – unabhängig von einer erst mittelfristig zu treffenden Entscheidung zugunsten einer Bürgerversicherung oder eines Gesundheitsprämienmodells – Maßnahmen zur leistungsgerechteren Verteilung der Beitragslast zur GKV zwischen Rentnern und aktiv Erwerbstätigen nicht nur möglich sind und geprüft werden sollten, sondern dass sie aufgrund des Handlungsbedarfs sofort ergriffen werden müssen. Dafür sprechen folgende Gründe:

Die Beitragsfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung muss sich auch in Zukunft im Wesentlichen an der individuellen Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder orientieren. Wenn auch weiterhin innerhalb einer Generation, aber auch zwischen den Angehörigen verschiedener Generationen die Mittelaufbringung zur Gesetzlichen Krankenversicherung als gerecht empfunden werden soll, dann muss der schon in den letzten Jahren und vor allem in Zukunft stark gewandelten und zwischen den verschiedenen Personengruppen höchst unterschiedlichen tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Beitragszahler entsprochen werden.

Ein in Zukunft deutlich geringer steigendes Rentenniveau in der Gesetzlichen Rentenversicherung wird bewirken, dass ein immer geringerer Anteil des Gesamteinkommens der Rentner aus der Sozialversicherung resultiert. Dadurch verstärkt sich das Problem des immer geringeren eigenen Deckungsbeitrags der KVdR-Versicherten. Dieser ist seit 1975 bereits um ein Viertel auf nur noch 44 % gesunken und wird bis 2030 weiter dramatisch absinken, bis zu einer Eigenfinanzierungsquote von ca. 20 %. Dem steht die Entwicklung eines dennoch steigenden realen Gesamteinkommens der Rentnerhaushalte gegenüber. Nach Untersuchungen des DIW beträgt das durchschnittliche Rentnerhaushaltseinkommen (gemessen als äquivalenzgewichtetes Jahreseinkommen) derzeit etwa 90 % aller Haushaltseinkommen. Das äquivalenzgewichtete Jahreseinkommen von älteren Menschen in Zweipersonenhaushalten liegt sogar erheblich über dem Einkommen von Familien mit minderjährigen Kindern. Eine Beschränkung der Beitragserhebung für die KVdR zu einem großen Teil aus dem Rentenzahlbetrag und aus Beiträgen auf Versorgungsbezügen wird dieser Situation nicht mehr gerecht. Sowohl die intergenerative Belastungsgerechtigkeit als auch die Gleichbehandlung zwischen den Rentnern gebietet eine Teilabkoppelung der Finanzierung der KVdR von der bisherigen Beitragsbasis der GKV in einem zeitlichen Rahmen von 1–2 Generationen.

Um zwischen den Generationen eine in etwa vergleichbare Belastung mit Steuern und Abgaben herzustellen, ist es geradezu geboten, auch die heutige Rentnergeneration gemäß ihrer individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit gemessen am verfügbaren Haushaltseinkommen an der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme zu beteiligen. Dies gilt umso mehr als die GKV für die Versicherten nach ihrem Renteneintritt im Schnitt wesentlich niedrigere Beiträge als während deren Versicherung im aktiven Erwerbsleben erhält. Dieser wesentlich geringere Beitrag repräsentiert in den meisten Fällen nicht annähernd die tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit der Rentnerhaushalte.

In der GKV sollten deshalb die übrigen Einkunftsarten sowohl von pflicht- als auch von freiwillig versicherten Rentnern in die Beitragsberechnung einbezogen werden. Eine derartige Regelung wäre auch nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 15. März 2000 zum Zugang zur Krankenversicherung der Rentner möglich. Zur Schonung von „Kleinsparern“ könnte auch ein Freibetrag auf die zu verbeitragenden sonstigen Einkunftsarten angewendet werden. Außerdem würden damit genau die besser situierten Rentnerhaushalte leistungsgerecht zur Verbeitragung ihrer sonstigen Einkünfte herangezogen, bei denen ein überproportional hoher Anteil ihres Einkommens aus Kapitaleinkünften stammt.

Um die zusätzlichen Lasten auf drei Generationen zu verteilen, muss die jüngere, aktiv erwerbstätige Generation im Gegenzug einen Altersvorsorgebeitrag für ihre Krankheitskosten im Alter – ähnlich wie in der Renten- und Pflegeversicherung – im Sinne eines eigenen zusätzlichen Anteils leisten und ihrerseits zur Stabilisierung der Finanzierung der GKV beitragen. Hierfür bietet sich die Einführung eines Teilkapitaldeckungsverfahrens in der GKV an, in einer Größenordnung, die der rechnerischen Entlastungswirkung der aktiven Generation durch die zusätzliche Heranziehung der KVdR-Versicherten entspricht.

6. Minderheitenvotum zu den konzeptionellen Alternativen zur lohnzentrierten Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Kap. 4.3)

Zwei Kommissionsmitglieder, Barbara Stolterfoht und Edda Müller, sehen es im Gegensatz zur Mehrheit der Kommission zur Sicherung der Nachhaltigkeit als erforderlich an, dass ergänzend zur Einführung einer Bürgerversicherung weitere Maßnahmen umgesetzt werden, die notwendige Strukturreformen im Gesundheitswesen mit einer Reform der bestehenden Finanzierungsgrundlagen verbinden.

Sie gehen davon aus, dass die Gesetzliche Krankenversicherung sich als Form der Absicherung der Bürgerinnen und Bürger gegen unkalkulierbare Gesundheitsrisiken bewährt hat. Sie bietet einen Versicherungsschutz aus einer Hand und ist damit grundsätzlich effizienter und patientenfreundlicher als ein System von Versicherungen einzelner Gesundheitsrisiken.

Als Hauptursachen der Beitragssatzsteigerungen sehen sie vor allem den Rückgang des Anteils von Löhnen und Gehältern am Bruttoinlandsprodukt, in der Verschiebung von haushaltspolitischen Lasten auf die Krankenversicherungsträger, der hohen Erwerbslosigkeit sowie der Zunahme unsteter Erwerbsverläufe und prekärer Arbeitsverhältnisse.

- Künftig sollen gesellschaftspolitische Leistungen der GKV steuerfinanziert und „Verschiebebahnhöfe“ zu Lasten der GKV zurückgenommen werden. Dazu ist ein steuerlicher Zuschuss zur GKV notwendig. Es wird empfohlen, Konsumenten von suchtfördernde Genussmitteln über das Steuerrecht an der Finanzierung der dadurch hervorgerufenen Gesundheitsschäden zu beteiligen.

- Die Erstattung von Verfahren, Leistungen und Methoden durch die Gesetzliche Krankenversicherung ist zu binden an die Prüfung des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit. Hierzu sind die dafür geeigneten institutionellen und strukturellen Voraussetzungen zu schaffen.

- Eine nachhaltige Strukturreform des Gesundheitswesen muss Prävention und Gesundheitsförderung stärken. Den spezifischen Gesundheitsbeeinträchtigungen von bestimmten Zielgruppen – wie ältere Menschen, Frauen und Kindern – ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen (Setting-Ansatz). Zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) wird vorgeschlagen, im Zuge des geplanten Präventionsgesetzes die Rolle der öffentlichen Gesundheitsämter auch hinsichtlich der Prävention nachhaltig zu stärken und dabei auch die Finanzierungsgrundlage der Prävention durch den ÖGD aus Steuermitteln auf Dauer sicherzustellen.

- Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sieht in seinem Gutachten 2003 erhebliche Defizite im Bereich der Rehabilitation. Mit der Zielsetzung, Teilhabestörungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu mindern oder Verschlimmerungen zu verhüten, können nicht nur in erheblichem Umfang Kosten der Akutversorgung, sondern auch andere Sozialleistungen (Rente, Sozialhilfe, Leistungen der Arbeitsverwaltung) reduziert bzw. vermieden werden. Rehabilitation ist zweifelsfrei ein wirksames Instrument zur Kostenvermeidung und Kostensenkung im gesamten Sozial- und Gesundheitswesen.

Eine rein fiskalisch motivierte Ausgliederung und Privatisierung von ganzen GKV-Leistungsbereichen wird abgelehnt. Derartige Maßnahmen dienen lediglich der Kostenverschiebung und führen aufgrund der dann entstehenden Abgrenzungsprobleme dazu, dass Strukturen ineffizienter und das System insgesamt teurer wird. Diese Maßnahmen sind auch nicht geeignet, die Patientensouveränität zu stärken, weil die Patienten im Krankheitsfall in ihrer Handlungsautonomie eingeschränkt sind.

Zuzahlungen und Selbstbehalte werden abgelehnt, soweit sie lediglich der Finanzierung des Gesundheitswesens dienen und keine Steuerungswirkung haben. Davon ist sowohl bei der Erhebung von Zuzahlungen im Krankenhaus als auch bei einer allgemeinen Zuzahlungspflicht in der ambulanten Versorgung auszugehen.

5 Reformvorschläge zur Sozialen Pflegeversicherung

5.1 Besondere Problemlage und Ziele

5.1.1 Status quo der Sozialen Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung wurde nach einer nahezu 20-jährigen Beratungsphase als fünfte Säule der Sozialversicherungssysteme 1994 vom Gesetzgeber verabschiedet. Von Anfang an war ihre Einführung als Umlageverfahren umstritten. Bei der Gesetzlichen Rentenversicherung zeichnete sich bereits seit längerem ab, dass umlagefinanzierte Versicherungssysteme aufgrund der absehbaren demografischen Entwicklung der Gesellschaft unter einem zunehmenden Mangel an nachwachsenden Generationen leiden werden. Unter dem Gesichtspunkt der Finanzierbarkeit muss daher festgestellt werden, dass die gegenwärtige Form der Sozialen Pflegeversicherung nicht nachhaltig ist.

Die gewählte Lösung erlaubte trotz ihres „Teilkaskocharakters" eine recht umfassende und schnelle Absicherung des Pflegerisikos, da Leistungen zur häuslichen Pflege bereits ab dem 01.04.1995 und Leistungen zur stationären Pflege ab dem 01.07.1996 in Anspruch genommen werden konnten. In den Genuss davon kamen bislang vor allem ältere Leistungsempfängerinnen und -empfänger, ohne selbst nennenswerte Versicherungsbeiträge entrichtet zu haben. Aus Gründen der finanziellen Nachhaltigkeit wäre die Einführung einer obligatorischen kapitalgedeckten Pflegeversicherung vorteilhafter gewesen. Damit hätte allerdings der Nachteil in Kauf genommen werden müssen, dass man den Älteren aufgrund der – mangels Altersrückstellungen – sehr hohen versicherungsmathematischen Versicherungsprämien eine Versicherungspflicht nicht hätte zumuten können. Dies hätte zur Folge gehabt, dass der heute älteren Generation keine Leistungen der Pflegeversicherung zugute kommen würden. Es wird auch die Auffassung vertreten, dass es sachgerechter gewesen wäre, die vor der Einführung der Pflegeversicherung bestehende Sozialhilfelösung durch ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz zu ersetzen. Dies wurde jedoch aus fiskalischen Gründen sowie wegen der Abhängigkeit der Leistungen von der jeweiligen Haushaltslage abgelehnt.

Merkmale der Sozialen Pflegeversicherung sind der „Teilkaskocharakter"[1], die Festschreibung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes bei 1,7 %, um die übermäßige Belastung des Faktors Arbeit durch ein weiteres Ansteigen der Lohnnebenkosten zu vermeiden, sowie die nach Pflegestufen und Versorgungsarten gestaffelten Leistungen.[2] Durch das flächendeckende Nebeneinander der Sozialen und der privaten Pflegeversicherung[3], deren Abgrenzung untereinander sich an der Krankenversicherung orientiert, ist nahezu die gesamte Bevölkerung in der Pflegeversicherung abgesichert. Von den insgesamt rund 79 Mio. Versicherten entfällt mit rund 71 Mio. der Großteil auf die Soziale Pflegeversicherung.[4]

Die Soziale Pflegeversicherung erfreut sich in weiten Bevölkerungskreisen großer Akzeptanz, ohne dass der Teilkaskocharakter dieser Versicherung hinreichend bekannt wäre. Mit der

1 Teilkasko bedeutet, dass die Differenz zwischen den tatsächlich entstehenden Pflegekosten und den Leistungspauschalen vom Versicherten selbst oder dem Sozialhilfeträger zu zahlen ist.
2 Die Leistungen sind in drei Pflegestufen (Stufe I: erheblich Pflegebedürftige, Stufe II: Schwerpflegebedürftige und Stufe III: Schwerstpflegebedürftige) in jeweils Geldleistungen (Pflegegeld) und Sachleistungen (ambulante und stationäre Leistungen) gestaffelt.
3 Mit Ausnahme der Beitragserhebung entspricht die private Pflegeversicherung im Wesentlichen den Prinzipien der Sozialen Pflegeversicherung.
4 Quelle: BMGS.

Sozialen Pflegeversicherung wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass die Sozialhilfekosten für Pflegeleistungen, die von den Betroffenen nicht mehr eigenständig aufgebracht werden konnten, vor ihrer Einführung bedrohlich angestiegen waren. Hierdurch wurden die Kommunen als Träger der Sozialhilfe immer stärker belastet. Dies ist neben der längeren Lebenserwartung auch durch das abnehmende Pflegepotenzial innerhalb der familiären Strukturen begründet sowie auf die steigenden Kosten für die zunehmende stationäre Pflege zurückzuführen. Ferner spielt dabei eine Rolle, dass die Kosten für Pflegeleistungen in stärkerem Maße angestiegen sind als die Alterseinkommen. Das neben einer generellen Absicherung des Pflegerisikos erklärte Ziel der Pflegeversicherung, einerseits die Sozialhilfeträger zu entlasten und andererseits eine verbesserte Versorgung für die Pflegebedürftigen insbesondere im ambulanten Bereich sicherzustellen, wurde weitgehend erreicht. Die mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung geschaffenen Strukturen und die damit einhergehende Planungssicherheit haben zu einer erheblichen Ausweitung des Angebots ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie teilweise zu qualitativen Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen geführt.

Ein Problem ist die bislang fehlende Dynamisierung von Pflegeleistungen. Unter Beibehaltung des Status quo wird die Entwertung durch die allgemeine Preissteigerung über kurz oder lang zur Folge haben, dass die aufgrund des „Teilkaskocharakters“ aufzuwendenden Eigenbeiträge der Versicherten erheblich steigen werden. Genauso wird das Volumen der Sozialhilfeleistungen bei Bedürftigkeit anwachsen. Es besteht also ein gewisser Zielkonflikt zwischen der Realwerterhaltung der Pflegeleistungen einerseits und einer Stabilisierung der Lohnnebenkosten andererseits. Ein weiteres Problem der Sozialen Pflegeversicherung ist der reduzierte Pflegebegriff gemäß § 14 SGB XI, der sich auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung beschränkt und nicht die speziellen Bedürfnisse etwa geistig Behinderter oder der zunehmenden Zahl Demenzkranker berücksichtigt.

Bereits heute ist die Soziale Pflegeversicherung finanziell stark belastet: Die Zahl der Pflegeleistungen in Anspruch nehmenden Pflegebedürftigen steigt seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung kontinuierlich an. Ende 2002 waren rund 1,9 Mio. Versicherte pflegebedürftig, im Jahr 2000 waren es noch rund 1,8 Mio. (siehe Tabelle 5-1).[5] Für die Zukunft wird aufgrund der absehbaren demografischen Entwicklung mit einer noch wesentlich stärkeren Fortschreibung dieses Trends gerechnet (siehe Kapitel 5.1.2 / Abbildung 5-2).

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit verteilt sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen Jahrgänge und nimmt mit dem Alter erheblich zu.[6] Aufgrund der Alterung der Bevölkerung stellten die Jahrgänge ab 65 Jahren im Jahr 2002 bereits 77,9 % aller Leistungsempfänger, während die unter 65-Jährigen lediglich auf 22,1 % kamen.

Tabelle 5-1: Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten am Jahresende 2002, in Tausend

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Insgesamt
Pflegegeld	588	331	92	1.011
ambulante Sachleistungen	138	105	35	278
stationäre Sachleistungen	230	250	120	600
Insgesamt	956	686	247	1.889

Quelle: BMGS, eigene Berechnungen

5 Quelle: BMGS. Die Anzahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, d.h. unter Zuzählung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger der privaten Pflegeversicherung, belief sich Ende 2001 auf 1,95 Mio., im Jahr 1999 lag die Zahl noch 1,1 % darunter.

6 Das Pflegerisiko liegt vor dem 60. Lebensjahr bei rund 0,6 %, zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr bei rund 3,9 % und nach dem 80. Lebensjahr bei rund 31,8 % (Quelle: BMGS).

Kasten 5-1: Grundzüge der Sozialen Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung wird im Umlageverfahren über Beiträge finanziert, die je zur Hälfte von den Versicherten und Arbeitgebern bzw. Rentenversicherungsträgern getragen werden. Während sich die Beitragsbemessungsgrenze (3.450 €) und die Versicherungspflichtgrenze (3.825 €) an der Gesetzlichen Krankenversicherung orientieren, ist der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung auf 1,7% festgeschrieben. Für die unterhaltsberechtigten Ehepartner und Kinder eines Mitgliedes besteht die Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung unter den gleichen Voraussetzungen wie bei der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Pflegebedürftig im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung ist, wer wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem Maße der Hilfe bedarf. Je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit werden drei Stufen unterschieden:

- Pflegestufe I: Erheblich Pflegebedürftige haben mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei wenigstens zwei der aufgeführten Verrichtungen aus dem Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich werden mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt 90 Minuten betragen, wobei mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen.
- Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftige haben mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich werden mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.
- Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftige sind rund um die Uhr bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität hilfebedürftig. Zusätzlich werden mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand muss mindestens wöchentlich im Tagesdurchschnitt fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Dabei wird zwischen häuslicher/ambulanter, teil- und vollstationärer Pflege unterschieden. Sachleistungen für stationäre Pflege werden in Form von Leistungspauschalen gewährt, darüber hinausgehende Kosten müssen die Pflegebedürftigen selbst tragen. Bei häuslicher Pflege können Pflegebedürftige anstelle von Sachleistungen Pflegegeld erhalten, wenn die häusliche Pflege von Angehörigen oder einer sonstigen Pflegeperson erbracht wird. Für diese Pflegepersonen besteht Versicherungsschutz in der Gesetzlichen Unfallversicherung. Zudem zahlen die Träger der Pflegeversicherung für sie abhängig vom zeitlichen Umfang der Pflege Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung. Pflegegeld und Pflegesachleistungen können auch kombiniert in Anspruch genommen werden; möglich ist auch die Kombination mit dem Anspruch auf Tagespflege. Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche/ambulante Pflege unterstützen, und es gilt der Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“.

Bei vorübergehender Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung übernimmt die Pflegekasse jährlich für bis zu vier Wochen die Kosten bis maximal 1.432 €. Gleiches gilt für eine Ersatzpflegekraft, wenn die eigentliche Pflegeperson verhindert ist. Die Pflegekasse gewährt ferner Zuschüsse für Pflegehilfsmittel zum pflegebedingten Umbau der Wohnung und bietet unentgeltliche Pflegekurse zur Schulung von Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen an.

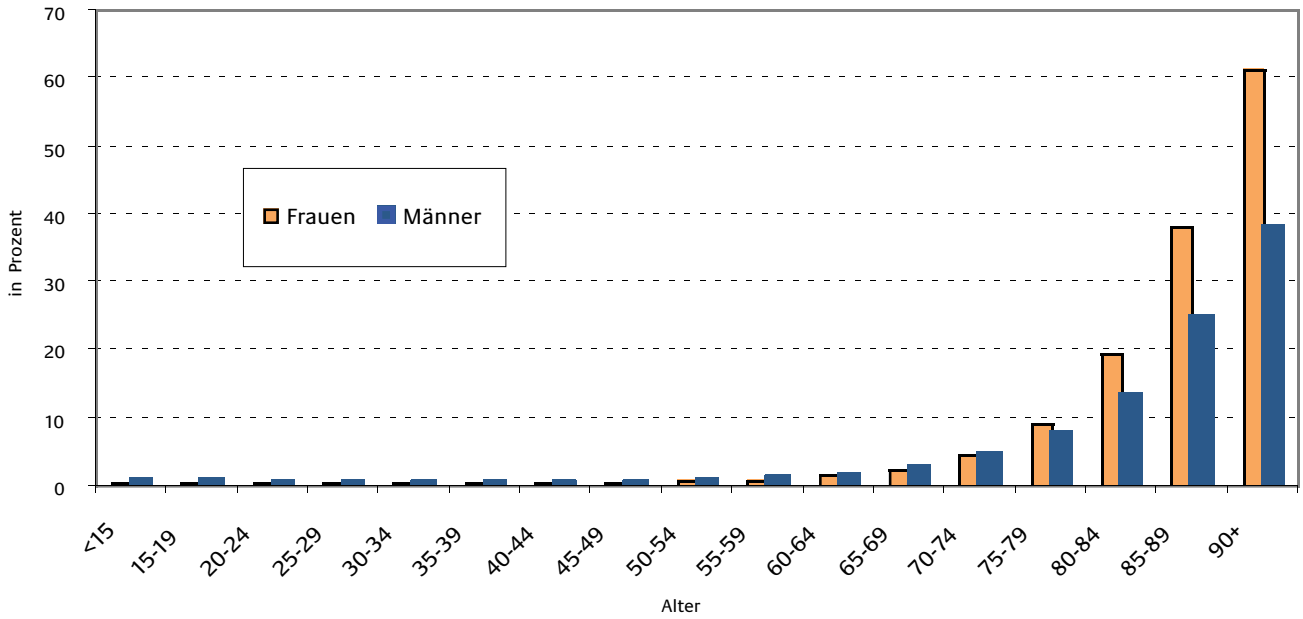
Abbildung 5-1 zeigt die mit zunehmenden Alter stark progressiv verlaufenden Pflegefallprävalenzen sowie deren sehr unterschiedliche Verteilung auf Frauen und Männer. Während die Pflegefallwahrscheinlichkeit bei unter 60-jährigen Frauen und Männern noch bei unter einem Prozent liegt, steigt das Pflegerisiko bei über 90-jährigen Männern auf rund 40 % an. Frauen weisen im Vergleich zu Männern dabei ein wesentlich höheres Pflegefallrisiko auf: etwa 60 % der über 90-jährigen Frauen sind pflegebedürftig (siehe Abbildung 5-1, nächste Seite).

Für die Pflegekassen kommt belastend hinzu, dass die Pflegebedürftigen immer öfter die teureren ambulanten oder stationären Pflegesachleistungen wählen und der Bezug von Pflegegeld zunehmend eine geringere Rolle spielt.[7] Neben der unumkehrbaren demografischen Entwicklung führt dieser Trend zu einem Anstieg der Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung.

Deutlicher Reformbedarf der Sozialen Pflegeversicherung zeigt sich auch an der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung von 1999 bis 2002. In diesem Zeitraum überstiegen die

7 Der Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger (ohne Kombinationsleistung) an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen der Sozialen Pflegeversicherung ist von 54 % im Jahresdurchschnitt 1998 auf 50 % im Jahresdurchschnitt 2002 gesunken (Quelle: BMGS).

Abbildung 5-1: Pflegefallwahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2002



Quelle: BMGS, eigene Berechnungen

jährlichen Gesamtausgaben jeweils die Gesamteinnahmen. Im Jahr 2002 standen Ausgaben in Höhe von 17,4 Mrd. € Einnahmen in Höhe von 17,0 Mrd. € gegenüber, womit sich ein Defizit von rund 400 Mio. € ergab.[8] Die in den ersten Jahren der Pflegeversicherung geschaffene Finanzreserve (Pflegeleistungen wurden erst drei Monate nach Einsetzen der Beitragspflicht gewährt)[9] kann das aktuelle Defizit der Pflegeversicherung noch ausgleichen, dürfte nach den Kommissionsberechnungen des demografischen Szenarios aber nur bis maximal 2007 auskömmlich sein (vgl. Kapitel 2 und 5.1.2).[10]

5.1.2 Zukünftige Entwicklung im Referenzmodell

In den nächsten Jahrzehnten wird die Anzahl der pflegebedürftigen Personen infolge des demografischen Wandels weiter erheblich ansteigen. Darüber hinaus wird sich die Anzahl der erwerbstätigen Beitragszahlerinnen und -zahler aufgrund der niedrigen Geburtenraten deutlich verringern. Insgesamt führt diese Entwicklung zu einem sich permanent verschärfenden Ungleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung.

Prognosen über die Finanzentwicklung der Pflegeversicherung sind allerdings durch erhebliche Unsicherheiten geprägt. Diese resultieren vor allem daraus, dass über die zukünftigen Pflegefallwahrscheinlichkeiten vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung und des medizinisch-technischen Fortschritts nur sehr vage Vorstellungen bestehen. In welcher Weise sich die bereits heute sichtbaren strukturellen Veränderungen hin zu den kostenintensiveren Leistungsarten (professionelle ambulante und stationäre Sachleistungen) in Zukunft fortsetzen werden, ist nur schwer abschätzbar.

Um den Reformbedarf der Pflegeversicherung und die Auswirkungen von Reformoptionen zu messen, ist trotz aller Unsicherheiten eine Projektion der Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung unumgänglich. Gerade aufgrund der hohen Unsicherheiten ist dabei die Transparenz der getroffenen Annahmen wichtig.

Die Entwicklung der Anzahl der Pflegefälle ist einer der bedeutendsten Einflussfaktoren für die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (siehe oben). Für die Projektion der

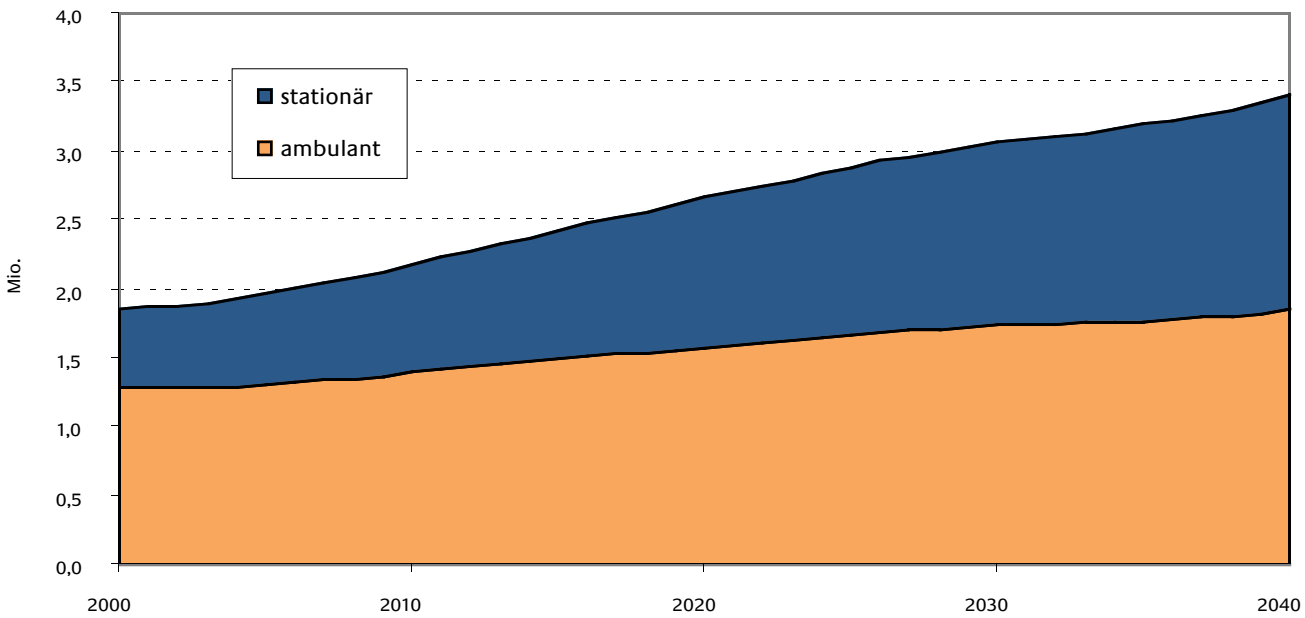
8 Quelle: BMGS.
9 Der Mittelbestand der Finanzreserve betrug Ende 2002 4,9 Mrd. € abzüglich des gesetzlichen Betriebs- und Rücklagesolls von rund 2,2 Mrd. € (Quelle: BMGS).
10 Dies gilt für den Fall, dass die derzeitige Lohnbezogenheit der Beiträge beibehalten wird. Im Falle eines Ausweichens auf andere Einkommensarten würden sich zusätzliche Finanzierungsspielräume ergeben (siehe Gesetzliche Krankenversicherung).

Anzahl der Pflegefälle wird unterstellt, dass die altersspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeiten im Zeitablauf konstant bleiben. Im Zusammenhang mit den steigenden Lebenserwartungen von Männern und Frauen bedeutet dies, dass sich die durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit parallel zur Verlängerung der Lebenszeit erhöht. Ob dies eine realistische Annahme ist oder ob sich das Pflegerisiko mit steigender Lebenserwartung in das höhere Alter verschiebt oder aber im ungünstigen Fall die hinzugewonnene Lebenszeit mit einem überdurchschnittlichen Pflegerisiko behaftet ist, kann aus heutiger Sicht nicht verlässlich prognostiziert werden. Allerdings deuten einige Studien darauf hin, dass das Pflegefallrisiko über das gesamte Leben betrachtet eher unverändert bleibt und damit die alterspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeiten bei steigender Lebenserwartung sinken.[11]

Bei konstanten Pflegefallwahrscheinlichkeiten wird die Anzahl der Pflegefälle von gegenwärtig rund 1,9 Mio. bis zum Jahr 2030 auf 3,1 Mio. ansteigen (siehe Abbildung 5-2). Auch danach nimmt die Anzahl der Pflegefälle weiter dynamisch zu, wobei im Jahr 2040 ein Wert von 3,4 Mio. erreicht sein wird. Erst nach 2050 ist damit zu rechnen, dass der Anstieg der Pflegebedürftigkeit zum Erliegen kommt, da die geburtenstarken Jahrgänge zu einer steigenden Besetzung höherer Altersklassen beitragen werden.

Neben der Anzahl der Pflegefälle sind die in Anspruch genommenen Leistungsarten für die finanzielle Entwicklung der Pflegeversicherung von Bedeutung. Für die Projektion wird davon ausgegangen, dass sich der seit Einführung der Pflegeversicherung zu beobachtende Trend zur stationären Pflege – u.a. aufgrund sich verändernder Familien- und Beschäftigungsstrukturen – zukünftig fortsetzen wird. Gegenwärtig nehmen rund 32 % aller Pflegebedürftigen stationäre Leistungen in Anspruch, im Jahr 2030 wird dieser Anteil annahmegemäß auf über 43 % ansteigen. Ebenso wird sich der Anteil der professionellen ambulanten Pflege zulasten des Pflegegeldes weiter erhöhen.

Abbildung 5-2: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2040



Quelle: BMGS, eigene Berechnungen

11 Vgl. Rothgang, Heinz [2001], Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklung in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte, Bremen.

Die Ausgabenseite der Pflegeversicherung wird neben der Anzahl und Struktur der Pflegefälle durch die Leistungen in den einzelnen Pflegestufen und -kategorien bestimmt. Entgegen dem rechtlichen Status quo wird für die Referenzentwicklung unterstellt, dass die Leistungen ab 2005 um 2,25 % p.a. angehoben werden.[12] Die Einnahmenseite wird dagegen durch die Beschäftigungs- und Lohnentwicklung sowie durch die Entwicklung der Renten determiniert. Hier werden die Annahmen des Kommissionsszenarios und die Projektionen zur Gesetzlichen Rentenversicherung herangezogen.[13]

Bei einer langfristigen Festschreibung des Beitragssatzes bei 1,7 % und einem Verzicht auf weitere Reformmaßnahmen außer der Dynamisierung der Leistungen ergäbe sich auf der Basis dieser Annahmen das in Abbildung 5-3 dargestellte Bild der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung. Zu beachten ist, dass wegen der unterstellten Dynamisierung der Pflegeleistungen diese Finanzentwicklung nicht den rechtlichen Status quo widerspiegelt. Ohne Dynamisierung würde das reale Leistungsniveau durch den permanenten Kaufkraftverlust jedoch stetig absinken, so dass die Pflegeversicherung als Absicherung gegen das Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit langfristig immer weiter an Bedeutung verlieren würde.

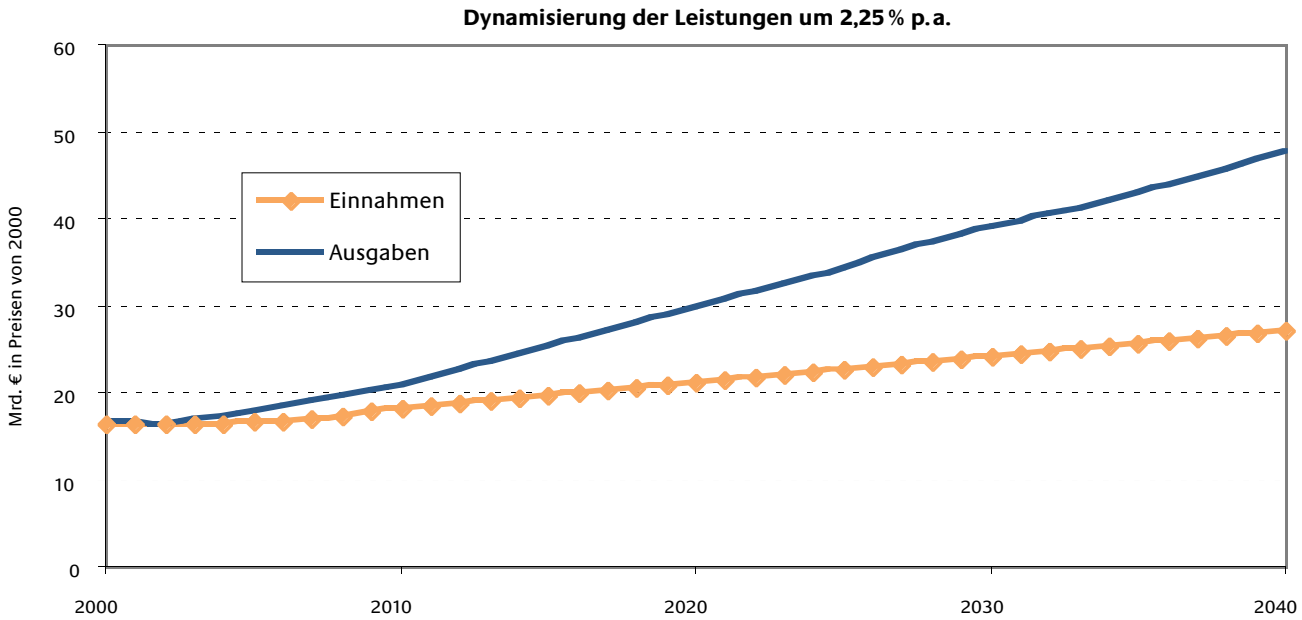
Um Einnahmen und Ausgaben auszugleichen, müsste nach dieser Projektion der Beitragssatz bis zum Jahr 2040 auf 3,0 % angehoben werden. Wenn keine weiteren Reformen ergriffen würden, hätten die jetzige jüngere Generation und die zukünftigen Generationen für eine mit heute vergleichbare Leistung der Sozialen Pflegeversicherung eine erheblich höhere finanzielle Belastung zu tragen als die heute Älteren.

5.1.3 Ziele der Reformmassnahmen

Die demografische Entwicklung und die damit einhergehenden Ausgabensteigerungen stellen die Soziale Pflegeversicherung vor große Herausforderungen, wenn die finanzielle und soziale Nachhaltigkeit in einem umlagefinanzierten System für die Zukunft gesichert werden soll. Eine erfolgreiche Soziale Pflegeversicherung muss folgenden Ansprüchen genügen:

- Angemessene Absicherung des Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit für alle Bürgerinnen und Bürger,

Abbildung 5-3: Finanzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung ohne Reformen bei einem Beitragssatz von 1,7 %



Quelle: BMGS, eigene Berechnungen

12 Siehe zur Begründung Kapitel 5.3.1.
13 Vgl. Kapitel 2 und Kapitel 3.3.2.

- Bewahrung der hohen Qualität der finanzierten Pflegeleistungen,
- Vermeidung des Anstiegs der Lohnzusatzkosten,
- Gleichmäßige Verteilung der finanziellen Belastungen auf alle Generationen,
- Langfristiger Erhalt des Leistungsniveaus der Sozialen Pflegeversicherung.

In den folgenden Kapiteln wird das Reformkonzept der Kommission vorgestellt, das auf der Grundlage dieser Ziele entwickelt wurde.

5.2 Grundlegende Komponenten des Reformkonzepts

Die vorgeschlagenen Reformmaßnahmen stellen die Grundprinzipien der Sozialen Pflegeversicherung – wie das Versicherungsprinzip, die solidarische Finanzierung, den sozialen Ausgleich, die pauschalierten Leistungen und den begrenzten Beitragssatz – nicht in Frage. Allerdings wird die Ausgestaltung der solidarischen Finanzierung zugunsten der zukünftig höher belasteten jüngeren Beitragszahlerinnen und -zahler reformiert, indem ein intergenerativer Lastenausgleich eingeführt wird. Mit einer Dynamisierung der Pflegeleistungen, einer pflegepolitisch sinnvollen und ökonomisch notwendigen finanziellen Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege, einer besonderen Berücksichtigung von Demenzkranken sowie der Erprobung personenbezogener Budgets schlägt die Kommission eine Leistungsumschichtung vor, in deren Vordergrund die Verbesserung der finanziellen Nachhaltigkeit sowie die qualitative Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung steht.

5.2.1 Grundlegende Reformidee – Intergenerativer Lastenausgleich

Die Kommission spricht sich dafür aus, die notwendigen Reformen innerhalb des bestehenden Systems durchzuführen, weil nur dieses einen funktionierenden Markt für qualitätsgesicherte Pflegeleistungen garantiert, d. h. also die solidarisch beitragsfinanzierte Soziale Pflegeversicherung – in einer zukunftsfesteren Form – zu erhalten. Hierfür wird ein in sich geschlossenes Reformkonzept vorgelegt, dessen einzelne Komponenten aufeinander abgestimmt sind und sich gegenseitig bedingen.

Zentrales Anliegen ist die Sicherstellung der nachhaltigen Finanzierung sowie die gleichmäßige Verteilung der Lasten aus dem demografischen Wandel auf alle Generationen. Nur wenn dies gelingt, wird sich die Pflegeversicherung auch zukünftig einer hohen Akzeptanz erfreuen können. Hierfür muss ein Mechanismus geschaffen werden, der es den heute Jüngeren ermöglicht, einen Teil ihrer Pflegebeiträge anzusparen, um den zukünftig unvermeidlichen Mehraufwand zu kompensieren. Durch die Erhebung eines zusätzlichen einkommensabhängigen Ausgleichsbeitrags für Rentnerinnen und Rentner kann ein Teil des allgemeinen Beitragssatzes zur Schaffung individueller kapitalgedeckter Pflegekonten umgewidmet werden. Damit können die für die heutige jüngere Generation steigenden Beitragsbelastungen ausgeglichen werden, so dass im Saldo über die Gesamtlebensdauer für die Generationen in etwa gleich hohe Beiträge zur Pflegeversicherung zu entrichten sind.

Neben der gleichmäßigen Verteilung der finanziellen Lasten müssen im Sinne der Generationengerechtigkeit die realen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten bleiben. Daraus ergibt sich die Forderung nach einer Dynamisierung der von der Sozialen Pflegeversicherung getragenen Leistungen. Die Dynamisierung gewährleistet erstmals, dass das Leistungsniveau der Pflegeversicherung dauerhaft auf dem heutigen realen Niveau erhalten bleibt. Ohne eine solche Anpassung der Leistungen würde die Pflegeversicherung langfristig nicht mehr nennenswert zur Absicherung

des Pflegerisikos beitragen können und sich somit selbst überleben.

Sowohl pflegepolitische Erwägungen als auch die Finanzierung des vorgeschlagenen Gesamtkonzepts machen die Umsteuerung von Mitteln aus dem vollstationären in den ambulanten Pflegebereich notwendig. Damit wird eine Stärkung der häuslichen Pflege und eine dämpfende Wirkung auf die zunehmende Heimquote angestrebt. Hierdurch soll unter anderem den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen nach längstmöglicher Pflege in den eigenen vier Wänden Rechnung getragen werden. Ferner verspricht sich die Kommission durch die Aufwertung ambulanter Pflegeleistungen eine Zunahme förderungswürdiger alternativer Pflegeangebote, wie z. B. das gemeinschaftliche altengerechte Wohnen.

Zudem befürwortet die Kommission in einem finanzierbaren Rahmen (zumindest in Höhe der durch die Umfinanzierung der stationären Behandlungspflege frei werdenden Mittel) Leistungsverbesserungen für Demenzkranke und geistig Behinderte. Für diese Gruppe soll die Einstufung in die verschiedenen Pflegestufen zukünftig unter Berücksichtigung besonderer Bedarfe gestaltet werden.

Darüber hinaus sollte die vom Gesetzgeber bereits in § 8 SGB XI vorgesehene Erprobung personenbezogener Budgets genutzt werden. Bei positiven Erfahrungen mit derartigen Budgets könnte durch deren flächendeckende Einführung die Entscheidungsfreiheit und die Nachfragemacht der pflegebedürftigen Personen einerseits und der Wettbewerb unter den Leistungsanbietern andererseits gefördert werden.

Da die zuletzt genannten Reformkomponenten die Ausgestaltung des intergenerativen Lastenausgleichs determinieren, werden zunächst diese in den nächsten Kapiteln im Detail vorgestellt.

5.2.2 Dynamisierung der Leistungen

Die Kommission spricht sich dafür aus, die Leistungspauschalen der Sozialen Pflegeversicherung (Pflegegeld, ambulante Sachleistungen, stationäre Sachleistungen) regelgebunden zu dynamisieren, um die Kaufkraft der Versicherungsleistungen langfristig auf dem heutigen Niveau zu erhalten. Mit einer angemessenen Dynamisierung kann ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung, die Vermeidung pflegebedingter Sozialhilfebedürftigkeit, auch langfristig erreicht werden. Gegenüber dem geltenden Recht, wonach eine Dynamisierung nur in Abhängigkeit der Beitragssatzstabilität möglich ist, stellt diese Maßnahme eine wesentliche Verbesserung dar, die die langfristige Existenz der Pflegeversicherung als „Teilkaskoabsicherung“ auf heutigem realen Niveau bewahrt.

Eine realwerterhaltende Dynamisierung ist auch vor dem Hintergrund der Generationengerechtigkeit angezeigt: Die über die Generationen hinweg gleichmäßige finanzielle Belastung durch die Pflegeversicherung führt erst dann zu einer wirklichen Generationengerechtigkeit, wenn den finanziellen Aufwendungen im Zeitablauf vergleichbare Leistungen gegenüber stehen. Werden die Leistungen jedoch nicht dynamisiert, geht der reale Wert aufgrund des Kaufkraftverlustes langfristig immer weiter zurück.

Die Höhe der Dynamisierung der Leistungen soll die jährlichen Preissteigerungen für Pflegedienstleistungen ausgleichen, so dass Pflegebedürftige dauerhaft die gleiche „Menge“ an Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen können. Gleichzeitig soll gewährleistet werden, dass Anreize zu Effizienzsteigerungen auf Seiten der Anbieter von Pflegedienstleistungen, die nicht zuletzt aus einem gewissen Kostendruck entstehen, erhalten bleiben. Auf den ersten Blick würde sich deshalb eine Anpassung der Leistungen anhand der allgemeinen Inflationsrate anbieten. Diese entspricht dem Durchschnittswert der Preissteigerungen von verschiedensten Waren und Dienstleistungen. Dienstleistungen im Bereich der Pflege weisen allerdings naturgemäß überdurchschnittliche Preissteigerungen auf, da diese besonders personalintensiv sind.

Während die Nominallöhne nach dem Kommissionsszenario langfristig durchschnittlich um 3 % pro Jahr steigen, liegt die Inflationsrate nur bei 1,5 %, so dass die Reallöhne und damit der Wohlstand der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer pro Jahr um 1,5 % zunehmen. Trotz der Nominallohnsteigerung um 3,0 % heben die Unternehmen die Preise im Durchschnitt nur um 1,5 % an, da die Produkte durch Produktivitätssteigerungen mit geringerem Faktoreinsatz (z. B. mit weniger Arbeitseinsatz) hergestellt werden können.

Die Möglichkeiten für Rationalisierungsgewinne (Produktivitätssteigerungen) sind bei Pflegedienstleistungen unterdurchschnittlich hoch, weil die reinen pflegerischen Tätigkeiten (z. B. das Waschen der Pflegebedürftigen) kaum beschleunigt werden können. Aber auch bei Pflegedienstleistungen ist grundsätzlich ein Potenzial für Produktivitätssteigerungen, z. B. im Bereich der Ablauforganisation, vorhanden. Die Dynamisierung der Pflegeleistungen sollte daher nur so hoch ausfallen, dass damit Anreize zur Verbesserung der Kosteneffizienz auf Seiten der Anbieter von Pflegeleistungen erhalten bleiben. Aus diesem Grund spricht vieles dafür, die Dynamisierung der Leistungen zwischen der durchschnittlichen Inflationsrate und dem Pfad der Nominallohnentwicklung anzusetzen, damit das reale Leistungsniveau langfristig konstant gehalten werden kann.

Die Kommission schlägt vor diesem Hintergrund vor, die Leistungspauschalen der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe des Durchschnitts aus Inflation und Lohnsteigerung zu dynamisieren. Auf der Grundlage des Kommissionsszenarios, das eine Inflationsrate von 1,5 % p.a. und eine Lohnsteigerung von 3,0 % p.a. beinhaltet, ergibt sich eine Anhebung der Leistungen um 2,25 % pro Jahr.

Die mit 2,25 % p. a. unterhalb der Lohnsteigerung liegende Dynamisierung bedeutet nicht, dass das Pflegepersonal unterdurchschnittliche Lohnsteigerungen erhält. Vielmehr werden die Anbieter von Pflegedienstleistungen auch bei Lohnsteigerungen von 3,0 % ihre Preise – für die gleichen Leistungen – im Durchschnitt nur um 2,25 % erhöhen müssen, wenn die vorhandenen Rationalisierungspotenziale genutzt werden. So hat es sich in der Praxis gezeigt, dass es insbesondere im stationären Bereich Anbieter gibt, die überdurchschnittliche Leistungen zu unterdurchschnittlichen Preisen anbieten, da sie entsprechend effiziente Organisationsstrukturen geschaffen haben. Eine Dynamisierung parallel zur Lohnentwicklung würde es den Anbietern auf Kosten der Solidargemeinschaft erlauben, diese Rationalisierungspotenziale ungenutzt zu lassen oder die Rationalisierungsgewinne für sich zu behalten.[14]

Die Dynamisierung der Leistungen um 2,25 % p.a. bedeutet eine deutliche Verbesserung gegenüber dem derzeitigen Status quo. Allerdings ergäbe sich gemessen am höheren gesamtwirtschaftlichen Wachstum daraus gleichwohl eine schleichende reale Entwertung für den Fall, dass die angenommenen Rationalisierungspotenziale nicht in vollem Umfang erschlossen werden können.

5.2.3 Finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege

Wesentlicher Bestandteil des vorgeschlagenen Reformkonzepts für die Soziale Pflegeversicherung ist die Umsteuerung von Finanzmitteln aus dem vollstationären in den qualitätsgesicherten ambulanten Pflegebereich durch eine finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflegesachleistungen ab dem Jahr 2005. Mit der Egalisierung der ambu-

14 Dass Preise für Pflegedienstleistungen nicht wesentlich überdurchschnittlich steigen, zeigt die Preisentwicklung seit dem Jahr 2000. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sind die Preise für ambulante und stationäre Pflegeleistungen etwa gleich stark gestiegen wie der harmonisierte Verbraucherpreisindex insgesamt:

Preisindex Heimpflege Pflegestufe II im Jahr 2002	= 104,4
Preisindex ambulante Pflege Pflegestufe I im Jahr 2002	= 103,1
Verbraucherpreisindex insgesamt im Jahr 2002	= 103,4

lanten und stationären Leistungen in den Pflegestufen I und II wird dem grundsätzlichen Vorrang der häuslichen Pflege besser entsprochen, indem vermehrt Anreize zur Inanspruchnahme qualitätsgesicherter ambulanter Pflegeleistungen geschaffen und ein differenzierter Ausbau der ambulanten Pflegeinfrastruktur gefördert wird. Die vorgeschlagene Erhöhung der ambulanten und stationären Leistungspauschalen in der Pflegestufe III, in der bereits einheitliche Leistungen gewährt werden, trägt dem steigenden Kostendruck bei der Pflege Schwerstpflegebedürftiger Rechnung.

In der Pflegestufe I soll eine Angleichung der ambulanten und der stationären Pflegeleistungen in Höhe von jeweils 400 € erfolgen. Die Leistungen in der Pflegestufe II sollen im ambulanten und stationären Bereich bei jeweils 1.000 € liegen. Die Kommission sieht zudem eine Anhebung der Pflegestufe III bei den ambulanten und stationären Leistungen auf 1.500 € vor. Das Pflegegeld bleibt in allen Pflegestufen in der jetzigen Höhe erhalten. Aus Gründen des Vertrauensschutzes werden die neuen Pflegepauschalen nur auf Neuzugänge bei den Leistungsbezieherinnen und -beziehern angewendet. Durch die genannten Anpassungen ergibt sich mittelfristig ein jährliches Umschichtungspotenzial für die Soziale Pflegeversicherung von rund 2 Mrd. €.[15]

Die heutigen Sachleistungen für die stationäre Pflege in den Pflegestufen I und II liegen deutlich höher als die Leistungen im Rahmen der qualitätsgesicherten ambulanten Pflege:

- Pflegestufe I: 384 € mtl. ambulant/
  1.023 € mtl. stationär,
- Pflegestufe II: 921 € mtl. ambulant/
  1.279 € mtl. stationär.

In der Pflegestufe III existiert bereits eine finanzielle Gleichstellung von ambulanter und stationärer Pflege:

- Pflegestufe III: 1.432 € mtl. ambulant
  und stationär.

Die bestehende Begünstigung der stationären gegenüber der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung verstärkt den durch die demografisch bedingte Alterung der Gesellschaft zu beobachtenden Trend zur teureren vollstationären Pflege. Derartige kostenverursachende Anreize müssen auch im Hinblick auf die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, die sich lieber zuhause oder in Tageseinrichtungen pflegen lassen möchten, als in vollstationären Einrichtungen,[16] zukünftig abgebaut werden. Dies bedeutet jedoch keine Infragestellung der Leistungen der stationären Heimpflege. Insbesondere bei psychisch Kranken, schwer Dementen und Schwerstpflegebedürftigen wird es nur eingeschränkt Alternativen zu einer Unterbringung in Pflegeheimen geben. Von den Gesamtprävalenzen ist daher nicht mit einem Rückgang der Heimquote gegenüber dem Status quo zu rechnen. Von der Veränderung der Anreizstrukturen verspricht sich die Kommission, den zu erwartenden Anstieg bei der vollstationären Pflege vor allem in den Pflegestufen I und II künftig einzudämmen.

Die professionelle qualitätsgesicherte ambulante Pflege soll gegenüber der stationären Pflege gestärkt werden, indem die Anreize für die Wahl der spezifischen Pflegeformen egalisiert werden. Nach Einschätzung der Kommission kann die Zahl der Heimbewohnerinnen und -bewohner der Pflegestufe I reduziert werden, weil viele von ihnen noch zu Hause versorgt werden könnten; dennoch wird in dieser Pflegestufe die stationäre Pflege in steigendem Maß in Anspruch genommen und machte im Jahr 2002 mit mehr als 2 Mrd. € bereits fast die Hälfte der Gesamtausgaben in der Pflegestufe I aus.[17] Die Ausgaben in der Pflegestufe II im stationären Bereich liegen bereits deutlich über der Hälfte der Gesamt-

15 Weiteres Umschichtungspotenzial könnte sich ergeben, wenn die Rentenversicherungsbeiträge für nicht erwerbsmäßig pflegende Angehörige aus Steuermitteln finanziert würden. Dies wird teilweise deshalb gefordert, weil es sich bei den Rentenversicherungsbeiträgen um „versicherungsfremde Leistungen“ handele. Die Kommission teilt diese Auffassung nicht, da auch diese Leistungen letztlich den Pflegebedürftigen zu Gute kommen. Dies wird auch daran deutlich, dass die (höheren) Pflegepauschalen für professionelle Pflegedienste sämtliche Sozialbeiträge des Pflegepersonals mit abdecken müssen. Entsprechend lehnt die Kommission eine Steuerfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für nichterwerbsmäßig pflegende Angehörige ab.

16 Vgl. Hopfmüller, Röttger-Liepmann [2001], Initiative zur Einrichtung einer „Enquete der Heime“. Dokumentation einer Tagung am 21.03.2002, Bielefeld.

17 Quelle: BMGS.

ausgaben in dieser Pflegestufe, obwohl auch bei Schwerpflegebedürftigen in vielen Fällen eine ambulante oder eine Mischversorgung möglich erscheint. Diese Anreize für eine vorzeitige Entscheidung für die stationäre Pflege sind vermeidbar, indem die ambulanten und die stationären Pflegesachleistungen umfänglich voll aneinander angepasst werden. Die Anpassung muss aus Gründen der Finanzierbarkeit sowie um ihre Anreizfunktion voll entfalten zu können unterhalb des jetzigen Niveaus der stationären Leistungen erfolgen.[18] Die Vereinheitlichung der Leistungen bei 400 € in der Pflegestufe I und die damit verbundene Absenkung der heutigen stationären Leistungen ist aus fiskalischen Erwägungen angezeigt. Zu berücksichtigen ist zum einen, dass die Pflegestufe I die Pflegefälle umfasst, bei denen die Wiedergewinnung von Selbsthilfe eine besondere Rolle spielt. Zum anderen liegen in einigen Regionen die Pflegesätze zum Teil unter den aktuellen Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung, so dass die finanzielle Attraktivität der stationären Pflege zurzeit in der Pflegestufe I am höchsten ist. Im Übrigen erscheint eine größere Eigenbeteiligung im Rahmen der bestehenden „Teilkaskoversicherung" an der Schwelle der Pflegebedürftigkeit durchaus vertretbar.

Aufgrund der in der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) benötigten Hilfe rund um die Uhr, die einen Zeitaufwand einer nicht als Pflegekraft ausgebildeten Person von mindestens fünf Stunden erfordert, dürfte es hier trotz finanzieller Anreize nur in eingeschränktem Maß möglich sein, den weiteren Anstieg in der stationären Unterbringung zugunsten der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgungsrate zu verringern. Da die heutigen Leistungen der Pflegeversicherung in der Stufe III überwiegend nicht ausreichen, um die Kosten in einer stationären Einrichtung zu finanzieren, ist die hier vorgesehene Anhebung der ambulanten wie stationären Pflegeleistungen auf 1.500 € ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen.

Die Kommission hält die in allen Pflegestufen vorgeschlagenen neuen einheitlichen Sachleistungsbeträge auch im Hinblick auf die Leistungsdynamisierungen ab dem Jahr 2005 für ausreichend hoch und weist darauf hin, dass eine höhere Festsetzung der Pflegeleistungen in den einzelnen Pflegestufen zwangsläufig eine Erhöhung des Ausgleichsbeitrags für Rentnerinnen und Rentner zur Folge hätte und deshalb unterbleiben sollte.[19] Der bestehende „Teilkaskocharakter" der Pflegeversicherung soll explizit beibehalten werden.

Erhalt und Dynamisierung des Pflegegeldes

Der Erhalt des Pflegegeldes wird in allen Pflegestufen als sinnvoll erachtet. Rund eine Million Pflegebedürftige erhalten ausschließlich Pflegegeld und werden in der Regel zu Hause von Angehörigen betreut, davon 12 % mit sehr hohem Pflegeaufwand (Pflegestufe III). Eine Streichung des Pflegegeldes würde die Umorientierung in Richtung professioneller häuslicher und stationärer Pflege noch begünstigen und damit die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung zusätzlich zu den demografisch bedingt steigenden Mehrkosten in die Höhe treiben.[20]

Die Höhe des Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufen beträgt zurzeit:

- Pflegestufe I: 205 € mtl,
- Pflegestufe II: 410 € mtl,
- Pflegestufe III: 665 € mtl.

18 Inwieweit es durch die Absenkung der stationären Pflegesachleistungen in den Pflegestufen I und II zu zusätzlichen finanziellen Belastungen der Sozialhilfeträger kommen wird, hängt sehr stark von dem Nachfrageverhalten der Pflegebedürftigen ab und kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden. Zu berücksichtigen ist, dass das vorgelegte Reformkonzept für den ambulanten Bereich zu einer Entlastung der Träger der Sozialhilfe gegenüber dem Status quo beitragen wird. Dagegen dürften sich nach Absenkung der Leistungen der Pflegeversicherung für den stationären Bereich zunächst Mehraufwendungen für die Träger der Sozialhilfe ergeben. Dadurch werden Anreize zu einem weiteren Ausbau ambulanter Angebote gesetzt. In der Gesamtwirkung dürfte die vorgeschlagene Leistungsdynamisierung langfristig zu einer Entlastung der Sozialhilfeträger gegenüber dem Status quo beitragen.

19 Siehe im Einzelnen dazu Kapitel 5.4.

20 Siehe Kapitel 5.5.1 und Kapitel 5.5.2.

Diese Zahlbeträge werden im Rahmen der Dynamisierung der Pflegeleistungen ebenfalls regelmäßig angepasst. Bereits heute zeichnet sich ab, dass das Pflegegeld in allen Pflegestufen zunehmend eine geringere Rolle spielen wird. Der Trend zu professioneller Pflege ist unumkehrbar. Daher müssen bestimmte Formen der professionellen Pflege, vor allem ambulante und gemeinschaftliche Wohnformen, stärker ausgebaut werden.

Das Pflegegeld trifft auf eine hohe Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen. Dies gilt vor allem für die Pflegestufe I: Ende 2002 standen in der Pflegestufe I 588.000 Pflegegeldbezieher 138.000 Leistungsbeziehern von ambulanten und 230.000 Leistungsbeziehern von vollstationären Pflegeleistungen gegenüber.[21]

Erhalt der Pflegestufe I

Die Kommission befürwortet die Beibehaltung der Pflegestufe I. Die Pflegestufe I umfasst einen Zeitaufwand von wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten für Körperpflege, Ernährung oder Mobilität sowie mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, wobei mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen (§ 15 SGB XI). Diese Pflegeleistungen können nicht als gering oder vernachlässigbar angesehen werden. Hier ist zu berücksichtigen, dass gerade in dieser Pflegestufe eine präventiv ausgerichtete Pflege unter anderem auch dazu beitragen kann, den Übergang der Pflegebedürftigen in die Pflegestufe II und III zu verhindern oder hinauszuzögern und ebenso eine zu frühzeitige Entscheidung für den Wechsel in eine stationäre Einrichtung zu vermeiden. Durch die Abschaffung der Pflegestufe I würde zudem der primäre Anwendungsbereich des Pflegegeldes entzogen, was nicht im pflegepolitischen Interesse wäre. Der gegenüber den Pflegestufen II und III geringeren Bedeutung der Pflegestufe I wird ausreichend durch das geringere Pflegegeld und die vergleichsweise niedrigen Leistungssätze im ambulanten und stationären Bereich Rechnung getragen.

5.2.4 Familienlastenausgleich

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Pflegeurteil vom 03.04.2001 (1 BvR 1629/94), festgestellt, dass es nicht mit dem Grundgesetz vereinbar ist, wenn Mitglieder der Sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag belastet werden wie Mitglieder ohne Kinder. Dieses Urteil ist bis zum 31.12.2004 vom Gesetzgeber umzusetzen. Laut Bundesverfassungsgericht verpflichtet das Grundgesetz den Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Beitragsrechts dazu, beitragspflichtige Versicherte mit einem oder mehreren Kindern gegenüber kinderlosen Mitgliedern der Sozialen Pflegeversicherung bei der Bemessung der Beiträge relativ zu entlasten. Dieser zwischen Eltern und Kinderlosen vorzunehmende Ausgleich muss dabei zu einer Entlastung der Elterngeneration während der Zeit der Kinderbetreuung und -erziehung führen. Dies wird damit begründet, dass die Beiträge, die von der heutigen Kindergeneration später im Erwachsenenalter auch zugunsten kinderloser Versicherter geleistet werden, maßgeblich auf den Erziehungsleistungen ihrer heute versicherungspflichtigen Eltern basieren, deren Belastung in der Erwerbsphase auftritt.

Nach Ansicht der Kommission greift die familienpolitische Forderung des Bundesverfassungsgerichts nach einem Ausgleich auf der

Kasten 5-2: Prävention und Rehabilitation vor Pflege

Der Prävention und Rehabilitation vor Pflege ist im Interesse der Pflegebedürftigen ein höherer Stellenwert als bisher beizumessen. Bei einer Verminderung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten bzw. einer Vermeidung von Pflegebedürftigkeit werden zudem langfristig die Gesamtkosten in der Pflegeversicherung reduziert.

21 Quelle: BMGS, eigene Berechnungen.

Beitragsseite innerhalb des Systems der Sozialen Pflegeversicherung zu kurz. Die der Forderung zu Grunde liegende These, dass jede Generation und jeder Versicherte einen monetären sowie einen Realbeitrag in Form der Kindererziehung erbringen muss, damit die umlagefinanzierte Soziale Pflegeversicherung funktionsfähig bleibt, ist in ihrem Kern zutreffend. Dabei wird allerdings nicht berücksichtigt, dass der Ausgleich erziehungsbedingter Lasten nicht allein die Aufgabe der Solidargemeinschaft der gesetzlich Pflegeversicherten, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, die aus dem Steueraufkommen zu finanzieren ist.

Die Kommission hat grundsätzliche Bedenken gegenüber einer kinderzahlabhängigen Differenzierung der Beitragssätze bei den einzelnen Sozialversicherungszweigen (vgl. Kapitel 3.4.2). Nicht nur die Soziale Pflegeversicherung ist auf eine auch in Zukunft kontinuierliche Generationenfolge angewiesen. Gleiches gilt für alle staatlichen und gesellschaftlichen Bereiche, so dass eine die einzelnen Versicherungszweige übergreifende Gesamtlösung gefunden werden sollte, wie sie sich etwa in der Erhöhung des Kindergeldes widerspiegeln würde.

Eine pflegeversicherungsimmanente Lösung mit einer Finanzierung des Familienlastenausgleichs aus Beitragsmitteln würde zu einer geringeren Akzeptanz der beitragsfinanzierten Sozialen Pflegeversicherung bei Kinderlosen führen. Vor allem würde sie aber Kinderlose bevorzugen, die nicht der Sozialen Pflegeversicherung angehören, da sie zur Finanzierung nicht herangezogen würden. Umgekehrt käme eine Beitragsentlastung nur den Kindererziehenden zugute, die in der Sozialen Pflegeversicherung versichert sind, obwohl die Wahrscheinlichkeit, dass auch die Kinder privat Pflegeversicherter später junge Beitragszahlerinnen und -zahler der Sozialen Pflegeversicherung werden, hoch ist. Eine einkommensproportionale Beitragsentlastung Kindererziehender bzw. eine einkommensproportionale Beitragsbelastung von Kinderlosen hätte die unerwünschte Folge, dass etwa Kindererziehende mit geringem Einkommen gegenüber Besserverdienenden benachteiligt würden. Eine pauschale Entlastung von kindererziehenden Eltern, würde diese Ungerechtigkeiten vermeiden, käme damit aber der generell – vorzugswürdigeren – Kindergeldlösung nahe. Die Kommission spricht sich dafür aus, dass die vom Bundesverfassungsgericht geforderte stärkere Berücksichtigung von Erziehungsleistungen steuerrechtlich gelöst wird.

5.2.5 Leistungsausweitungen für Demenzkranke durch Umfinanzierung der Behandlungspflege

Die Kommission spricht sich dafür aus, ab dem Jahr 2005 demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen und psychische Erkrankungen bei der Einstufung in die jeweiligen Pflegestufen zu berücksichtigen. Die darin liegenden Leistungsausweitungen, insbesondere für die wachsende Gruppe der Demenzkranken, können durch die Leistungsumfinanzierung bei der stationären Behandlungspflege und den dadurch in der Pflegeversicherung gewonnenen Finanzierungsspielraum erfolgen.

Die Kommission begrüßt in diesem Zusammenhang die vom Gesetzgeber getroffene Festlegung in dem zum 01.01.2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (§ 43b SGB XI), wonach die Aufwendungen für die in den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege ab dem 01.01.2005 von der Gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen sind.

Der sich daraus ergebende finanzielle Handlungsspielraum sollte verwendet werden, um die Defizite der Pflegeversicherung beim Umgang mit Demenzkranken abzumildern. Die Pflegebedürftigkeit von Menschen mit De-

menz stellt die Familienpflege und die professionelle Pflege vor qualitativ und quantitativ andere Herausforderungen als eine somatisch begründete Pflegebedürftigkeit. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 Abs. 1 SGB XI) umfasst Hilfsbedürftigkeit in erheblichem oder höherem Maße bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Die speziellen Bedürfnisse Demenzkranker nach Betreuung und Beaufsichtigung fallen aus dem Katalog von Hilfeleistungen heraus. Durch die pauschale Heraufsetzung des individuellen Zeitbedarfs soll der spezifische Bedarf der Betreuung und allgemeinen Beaufsichtigung für Demente abgegolten werden. Eine darüber hinaus gehende generelle Erweiterung des Pflegebegriffs für Demente und psychisch Kranke ist aufgrund der angespannten finanziellen Situation in der Sozialen Pflegeversicherung nicht zu leisten.

Die Wichtigkeit einer stärkeren Berücksichtigung insbesondere von Demenzerkrankungen in der Pflegeversicherung zeigt sich an der hohen Zahl Demenzkranker, die langfristig noch erheblich steigen wird. Unter den Entstehungsursachen für Pflegebedürftigkeit nehmen demenzielle Erkrankungen einen vorderen Rang ein. Jedes Jahr steigt die Zahl der in Pflegeheimen stationär untergebrachten Demenzkranken um 25 % an. Schätzungen der Entwicklung der Demenz stehen allerdings vor dem Problem, dass ein erheblicher Teil der demenziellen Erkrankungen auf Grund ihrer unspezifischen Symptomatik und ihres schleichenden Verlaufs von den Hausärztinnen und -ärzten nicht erkannt bzw. nicht zutreffend diagnostiziert wird.

Nach Schätzungen von Bickel[22] bewegt sich die Gesamtprävalenz bei den über 65-Jährigen in Deutschland zwischen 6 % und 8,7 %, wobei der Durchschnitt bei knapp über 7 % liegt, was einer Krankenzahl in der Altenbevölkerung von etwas mehr als 900.000 entspricht. Die Prävalenzrate steigt steil mit dem Alter an. Während die so genannten präsenilen Demenzen weniger als 3 % dieses Bestandes ausmachen, entfällt mehr als die Hälfte aller Krankheitsfälle auf die Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen. Rund 15 % der Patientinnen und Patienten sind bereits 90 Jahre alt. Das restliche Drittel verteilt sich auf die Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen. Dabei schwankt die Prävalenz zwischen 1,2 % bei den 65- bis 69-Jährigen und 34,6 % bei den über 90-Jährigen. Frauen (70 %) sind aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung weitaus stärker als Männer von einer Demenzerkrankung betroffen. Was die Neuerkrankungen anbelangt, ist mit einer jährlichen Inzidenzrate in der Altenbevölkerung von 1,5 % bis 2 % zu rechnen. Auch hier ist ein steiler Anstieg mit dem Lebensalter zu verzeichnen. Nach den vorliegenden Befunden ist zu erwarten, dass unter den über 90-Jährigen jeder zehnte bis dahin noch nicht Erkrankte innerhalb eines Jahres eine Demenz entwickelt.

Welche Folgerungen sich aus der Prävalenzstruktur für die zukünftige Entwicklung von Demenzen ergeben, versucht Dinkel[23] mit einer Modellrechnung für die Bundesrepublik Deutschland aufzuzeigen. In einer günstigen, auf konservativen Annahmen basierenden Variante wird, ausgehend vom Jahr 1992, ein Anstieg der Anzahl der Demenzkranken in der Bundesrepublik um 240 % bis zum Jahr 2050 geschätzt. In der ungünstigen Variante beträgt dieser Wert sogar 325 %. Würde außerdem noch das Ausmaß der tatsächlich erkannten Fälle von derzeit etwa 50 auf 80 % der Erkrankten steigen, dann ergäbe sich eine nochmals um mehr als die Hälfte höhere Anzahl Demenzkranker.

Die Berücksichtigung eines pauschalen Zeitzuschlags von 30 Minuten täglich zum im Bereich der Grundpflege festgestellten zeitlichen Hilfebedarf würde nach Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung auf der Basis von Begutachtungsergebnissen des Medizinischen Dienstes im Jahr 1998 dazu führen, dass zusätzlich etwa 60.000 Personen durch die erstmalige Einstufung in die Pflegestufe I Leistungen der Pflege-

22 Vgl. Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Bundestagsdrucksache 14/8800 vom 28.03.2002, S. 235.
23 Vgl. ebenda, S. 235.
Exakte statistische Angaben zu den Kosten der behandlungspflegerischen Leistungen in den stationären Pflegeeinrichtungen liegen nicht vor.

versicherung erhalten würden. Zudem würden rund 84.000 Personen von der Pflegestufe I in die Pflegestufe II und rund 34.000 Personen von der Pflegestufe II in die Pflegestufe III höhergestuft. Die mit dem Zeitzuschlag verbundenen Mehrausgaben werden auf rund 750 Mio. € geschätzt.

Durch die Neuordnung der Finanzierung der stationären medizinischen Behandlungspflege zugunsten der Sozialen Pflegeversicherung dürften die Mehrausgaben bei einem Zeitzuschlag von 30 Minuten in Höhe von rund 750 Mio. € von der Sozialen Pflegeversicherung zunächst kostenneutral getragen werden können.[24] Zu berücksichtigen ist aber, dass seitens der Kommission nicht abgeschätzt werden kann, ob die demografisch bedingt zukünftig steigenden Kosten für Demenzkranke mit den zu erwartenden Mehrkosten der stationären Behandlungspflege deckungsgleich sind. Sofern sich hier Verschiebungen der Relationen ergeben sollten, müssten in der ferneren Zukunft ggf. weitere Umfinanzierungen erfolgen, um die befürwortete Ausweitung der Leistungen für Demenzkranke beibehalten zu können.

5.2.6 Personenbezogene Budgets

Die Kommission befürwortet die Erweiterung der rechtlichen Grundlagen zur Erprobung personenbezogener Budgets im Rahmen der professionellen Pflege.[25] Die Einführung von personenbezogenen, frei verfügbaren Budgets erlaubt den Pflegebedürftigen, auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflegedienstleistungen zu erwerben und sich flexible qualitätsgesicherte Pflegearrangements zusammenzustellen. Hierdurch würden die Selbstbestimmung und die Patientensouveränität gestärkt. Zur Qualitätssicherung und Steuerung dieser Budgets bedarf es des Aufbaus von Case-Management-Institutionen, die im Wettbewerb stehen. Diese haben die Aufgabe der Beratung und Begleitung der Pflegebedürftigen sowie in Einzelfällen auch der Verwaltung des Budgets.

Die Veränderung der Familienstrukturen hin zu Individualisierung, einer wachsenden Anzahl von Alleinlebenden und einer niedrigen Kinderzahl wird zusammen mit dem weiteren Anstieg der Erwerbstätigkeit von Frauen zu einem sinkenden informellen Pflegepotenzial beitragen. Die sich ändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erfordern ein erweitertes Angebot an unterstützenden ambulanten Diensten. Eine Flexibilisierung des Sachleistungsprinzips durch Gewährung von personenbezogenen, frei verfügbaren

Kasten 5-3: Ausbaumöglichkeiten demenzspezifischer Betreuungsangebote

- Abbau von Informationsdefiziten,
- Ausbau von Maßnahmen wie Pflegekurse oder Bildung von familialen Pflegeteams,
- Schaffung eines übergreifenden Netzes von Einrichtungen der Tages-, Nacht-, Kurzzeit-, Wochenend- und Urlaubsbetreuung, um Überforderungssituationen von Pflegepersonen zu vermeiden,
- Erprobung von demenzgerechten Versorgungsmodellen, wie z.B. gerontopsychiatrischen Wohngruppen und Zentren – bestehend aus Tagesklinik, ambulantem Dienst und Altenbetreuung,
- probeweise Angebote von flexiblen, niedrigschwelligen Dienstleistungen zur Entlastung der pflegenden Personen und Überwindung ihrer psychosozialen Widerstände gegen eine Hilfe von außen,
- Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten auf dem Gebiet der Demenzerkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten zur Förderung der Früherkennung von Demenz,
- bessere Qualifizierung des Personals sowohl in Heimen als auch in ambulanten und stationären Einrichtungen, um eine angemessene Versorgung von Demenzkranken gewährleisten zu können,
- Bildung von multiprofessionellen Teams und Einsetzung von Case-Managern als Anlaufstelle für Angehörige von Demenzkranken, wie auch für Dienste und Einrichtungen,
- Einführung von Qualitätsstandards für einen patientengerechten Umgang mit Demenzkranken.

24 Schätzungen reichen von 0,9 bis 1,5 Mrd. €. Daraus könnte sich für die Soziale Pflegeversicherung ein Umschichtungspotenzial ergeben, wenn die Leistungspauschalen so angepasst werden, dass die durchschnittlichen Zuzahlungen für die Pflegebedürftigen unverändert blieben.
25 Nach einer Evaluierung der personenbezogenen Budgets im Anschluss an die Erprobungsphase könnte gegebenenfalls an deren flächendeckende Einführung gedacht werden.

Budgets gibt den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, Pflegedienstleistungen zu erwerben und flexible Pflegearrangements zusammenzustellen. Die ambulanten Pflegedienste würden Anreize erhalten, sich mit ihren Leistungsangeboten an den unterschiedlichen Bedürfnissen der Pflegehaushalte zu orientieren. Der Ausbau von teilstationären Hilfen – zeitlich differenziert und den Wünschen der Pflegehaushalte angepasst – wäre auch eine Voraussetzung zur besseren Vereinbarkeit von Pflege- und Berufstätigkeit. Ein optimaler „Pflegemix" erfordert flexible Arbeitsbedingungen der erwerbstätigen Pflegepersonen. Hierbei ist an die Ausweitung der Teilzeitarbeit, die Ermöglichung einer freieren Arbeitszeitgestaltung, die Einführung von „Pflegeurlaub" und die weitere Schaffung von Mini- und Midijobs im Pflegebereich zu denken.

Die zu schaffenden Case-Management-Institutionen sollten als unabhängige Beratungsinstanzen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in den verschiedenen Phasen der Pflegebedürftigkeit fachkundig beraten und begleiten. Der Pflege- und Betreuungsprozess könnte auch die Verwaltung des Budgets mit einschließen, aber nur dort, wo die Situation der Pflegebedürftigen dies unbedingt erforderlich macht. Die Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs könnte weiterhin vom Medizinischen Dienst wahrgenommen werden, indem der Pflegebedarf individuell im Rahmen eines Assessments bestimmt und darauf basierend individuelle Zeitwerte und Stundensätze für die Vergütung festgelegt werden.

Das Konzept der personenbezogenen Budgets erfordert eine Flexibilisierung des Sachleistungsprinzips, es kann aber auch mit einem konzeptionellen Übergang zum Kostenerstattungsprinzip verbunden werden. Letzteres würde den Übergang von kollektiven Vergütungsverhandlungen zur Marktpreisbildung erleichtern. Um über eine Stärkung der Nachfragemacht der Pflegebedürftigen auch Kostensenkungen zu erreichen, sind die Mechanismen und Strukturen einer unabhängigen Qualitätssicherung zu verbessern. Die Pflegeleistungen würden sich damit nicht mehr primär an den Erfordernissen von Versorgungssystemen orientieren. Allerdings müsste die Kostenerstattung der professionellen ambulanten und stationären Pflegeleistungen so ausgestaltet werden, dass pflegebedürftigen Personen bzw. deren Angehörigen, die von dieser zusätzlichen Gestaltungsfreiheit überfordert sind, entsprechende Hilfsangebote zuteil werden.

Durch die Egalisierung der qualitätsgesicherten ambulanten und der stationären Sachleistungen in den Pflegestufen I und II und die Beibehaltung der einheitlichen Sachleistungen in der Pflegestufe III wird bereits eine wesentliche Voraussetzung für die Erprobung von personenbezogenen Budgets geschaffen. Des Weiteren werden die Rahmenbedingungen für sektorübergreifende Fallmanagementmodelle deutlich verbessert.

Schließlich wäre bei der Umstellung auf das Kostenerstattungsprinzip die Frage zu stellen, ob Pflegeversicherte, die ihren Lebensabend im EU-Ausland verbringen, einen europarechtlichen Rechtsanspruch auf Kostenerstattung für ambulante und stationäre Pflegeleistungen erhalten würden, wie er nach dem heutigem Sachleistungsprinzip nicht besteht. Davon ist allerdings nicht auszugehen, sofern die Kostenerstattung an einen Verwendungsnachweis gekoppelt würde. Anders als bei dem vom EuGH als Geldleistung eingestuften Pflegegeld käme der Kostenerstattung im Rahmen der die nationalen Rechtsvorschriften koordinierenden VO 1408/71 weiterhin der Charakter einer Sachleistung zu.[27]

5.3 Der intergenerative Lastenausgleich

Im Sinne der nachhaltigen Finanzierung und der Generationengerechtigkeit empfiehlt die Kommission, die Beitragsfinanzierung der Sozialen Pflegeversicherung um einen intergenerativen Lastenausgleich zu ergänzen: Rentnerinnen und Rentner leisten ab dem

27 Vgl. EuGH vom 05.03.1998, Rs. C-160/96 (Molenaar), Slg.1998, I-843, 890.

Jahr 2010 zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz einen einkommensabhängigen generativen Ausgleichsbeitrag. Die zusätzlichen Finanzmittel aus diesem Ausgleichsbeitrag erlauben eine Dynamisierung der Leistungen, in deren Genuss vor allem die Rentnerinnen und Rentner kommen, und ermöglichen es, den heute Aktiven einen Teil ihres Beitrags zur Pflegeversicherung anzusparen, um hieraus später die demografisch bedingten Mehrkosten zu finanzieren. Der Ausgleichsbeitragssatz wird dabei so festgesetzt, dass die aus dem demografischen Wandel resultierende Nettobelastung für alle Generationen gleich hoch bleibt.

5.3.1 Konkrete Ausgestaltung

Die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Komponenten des Reformkonzepts führen auf der einen Seite zu Entlastungen der Sozialen Pflegeversicherung durch die finanzielle Gleichstellung von ambulanter und stationärer Pflege. Anderseits werden die Ausgaben durch die Dynamisierung der Leistungen zum Erhalt des realen Leistungsniveaus ansteigen. Dies führt vor allem infolge des demografischen Wandels zu einem sich immer weiter verschärfenden Auseinanderlaufen von Ausgaben und Einnahmen der Pflegeversicherung, wenn der Beitragssatz stabil bleiben soll.[28]

Die aus der Bevölkerungsalterung der Gesellschaft resultierenden Lasten können jedoch durch geeignete Maßnahmen gleichmäßig auf die Generationen verteilt werden. Die zukünftigen Lasten der heute Jüngeren können begrenzt werden, wenn die heute Älteren einen höheren Beitrag leisten als sie dies gegenwärtig tun. So kann erreicht werden, dass im Sinne der Generationengerechtigkeit die im Verlauf des Lebens zu tragende Last für die Versicherungsleistungen der heute Älteren und der heute Jüngeren gleich hoch ist.

Hierfür wird zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz ein einkommensabhängiger Ausgleichsbeitrag von Rentnerinnen und Rentnern erhoben. Die damit verbundene zukünftige Zusatzbelastung der Rentnergeneration ist dadurch gerechtfertigt, dass die Leistungen bereits ab 2005 dynamisiert werden. Soziale Härten können dabei vermieden werden, indem bei Empfängerinnen und Empfängern der bedarfsorientierten Grundsicherung dieser Ausgleichsbetrag auf den Zahlbetrag der Grundsicherung aufgeschlagen wird.

Durch die Erhebung des Ausgleichsbeitrags werden finanzielle Mittel frei, die eine Reduzierung des allgemeinen Beitrags zur Sozialen Pflegeversicherung ermöglichen. Der von Arbeitgebern und Arbeitnehmern abzuführende Beitrag bleibt dennoch dauerhaft bei 1,7 % des versicherungspflichtigen Einkommens. Die Differenz zwischen dem abgeführten Beitrag und dem allgemeinen Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung wird für Aktive (alle Nicht-Rentner) obligatorisch auf privaten Pflegekonten angespart (Vorsorgebeitrag), die wegen der geringeren Verwaltungskosten zentral bei den Rentenversicherungsträgern geführt werden. Das auf diesen Konten akkumulierte Kapital wird den Versicherten im Rentenalter als zusätzliche Leibrente ausgezahlt. Diese dient dazu, die demografisch bedingte Steigerung der Beitragssätze zur Pflegeversicherung zu kompensieren. Bei einem weniger starken Ansteigen der Beiträge zur Sozialen Pflegeversicherung als prognostiziert können diese finanziellen Mittel frei verwendet werden.

Nebenbedingungen für die quantitative Ausgestaltung

Unter der Prämisse der Generationengerechtigkeit kommt es bei der konkreten Ausgestaltung dieses Reformkonzepts darauf an, den Ausgleichsbeitragssatz und die Leistungen der Pflegeversicherung so auszubalancieren, dass deren Finanzierung nachhaltig gesichert und die Nettobelastung für alle Generationen

28 Siehe Kapitel 5.1.2.

gleich hoch ist. Bei einem fixierten allgemeinen Beitragssatz muss der generative Ausgleichsbeitrag der Rentnerinnen und Rentner um so höher sein, je umfangreicher die Leistungen der Pflegeversicherung ausgestaltet sind.

Die im Folgenden vorgestellte quantitative Ausgestaltung ist unabdingbar mit den übrigen von der Kommission vorgeschlagenen finanzwirksamen Reformkomponenten verknüpft und unterstreicht noch einmal, dass es sich um ein geschlossenes Gesamtkonzept handelt. Dies sind:

- Dynamisierung der Leistungen
  Die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung werden ab dem Jahr 2005 regelgebunden um den Durchschnitt aus Inflationsrate und Nominallohnsteigerung angehoben. Auf der Grundlage des Kommissionsszenarios ergibt sich daraus eine Dynamisierung in Höhe von 2,25 % p.a. Diese Maßnahme führt in einem Jahr zu Ausgabensteigerungen um über 300 Mio. €.

- Finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege
  Die Leistungen für die ambulante und die stationäre Pflege werden ab 2005 wie folgt angeglichen:
  Pflegestufe I 400 € pro Monat
  Pflegestufe II 1.000 € pro Monat
  Pflegestufe III 1.500 € pro Monat
  Durch die Anhebung der Leistungen für ambulante und die Absenkung für stationäre Pflege wird mittelfristig ein Umschichtungspotenzial in Höhe von rund 2 Mrd. € realisiert. Die Höhe des Pflegegeldes bleibt in den jeweiligen Pflegestufen unverändert.

- Familienlastenausgleich
  Bei der Umsetzung des Urteils des Bundesversfassungsgerichts zum Familienlastenausgleich zugunsten der Erziehenden werden zusätzliche Einnahmen für die Pflegeversicherung in Höhe von 1 Mrd. € erwartet.[29]

Diese Reformmaßnahmen sollen bereits zum Jahr 2005 umgesetzt werden. Allerdings werden sich die finanziellen Wirkungen erst nach einer gewissen Zeit in vollem Umfang einstellen, da beispielsweise die finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Leistungen aus Vertrauensschutzgründen nur bei neu eintretender Pflegebedürftigkeit erfolgen kann. Die Finanzreserve der Sozialen Pflegeversicherung wird durch die Einsparungen bis zum Jahr 2010 leicht ansteigen. Hierdurch kann der Einstieg in das intergenerative Lastenausgleichsmodell sanft erfolgen.

Höhe des Ausgleichsbeitrags und des Vorsorgebeitrags im Jahr 2010

Die Ausgleichsabgabe für Rentnerinnen und Rentner wird ab dem Jahr 2010 eingeführt.[30] Dadurch erhalten die heutigen Rentnerinnen und Rentner und die rentennahen Jahrgänge die Möglichkeit, entsprechend zu disponieren, so dass Vertrauensschutz hinreichend gewährleistet wird.

Im Jahr 2010 wird erstmals ein allein von Rentnerinnen und Rentnern zu entrichtender generativer Ausgleichsbeitrag in Höhe von 2 % des versicherungspflichtigen Einkommens erhoben. Die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter soll um diesen Ausgleichsbeitrag erhöht werden. Der Ausgleichsbeitrag erlaubt es, gleichzeitig den allgemeinen Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung auf 1,2 % zu senken. Der Gesamtbeitragssatz an die Soziale Pflegeversicherung auf Renten beträgt damit 3,2 %.

Wie bisher wird die Hälfte des allgemeinen Beitrags zur Sozialen Pflegeversicherung, also 0,6 % des versicherungspflichtigen Einkommens, von den Rentenversicherungsträgern übernommen. Die Rentnerinnen und Rentner tragen somit 2,6 % ihres Beitrags selbst. Gegenüber geltendem Recht steigt der von ihnen selbst zu tragende Beitrag also um 1,75 Prozentpunkte. Ein Standardrentner zahlt damit ab dem Jahr 2010 etwa 30 € pro Monat an die Pflegeversicherung, also 20 € mehr als nach geltendem Recht. Rentnerinnen und Rentner mit einer geringeren Rente zahlen entsprechend weniger, mit einer höheren Rente entsprechend mehr.

29 Sollten sich diese Mehreinnahmen nicht einstellen, müsste die Kalkulation des Ausgleichsbeitrags entsprechend angepasst werden.
30 Der Ausgleichbeitrag wird von Personen erhoben, die eine Altersrente beziehen. Renten wegen Erwerbsminderung sind davon nicht betroffen.

Der von Arbeitgebern und Arbeitnehmern abzuführende Beitrag wird dauerhaft bei 1,7 % des versicherungspflichtigen Einkommens eingefroren. Da aber nur noch 1,2 % an die Soziale Pflegeversicherung zu entrichten sind, verbleiben 0,5 %, die als Vorsorgebeitrag obligatorisch auf private Pflegekonten eingezahlt werden und der Kapitalstockbildung dienen. Der Vorsorgebeitrag kann freiwillig aufgestockt werden.

Zum Zeitpunkt des Renteneintritts wird das so angesparte Kapital als zusätzliche Leibrente (nicht vererbbar, nicht kapitalisierbar, nicht veräußerbar und nicht beleihbar) ausgezahlt. Im Rentenalter erhalten die heute Aktiven also ein zusätzliches Einkommen, das sie in die Lage versetzt, die demografisch bedingt steigenden Beitragslasten zu kompensieren. Die zusätzliche Nettobelastung – Ausgleichsbeitrag abzüglich zusätzlicher Rente – bleibt dadurch für alle Generationen gleich hoch.

Da die eingezahlten Beiträge auf das private Pflegekonto absolut gesehen mit 13 € pro Monat bei Personen mit einem Durchschnittsverdienst relativ gering sind, sollten diese Konten zentral verwaltet werden, um den bürokratischen Aufwand und die Verwaltungskosten – auch auf Seiten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber – zu minimieren. Als Institutionen bieten sich hierfür die Rentenversicherungsträger an, die bereits für jeden (Renten-) Versicherten Konten führen. Wichtig ist dabei, dass der Eigentumsanspruch für die eingezahlten Beiträge bei den Versicherten selbst verbleibt, die Rentenversicherungsträger also nur als Verwalter fungieren. Damit sind diese Mittel verfassungsrechtlich vor einem etwaigen staatlichen Zugriff geschützt.

Zusammenfassend wird festgehalten: Im Jahr 2010 sind auf Renten insgesamt 3,2 % Beiträge an die Soziale Pflegeversicherung zu leisten, wovon 2,6 % von den Rentnerinnen und Rentnern selbst gezahlt werden. Auf Arbeitseinkommen werden wie zuvor 1,7 % abgeführt, davon aber nur 1,2 % an die Soziale Pflegeversicherung. Die verbleibenden 0,5 % werden zu Vorsorgezwecken angespart. Das akkumulierte Kapital dient dazu, eine in der Zukunft steigende Gesamtbeitragslast abzufedern. Durch die höheren Lasten der heute Älteren wird erreicht, dass die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung real erhalten bleiben und gleichzeitig die zukünftig steigenden Belastungen der dann Älteren deutlich reduziert werden können und somit ein intergenerativer Lastenausgleich gewährleistet wird.

Entwicklung im Zeitablauf

Aufgrund der demografischen Entwicklung werden insbesondere bei dynamisierten Leistungen die Ausgaben der Pflegeversicherung zukünftig stärker steigen als die Einnahmen (siehe Kap. 5.1.2). Entsprechend müssen der an die Soziale Pflegeversicherung abzuführende Beitragssatz und der Ausgleichsbeitragssatz sukzessive angehoben werden, um das finanzielle Gleichgewicht in der Sozialen Pflegeversicherung zu gewährleisten (siehe Tabelle 5-2). Hierdurch steigt nicht nur der auf Renten zu entrichtende Gesamtbeitrag bis zum Jahr 2040 auf 4,5 % an. Gleichzeitig wird auch der an die privaten Pflegekonten abgeführte Vorsorgebeitrag langfristig abgebaut. Hinsichtlich der Entwicklung der Verteilung der Beitragslast zeigt sich, dass die Rentenversicherungsträger mittelfristig leicht entlastet werden, da diese jeweils nur den hälftigen allgemeinen Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung tragen müssen. Der von den Rentnerinnen und Rentnern selbst zu tragende Beitragssatz steigt dagegen im Zeitablauf auf 3,65 % an. Dabei sind jedoch die Erträge aus den privaten Pflegekonten noch nicht berücksichtigt, die als Kompensation für den Beitragssatzanstieg angespart werden.

Auf Seiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verändert sich der insgesamt abzu-

Tabelle 5-2: Beitragsentwicklung zur Sozialen Pflegeversicherung (GPV)

	auf Arbeitsentgelt abzuführen	Vorsorgebeitrag für Pflegekonto	GPV-Beitragssatz	generativer Ausgleichs-beitragssatz	auf Renten abzuführen
2005	1,7	0,0	1,7	0,0	1,7
2010	1,7	0,5	1,2	2,0	3,2
2015	1,7	0,3	1,4	2,2	3,6
2020	1,7	0,2	1,5	2,4	3,9
2025	1,7	0,1	1,6	2,6	4,2
2030	1,7	0,0	1,7	2,6	4,3
2035	1,7	0,0	1,7	2,8	4,5
2040	1,7	0,0	1,7	2,8	4,5

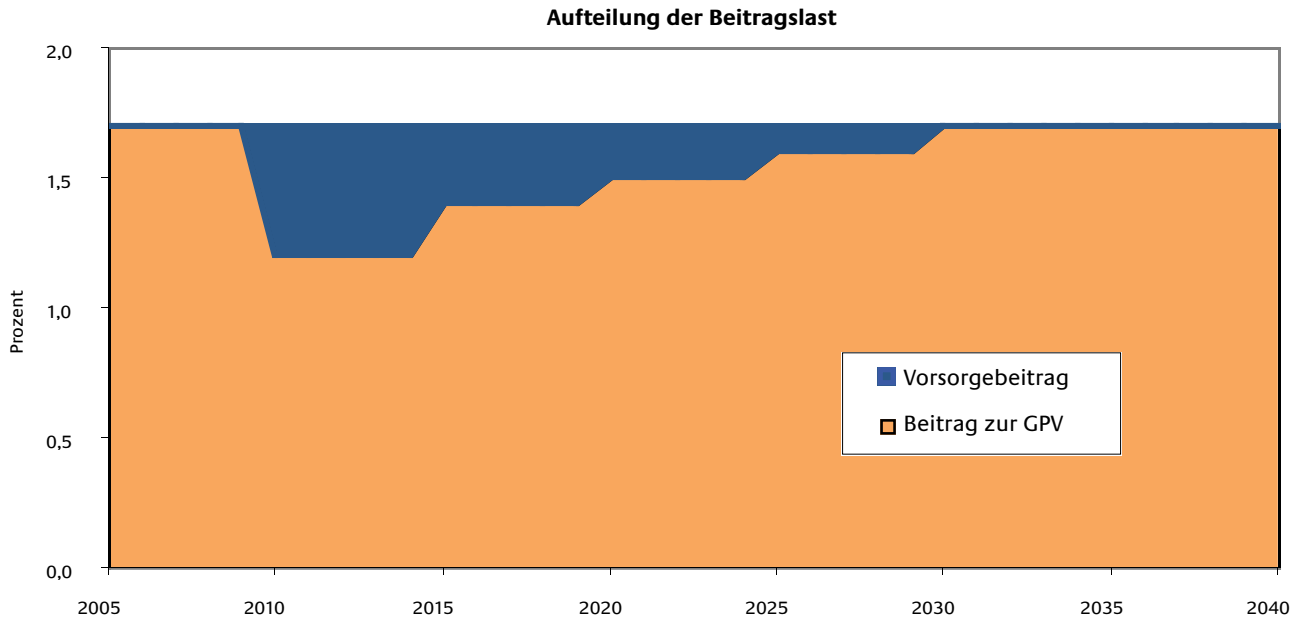
Quelle: Eigene Berechnungen

führende Beitragssatz im Zeitablauf nicht. Allerdings wird der Vorsorgeanteil der abgeführten Beiträge nach und nach niedriger (siehe Abbildung 5-4). Ab dem Jahr 2030, wenn der an die Soziale Pflegeversicherung abzuführende Beitragssatz wieder bei 1,7 % liegt, wird kein Geld mehr – zumindest nicht obligatorisch – auf das private Pflegekonto eingezahlt. Das angesparte Kapital erhöht sich ab diesem Zeitpunkt aber immer noch durch die anfallenden Zinsen.

Insgesamt steigt der auf den privaten Pflegekonten akkumulierte Kapitalstock bis zum Jahr 2040 auf 125 Mrd. € an. Die Höhe des angesparten Kapitals der einzelnen Versicherten hängt dabei entscheidend von deren Erwerbsbiografie ab. Versicherte, die im Jahr 2040 in Rente gehen und während ihres gesamten Erwerbslebens über ein Einkommen in Höhe des Durchschnittsentgelts verfügten, können auf einen Kapitalstock in Höhe von gut 6.100 € zurückgreifen.[31]

Erst zusammen mit den zusätzlichen Renten aus den privaten Pflegekonten entsteht ein schlüssiges Bild dieses Reformkonzepts. Die von Rentnerinnen und Rentnern selbst zu tragenden Beiträge an die Soziale Pflegeversicherung (allgemeiner Beitragssatz und Ausgleichsbeitrag) steigen zwar im Zeitablauf deutlich an (siehe Tabelle 5-3). Gleichzeitig wächst

Abbildung 5-4: Entwicklung des Gesamtbeitrags der Aktiven im Zeitablauf



Quelle: Eigene Berechnungen

31 Ausgedrückt in heutigen Preisen wird ein Kapitalstock in Höhe von insgesamt 75 Mrd. € akkumuliert; für die genannten Versicherten beläuft sich das angesammelte Kapital auf rund 3.500 €.

Tabelle 5-3: Beitrag der Rentnerinnen und Rentner zur Pflegeversicherung in Prozent

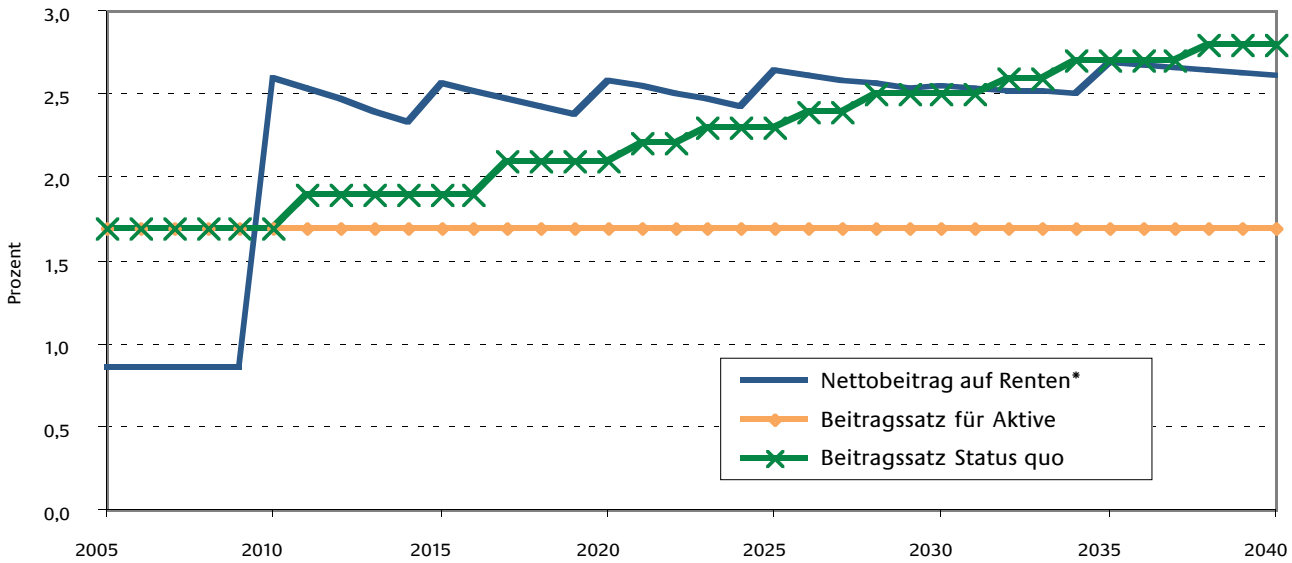
	Beitragssatz			Rente aus privatem Pflegekonto[1]	Netto-Beitrag an Pflegevers.
	auf Renten abzuführen	davon zu tragen von RV-Trägern	davon zu tragen von Rentnern		
2005	1,70	0,85	0,85	0,00	0,85
2010	3,20	0,60	2,60	0,00	2,60
2015	3,60	0,70	2,90	0,34	2,56
2020	3,90	0,75	3,15	0,57	2,58
2025	4,20	0,80	3,40	0,76	2,64
2030	4,30	0,85	3,45	0,90	2,55
2035	4,50	0,85	3,65	0,97	2,68
2040	4,50	0,85	3,65	1,03	2,62

1) Zusätzliche Rente eines Durchschnittsverdieners im Jahr des Rentenzugangs in % der Standardrente

aber auch das auf den privaten Pflegekonten angesparte Kapital und damit die sich daraus ergebende zusätzliche Rente. Bei Berücksichtigung dieser Rente – ausgedrückt in Prozent einer Standardrente der Gesetzlichen Rentenversicherung – zeigt sich, dass der von den Rentnerinnen und Rentnern zu tragende Nettobeitrag an die Soziale Pflegeversicherung im Zeitablauf bei etwa 2,6 % konstant bleibt.

Nach der Status quo-Entwicklung, die neben der Dynamisierung der Leistungen keine weiteren Reformen enthält, müsste der Beitragssatz bis zum Jahr 2040 auf 3,0 % angehoben werden. Durch das Reformkonzept werden Arbeitgeber und Arbeitnehmer langfristig deutlich entlastet, da der Beitragssatz auf Erwerbseinkommen bei 1,7 % konstant bleibt (siehe Abbildung 5-5). Auf Seiten der Rentnerinnen und Rentnern liegt die Beitragssatzbelastung – unter Berücksichtigung der zusätzlichen Renten aus den privaten Pflegekonten – etwa bis zum Jahr 2022 höher als nach der Status

Abbildung 5-5: Beitragssatzentwicklung im Vergleich zum Status quo



* Von Rentnern allein zu tragender Anteil, unter Berücksichtigung der Erträge aus dem privaten Pflegekonto

Quelle: Eigene Berechnungen

quo-Entwicklung. Im Zeitraum danach werden aber Rentnerinnen und Rentner durch diese Reformmaßnahme entlastet. Daran wird deutlich, dass die einseitige Belastung der zukünftigen Generationen infolge der demografisch bedingt steigenden Ausgaben durch dieses Reformkonzept beseitigt und eine gleichmäßige Lastenverteilung erreicht wird.

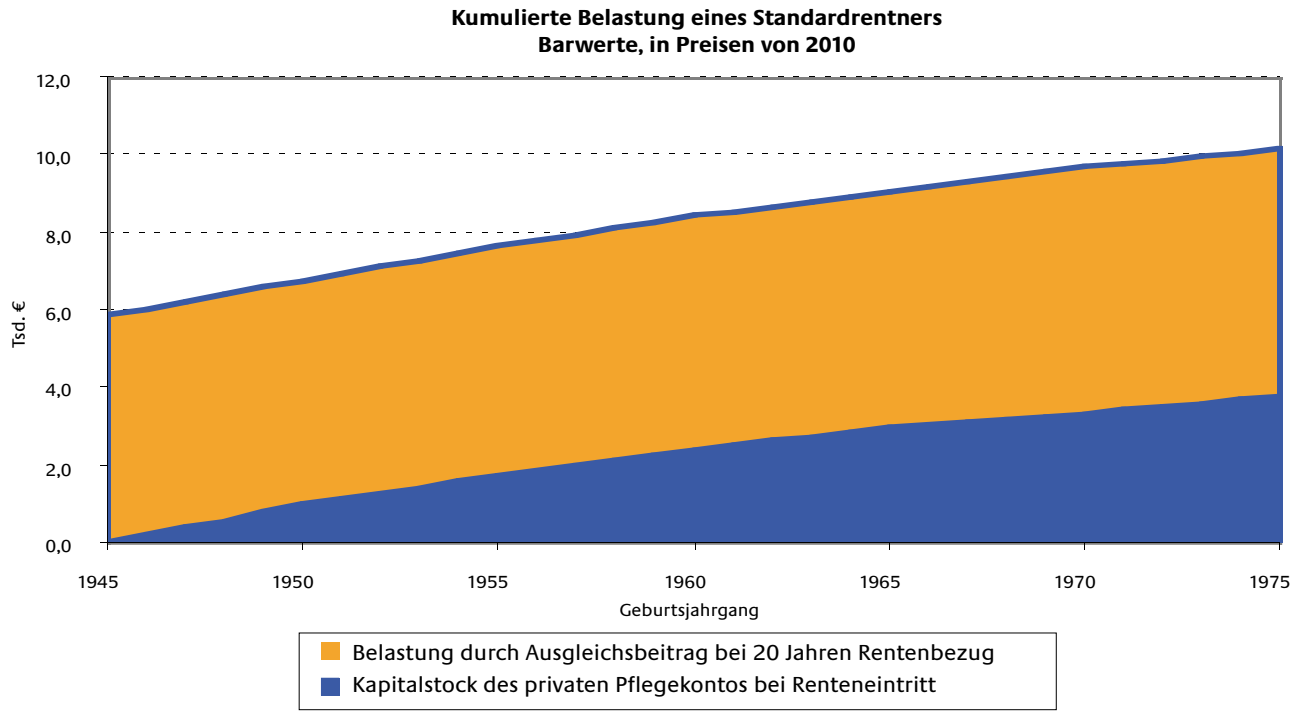
Betrachtet man die einzelnen Geburtsjahrgänge, so zeigt sich, dass ein Standardrentner, der im Jahr 2010 in Rente geht, über die Rentenbezugsdauer von 18 Jahren eine zusätzliche Belastung von insgesamt knapp 6.000 € (Barwert in Preisen des Jahres 2010) tragen muss. Dies entspricht etwa 2,1 % seiner gesamten Rentenbezüge.

Für die zukünftigen Rentenzugänge steigt die zusätzliche Belastung aufgrund der Erhöhung des Ausgleichsbeitrags zwar an, die zusätzliche Rente aus den Pflegekonten reicht jedoch aus, um diese Steigerung zu kompensieren.[32] Abbildung 5-6 zeigt die aufsummierte Mehrbelastung von Standardrentnern nach Geburtsjahrgängen (in Preisen des Jahres 2010) und den auf dem privaten Pflegekonto angesparten Kapitalstock von Durchschnittsverdienern (untere Fläche). Ersichtlich ist, dass die Nettobelastung (obere Fläche) für alle hier betrachteten Geburtsjahrgänge gleich hoch ist.

Schließlich verdeutlicht die Abbildung 5-7, dass sich die Einnahmen und Ausgaben durch die Reformmaßnahmen auch langfristig ausgleichen, die nachhaltige Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung also anders als in der Referenzentwicklung auch bei unveränderten Lohnzusatzkosten gewährleistet wird. Innerhalb der Sozialen Pflegeversicherung wird nur bis zum Jahr 2010 eine nennenswert oberhalb der gesetzlichen Mindestreserve liegende Finanzreserve kumuliert, die jedoch bis zum Jahr 2015 weitestgehend wieder abgebaut wird.

Wie gezeigt, wird die nachhaltige Finanzierung und die generationengerechte Verteilung der demografischen Lasten mit diesem Reformkonzept bis zum Jahr 2040 gewährleistet. Jedoch lässt die demografische Entwicklung vermuten, dass sich die Finanzsituation der Sozia-

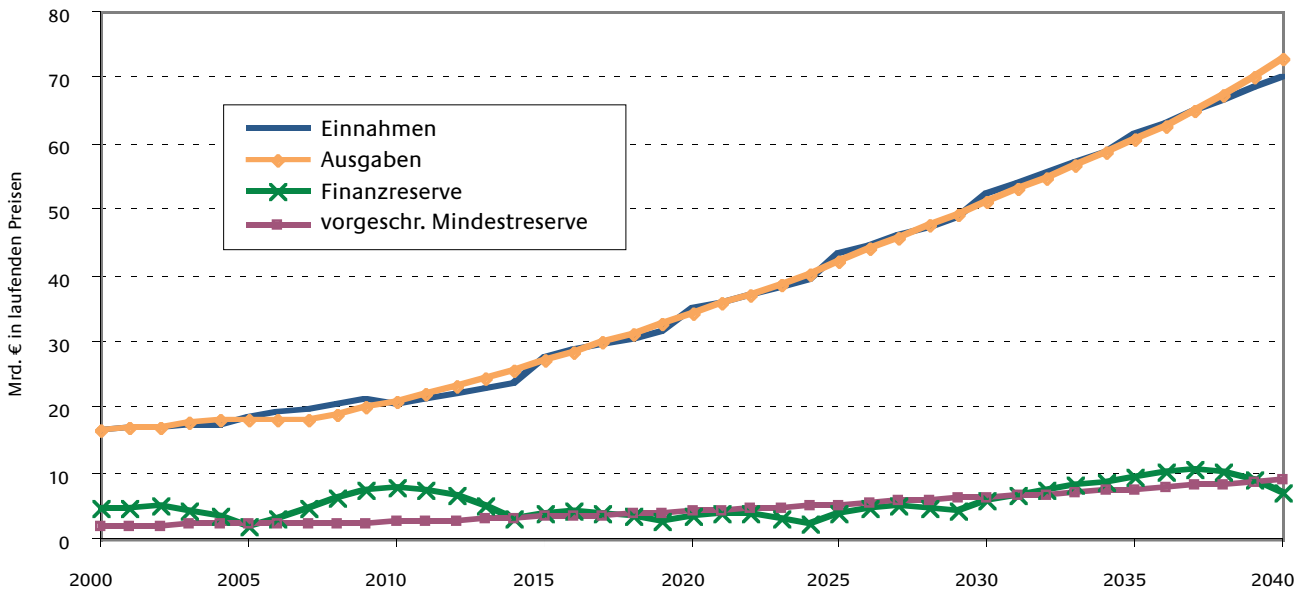
Abbildung 5-6: Finanzielle Belastung durch die Reform nach Geburtsjahrgängen von Standardrentnern



Quelle: Eigene Berechnungen

32 Die unterstellte Verzinsung beträgt 4 % nominal. Würde eine höhere Verzinsung erreicht, könnte die Steigerung des Ausgleichsbeitrags durch die zusätzliche Rente aus dem privaten Pflegekonto sogar überkompensiert werden.

Abbildung 5-7: Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung mit Reformmassnahmen



Quelle: Eigene Berechnungen

len Pflegeversicherung zwischen 2040 und 2060 noch weiter verschärfen dürfte, da die geburtenstarken Jahrgänge erst dann in die hohen Alter hineinwachsen. Da die Unsicherheiten von Prognosen zur Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, die eben auch von der wirtschaftlichen Entwicklung und der Entwicklung der Pflegefallwahrscheinlichkeiten abhängt, über das Jahr 2040 hinaus jedoch immer größer werden, sind belastbare Aussagen hierzu nur schwer möglich.

Ob sich das vorgelegte Konzept über das Jahr 2040 hinaus als tragfähig erweist, oder ob langfristig – in zehn bis zwanzig Jahren – Nachjustierungen erforderlich werden, kann aus heutiger Sicht nicht beurteilt werden. Gegebenenfalls notwendig werdende Nachjustierungen sind jedoch problemlos möglich. Der Anspruch an eine Reform, die nächsten 50 Jahre unverändert zu überdauern, wäre illusorisch, da die tatsächliche zukünftige Entwicklung nicht vorhersehbar ist.[33] Gleichwohl wird das vorgelegte Reformkonzept dem Anspruch gerecht, auf der Grundlage von realistischen Annahmen die nachhaltige Finanzierung generationengerecht über einen Zeitraum von mehr als 35 Jahren zu gewährleisten.

Fazit

Mit diesem Reformkonzept wird in der Sozialen Pflegeversicherung erstmals dem für den gesellschaftlichen Zusammenhalt wichtigen Prinzip der Gegenseitigkeit Rechnung getragen. Das Zusammenwirken von generativem Ausgleichsbeitrag der Älteren und Vorsorgebeitrag der Jüngeren gewährleistet, dass die Generationen in der Zukunft für die gleiche Absicherung des Pflegerisikos das Gleiche bezahlen.

Die ambitionierten Ziele des Reformvorhabens in der Pflegeversicherung – die fachpolitische Weiterentwicklung, die gleichmäßige Belastung aller Generationen, der Erhalt des realen Leistungsniveaus sowie die dauerhafte Stabilität des auf Lohneinkommen zu entrichtenden Beitragssatzes – werden durch dieses Gesamtkonzept erfüllt. Das Gesamtkonzept leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Nachhaltigkeit der Sozialen Sicherungssysteme.

33 Sollte z. B. die Fertilitätsrate – anders als angenommen – etwa aufgrund familienpolitischer Maßnahmen zukünftig ansteigen, könnte das vorgelegte Konzept elastisch an die langfristig damit verbundenen Mehreinnahmen angepasst werden. Gleiches gilt umgekehrt bei einer etwaigen höheren Lebenserwartung als unterstellt.

5.3.2 Verfassungsrechtliche Bewertung des Reformkonzepts des intergenerativen Lastenausgleichs

Das von der Kommission vorgelegte Reformkonzept des intergenerativen Lastenausgleichs betritt sozialrechtliches Neuland, indem es – zusätzlich zu dem allgemeinen Beitragssatz – einen einkommensabhängigen Ausgleichsbeitrag für Altersrentnerinnen und -rentner einführt. Es stellt sich somit die Frage nach der verfassungsrechtlichen Bewertung dieses für das vorgestellte Gesamtkonzept wesentlichen Reformbestandteils. Die Kommission geht davon aus, dass diesbezüglich keine schwer wiegenden verfassungsrechtlichen Bedenken bestehen, da die Einführung des Ausgleichsbeitrags sachlich gut begründbar ist.

Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Eine Ungleichbehandlung, wie sie in der Einführung eines zusätzlichen Beitrags nur für Ältere liegt, ist nur ohne einen den Verhältnismäßigkeitserfordernissen genügenden sachlichen Differenzierungsgrund verfassungswidrig. Der Gleichheitssatz will in erster Linie eine ungerechtfertigte Verschiedenbehandlung von Personen verhindern. Daher unterliegt der Gesetzgeber bei einer Ungleichbehandlung von Personengruppen regelmäßig einer strengen Bindung. Zwar kann er grundsätzlich frei entscheiden, welche Merkmale er als maßgebend für eine Gleich- oder Ungleichbehandlung ansieht, eine Grenze ist jedoch dann erreicht, wenn sich für eine Ungleichbehandlung kein in angemessenem Verhältnis zu dem Grad der Ungleichbehandlung stehender Rechtfertigungsgrund finden lässt.[34]

Die Kommission sieht einen sachlich hinreichenden Rechtfertigungsgrund für die Ungleichbehandlung der Versicherten über 65 Jahre darin, dass insbesondere die Rentnerinnen und Rentner in den Genuss der durch den Ausgleichsbeitrag finanzierten Dynamisierung der Pflegeleistungen kommen. Hinzu kommt, dass nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Sicherung der Funktions- und finanziellen Leistungsfähigkeit der Sozialen Pflichtversicherungssysteme sowie die Vermeidung eines höheren Beitragssatzes mit der Folge steigender Lohnzusatzkosten gewichtige Gemeinwohlbelange darstellen. Auch das Bestreben einer Entlastung der jüngeren Versichertengeneration ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.[35] Der Gesetzgeber muss im Bereich der Sozialversicherungssysteme aus Gründen des Allgemeinwohls Neuregelungen treffen können, die sich geänderten Erfordernissen anpassen. Das Bundesverfassungsgericht hat deshalb z. B. auch eine höhere Beitragsbelastung für freiwillig Versicherte gegenüber Pflichtversicherten als zulässig erachtet.

Fraglich ist, ob das Alter vor diesem Hintergrund ein sachlich gerechtfertigter Grund für einen höheren Beitrag in der Sozialen Pflegeversicherung sein kann. Aus Sicht der Kommission erscheint zunächst eine solche typisierende Regelung, wie sie grundsätzlich auch vom Bundesverfassungsgericht anerkannt wird, für gut vertretbar, da sich statistisch belegen lässt, dass sich das im Alter höhere Pflegerisiko bei den über 65-Jährigen weitaus häufiger realisiert, als bei den unter 65-Jährigen und Erstere weit überproportional Leistungen der Pflegeversicherung beanspruchen.[36]

Zu den Gründen des Allgemeinwohls zählt ohne Zweifel auch eine an der sozialen Schutzbedürftigkeit und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Betroffenen orientierte Verteilung der Beitragslasten. Im Rahmen der Abwägung der sich gegenüberstehenden Allgemeinwohlbelange ist sicherlich zu berücksichtigen, dass mit dem Ausgleichsbeitrag Elemente der privatversicherungstypischen risikoadäquaten Beitragsbelastung in die Sozialversicherung hineingetragen werden und ein solcher Beitrag dem bisherigen Umlageverfahren widerspricht. Für die Kommission ist

34 Vgl. BVerfGE 99, 165, 178; ständige Rechtsprechung.
35 BVerfG, 1 BvR 1660/96 vom 13.12.2002.
36 Siehe Kapitel 5.1.1.

aber entscheidend, dass Solidarität auf Gegenseitigkeit beruhen muss und nicht bedeuten kann, dass nur Jüngere Ältere unterstützen.

Bei den Belastungen der Generationen haben sich Verschiebungen ergeben, so dass nicht argumentiert werden kann, dass Rentnerinnen und Rentner durch den Ausgleichsbeitrag über Gebühr belastet würden. Die pauschale Aussage, Rentnerinnen und Rentner seien weniger leistungsfähig als Erwerbstätige, stimmt so nicht mehr: Bezogen auf den Durchschnitt aller Haushalte in Deutschland verfügen sie über 80 bis 90 % des Haushaltsnettoeinkommens[37] und sind damit heute i. d. R. weitaus leistungsfähiger als vor 30 Jahren. Die jüngeren Versicherten tragen dagegen bereits heute zunehmend höhere Lasten, die ohne entsprechende Reformmaßnahmen perspektivisch deutlich ansteigen würden (Alterspyramide, private Vorsorge, eingeschränkte Arbeitsmarktchancen aufgrund hoher Lohnzusatzkosten etc.). Überspitzt gesagt kann unter den sich wandelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ein gleicher Beitrag für ältere und jüngere Versicherte sogar eine „Ungleichbehandlung“ für die jüngeren Beitragszahlerinnen und -zahler darstellen, wobei sich dies aufgrund der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen Lasten noch über das Jahr 2040 hinaus fortsetzen wird. Das Kommissionsziel der nachhaltigen Finanzierung verpflichtet aber, genau hier tätig zu werden und den bestehenden Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der Unterbreitung von Reformmaßnahmen auszuschöpfen.

Dass das Bundesverfassungsgericht neuen Wegen zur Lösung der demografischen Probleme aufgeschlossen gegenüber steht, zeigt auch die – hinsichtlich ihrer konkreten Vorgabe nicht unumstrittene – Entscheidung zur Beitragsgerechtigkeit in der Pflegeversicherung bei Kinderbetreuung[38], wo eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Generationsproblematik erfolgt ist und das Gericht mit der Entlastung von Kindererziehenden neue Wege des Gesetzgebers gefordert hat.

In der Einführung eines zusätzlichen Ausgleichsbeitrags liegt eine so genannte unechte Rückwirkung, da zukunftsgerichtet in ein in der Vergangenheit entstandenes öffentlich-rechtliches Versicherungsverhältnis zum Nachteil der Versicherten eingegriffen wird. Nach dem rechtsstaatlichen Grundsatz des Vertrauensschutzes ist dies rechtmäßig, wenn das schutzwürdige Bestandsinteresse des Einzelnen gegenüber den gesetzlich verfolgten Gemeinwohlinteressen bei der gebotenen Interessenabwägung nicht überwiegt.[39] Gegen die oben genannten (Gemeinwohl)-Gesichtspunkte ist die Tatsache abzuwägen, dass die jetzigen Rentnerinnen und Rentner nur noch beschränkte Möglichkeiten haben, die aus dem Ausgleichsbeitrag resultierende finanzielle Belastung abzufedern. Unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes sieht die Kommission die Einführung des Ausgleichsbeitrags daher erst im Jahr 2010 vor. Bis dahin verbleiben zum einen für die von der neuen Regelung Betroffenen gewisse Dispositionsspielräume. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl der im Jahr 2010 pflegebedürftigen Personen bis dahin im Vergleich zu der dann erwerbstätigen Generation geringere Beitragszahlungen geleistet haben wird, so dass eine Einführung des Ausgleichsbeitrags im Jahr 2010 unter Vertrauensgesichtspunkten zum frühesten vertretbaren Zeitpunkt, aber unter demografischen Gesichtspunkten letztmöglichen Zeitpunkt, geboten erscheint.

Aus europarechtlicher Sicht ergeben sich keine Bedenken gegen den vorgesehenen Ausgleichsbeitrag für Altersrentnerinnen und -rentner. Die Ausgestaltung der Systeme der Sozialen Sicherheit fällt in die ausschließliche Kompetenz der einzelnen Mitgliedstaaten. Eine Harmonisierung der Sozialsysteme auf

37 Quelle: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998.
38 BVerfG, 1 BvR 1629/94 vom 03.04.2001.
39 Vgl. BVerfGE 103, 392, 403.

Gemeinschaftsebene existiert nicht. Im Hinblick auf die Vereinbarkeit mit dem gemeinsamen Markt rechtfertigt sich das bestehende Sozialversicherungsmonopol im Bereich der Pflegeversicherung mit dem Grundsatz der Solidarität[40], im Einzelnen dem Prinzip der Umverteilung, dem Generationenvertrag sowie damit, dass nur in einem staatlichen System eine Negativauslese wirksam ausgeschlossen werden kann. Die Pflegeversicherung nimmt damit eine rein soziale Aufgabe wahr und führt keine Tätigkeit im Sinne des Wettbewerbsrechts aus. Die Einführung des Ausgleichsbeitrags schmälert den sozialen Charakter der Pflegeversicherung in keiner Weise, da es sich bei der so reformierten Sozialen Pflegeversicherung weiterhin um ein solidarisches Umlageverfahren handelt, wenn auch in leicht modifizierter Form.

5.4 Abgelehnte Reformoptionen

Die Kommission hat sich ausführlich mit verschiedenen alternativen Reformoptionen im Bereich Pflegeversicherung auseinandergesetzt: der Einführung eines Bundespflegeleistungsgesetzes, welches bedarfsgerechte Leistungen nach Bedürftigkeit anstelle von Versicherungsleistungen vorsieht, mit der Zusammenlegung von Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung zur Eindämmung der Schnittstellenproblematik zwischen den beiden Versicherungszweigen sowie mit dem sofortigen bzw. auslaufenden Umstieg von der Sozialen Pflegeversicherung auf eine obligatorische private kapitalgedeckte Pflegeversicherung. Die Kommission hat jedoch die den Modellen anhaftenden Nachteile im Vergleich zum vorgelegten Reformvorschlag als so gravierend angesehen, dass sie die nachfolgend dargestellten Reformoptionen – die allesamt einen Systemwechsel bedeutet hätten – nicht empfehlen kann.

5.4.1 Einführung eines Bundespflegeleistungsgesetzes

Die Grundidee der Reformoption „Einführung eines Bundespflegeleistungsgesetzes“ besteht darin, die Soziale Pflegeversicherung durch eine bedarfs- und einkommensabhängige Finanzierung aller Pflegeleistungen aus Steuermitteln zu ersetzen. Es entfiele die lohnbezogene Beitragserhebung. Damit würde sowohl steigenden Einkommensdisparitäten als auch einer wachsenden Bedeutung von Vermögenseinkommen in Arbeitnehmerhaushalten Rechnung getragen. Die Aufwendungen für Pflegeleistungen wären von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen, sofern ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit unterhalb einer bestimmten Grenze liegt. In diesem Falle würden die Pflegeaufwendungen im Rahmen des Bundespflegeleistungsgesetzes vollumfänglich erstattet. Bei vorhandenem eigenen Einkommen und Vermögen oberhalb dieser Grenze fände das Bundespflegeleistungsgesetz keine Anwendung. Vermögenden würde zugemutet, sich privat gegen das Pflegerisiko zu versichern bzw. die Kosten bei Eintreten des Pflegefalls selbst zu tragen. Die Einkommensgrenze würde oberhalb des Durchschnittseinkommens festgelegt, so dass die Mehrzahl der Pflegebedürftigen in den Genuss der steuerfinanzierten Unterstützung käme. Die genaue Höhe der einzuführenden Freibeträge für Einkommen und Vermögen wäre anhand der zu erwartenden Verteilungswirkungen zu prüfen und festzulegen.

Eine sofortige Umstellung der Finanzierungszuständigkeit auf Steuermittel ist nicht zu empfehlen, da rund 16 Mrd. € zusätzlich vom Bund finanziert werden müssten. Stattdessen sollte die Beitragsfinanzierung allmählich abgeschmolzen und durch Steuergelder substituiert werden, wobei der derzeitige Sozialhilfeanteil der Städte und Landkreise beibehalten werden sollte. Eine solche „Interessenquote“ hätte den Vorteil, dass die kommunalen Kostenträger ein ausgeprägtes Eigeninteresse an einer kostensparenden pflegefreundlichen Infrastruktur hätten. Der heutige Leistungsumfang in der Sozialen

40 Vgl. EuGH vom 17.02.1993, Rs.C-159 und 160/91 (Poucet und Pistre), Slg. 1993, I-639, 667 ff; EuGH vom 22.01. 2002, Rs. C-218/00 (Cisal di Battistello Venanzio & C.Sas/INAIL), Slg. 2002, I-691.

Pflegeversicherung ist aufgrund der festgelegten Leistungspauschalen begrenzt. Die darüber hinaus gehenden Kosten sind von den Pflegebedürftigen oder – bei eng definierter – Bedürftigkeit durch die ergänzende Sozialhilfe zu tragen. Der Leistungskatalog des Bundespflegeleistungsgesetzes würde sich dagegen am tatsächlichen Bedarf des Pflegebedürftigen orientieren und nicht wie nach geltendem Recht eine „Teilkaskoabsicherung" sein. Das Leistungsniveau läge damit für den – weiter gefassten – Kreis der Bedürftigen deutlich über dem bisherigen Niveau der Pflegeversicherung wie auch der Sozialhilfe.

Dem Pflegeleistungsgesetz läge ein ganzheitlicher Pflegebegriff zugrunde, der auch den Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und an Aktivitäten zum Ausgleich von Kommunikationsbeeinträchtigungen in vollem Umfang erfassen und damit auch dem besonderen Bedarf geistig behinderter, psychisch kranker und altersdementer Menschen gerecht würde. Der derzeitige den Leistungskatalogen zu Grunde liegende Pflegebegriff beschränkt sich vor allem auf die Frage, ob ein Mensch noch in der Lage ist, selbst die Mahlzeiten zu sich zu nehmen, sich selbst zu waschen oder anzukleiden, und greift damit hinsichtlich einer bedarfsgerechten Entwicklung des Leistungsspektrums zu kurz.

Die Zuständigkeit für die Umsetzung des Bundespflegeleistungsgesetzes könnte nach diesem Konzept bei den Trägern der Sozialhilfe oder der Grundsicherung liegen, so dass die Pflegekassen aufgelöst und die Verwaltungskosten gesenkt werden könnten. Die örtlichen bzw. überörtlichen Träger der Sozialhilfe waren vor Einführung der Pflegeversicherung allein zuständig und haben auch heute noch eine Mitzuständigkeit aufgrund der Unterstützungsleistungen im Falle von Bedürftigkeit. Die Leistungen des Medizinischen Dienstes der Kassen, die im Rahmen der Pflegeversicherung erbracht werden, könnten auf Vertragsbasis abgesichert werden. Diese administrative Neuregelung wäre eine Konsequenz aus der Umsteuerung von einer Versicherung hin zu einem Leistungsgesetz. Sie würde den nachhaltigen Abbau des Verwaltungsaufwands ermöglichen, der mit der Einführung der Pflegeversicherung geschaffen wurde und der sich unter anderem aus der Doppelzuständigkeit von Pflegekassen und Sozialhilfeträgern ergibt.

Die Durchführungszuständigkeit der Kommunen für Sozialhilfe, Grundsicherung und Pflegegesetz würde eine ganzheitliche Altenpolitik ermöglichen und die Kompetenz der kommunalen Selbstverwaltung für die Daseinsvorsorge stärken. Dies könnte unter Umständen auch bedeuten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst Aufgaben der Prävention zu übertragen.

Schnittstellen gäbe es zur Krankenversicherung, zur Sozialhilfe und zur Altersgrundsicherung. Mindestens zwei dieser Schnittstellen (Sozialhilfe und Altersgrundsicherung) könnten einfacher als bisher gehandhabt werden, weil es sich jeweils um kommunale Ämter handelt. Die Schnittstellen zur Krankenversicherung müssten durch gesetzgeberische Klarstellungen (die auch bei Beibehaltung des Pflegeversicherungsgesetzes nötig sind) abgebaut werden. Die Durchführungszuständigkeit des Bundespflegeleistungsgesetzes bei den Sozialhilfeträgern in Kooperation mit den für die Grundsicherung verantwortlichen Kommunen würde wieder Leistungen aus einer Hand ermöglichen und einen wichtigen Beitrag zur Entbürokratisierung darstellen.

Eine weitgehende Variante dieses Ansatzes geht von abweichenden Voraussetzungen aus. Grundlage dieser weitergehenden Reformoption ist die Überzeugung, dass die finanzierungsseitige Orientierung allein am Status der Arbeitnehmerschaft sowohl die wachsende Bedeutung der Produktivitätsentwicklung für die gesamtgesellschaftliche Wertschöpfung aus-

blendet, als auch die Tatsache, dass neben den Arbeitsentgelten andere Einkunftsarten eine wachsende Bedeutung auch für abhängige Beschäftigte gewinnen. Die einkommensunabhängige Leistungsgewährung wird umso fragwürdiger, je weiter die Einkommens- und Vermögensdisparitäten in der Gesellschaft zunehmen.

Ein Bundespflegeleistungsgesetz in dieser Version würde unter drei unterschiedlichen Aspekten ein Systemwechsel sein:

- Die Pflegeleistungen werden bedarfsorientiert erbracht (Abkehr von Teilkaskoprinzip). Jede und jeder Pflegebedürftige erhält alle medizinisch und pflegerisch notwendigen Leistungen.

- Die Finanzierung der Leistungen erfolgt aus Steuermitteln (Abkehr vom Versicherungsprinzip).

- Der Leistungsanspruch ist einkommens- und vermögensorientiert (Abkehr vom Erbenschutzprinzip). Alle Bürgerinnen und Bürger mir Einkünften oberhalb einer festzulegenden Freigrenze haben keinen Anspruch auf Leistungen, Bürgerinnen und Bürger unterhalb der Freigrenze erhalten bedarfsorientiert steuerfinanzierte Pflegeleistungen.

Damit könnten die zwangsläufig steigenden Kosten einer umfassenden Absicherung der Pflegebedürftigkeit gleichmäßiger auf alle Steuerzahler verteilt werden.

Bewertung

Die Kommission spricht sich unter Berücksichtigung der nachfolgend genannten Gesichtspunkte für den Erhalt der Sozialen Pflegeversicherung aus.

Die Umsetzung des Bundespflegeleistungsgesetzes brächte – nach der Übergangsphase – dauerhafte und erhebliche jährliche Mehrausgaben in Höhe von ca. 16 Mrd. € mit sich, die aus Steuermitteln finanziert werden müssten. In diesen Ausgaben ist das geforderte erhöhte Leistungsspektrum des Bundespflegeleistungsgesetzes gegenüber der bisherigen „Teilkaskoabsicherung“ noch nicht berücksichtigt. Langfristig würden die Aufwendungen für Pflege aufgrund der Alterung der Gesellschaft noch erheblich über die genannte Summe hinaus ansteigen.

Wie hoch die Pflegeleistungen langfristig ausfallen würden und nach welchen Kriterien der Kreis der Bedürftigen abzugrenzen wäre, würde letztlich von der jeweiligen Kassenlage des Bundes abhängen. Hinsichtlich der Planungssicherheit würde sich die Situation der heute Jüngeren weitaus problematischer darstellen als in der Sozialen Pflegeversicherung, die eine Leistungsdynamisierung und damit den Erhalt des heutigen Leistungsniveaus vorsieht. Ferner dürfte der gut entwickelte Markt für Pflegeleistungen geschwächt werden.

Schließlich wäre die Abschaffung der Sozialen Pflegeversicherung zu Gunsten eines Bedürftigkeit voraussetzenden Bundespflegeleistungsgesetzes damit verbunden, dass die generelle Absicherung des Pflegerisikos aller Bürgerinnen und Bürger abgeschafft würde. Diese Absicherung war aber mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung zusammen mit einer Entlastung der Sozialhilfeträger vorrangig bezweckt und wird nach wie vor als wichtig angesehen.

5.4.2 Zusammenlegung von Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung

Die Kommission hat sich mit der Reformoption der Zusammenlegung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung befasst. Sie hat sich insbesondere unter dem Aspekt der finanziellen Nachhaltigkeit und der unterschiedlichen Ordnungsprinzipien für den Erhalt der Sozialen Pflegeversicherung als eigenständigen Versicherungszweig ausgesprochen. Eine Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung böte zwar die Möglichkeit, die unterschiedlichen Organisations- und Finanzierungszu-

ständigkeiten vollständig zu vereinheitlichen. Eine derartige Vereinheitlichung wird aber unter Abwägung der dafür und der dagegen sprechenden Argumente abgelehnt.

Argumente für eine Zusammenlegung von Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung

Als Argument für eine Integration der beiden Versicherungssysteme kann die Verbesserung der ökonomischen Anreizstrukturen durch Übertragung des Wettbewerbsprinzips auf die Pflegeversicherung sowie die Erhöhung der Effizienz der gesamten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung durch die Schaffung „integrierter Strukturen" angeführt werden. Leistungsanbietern wäre es – bei einer offeneren Gestaltung des Vertragsrechts – beispielsweise einfacher als bei getrennten Systemen möglich, eine patientenorientierte integrierte haus- oder fachärztliche Versorgung sowohl ambulant als auch stationär, unter Einschluss von Prävention, Rehabilitation und Pflege sowie weiteren nichtärztlichen Leistungen, in einem einheitlichen Organisationskonzept anzubieten.

Zu Gunsten der Zusammenführung von Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung wird auch das Argument genannt, dass durch die Leistungsgewährung aus einer Hand „Schnittstellenprobleme" zwischen den beiden Systemen besser abgebaut werden könnten. Zu nennen sind zum einen Abgrenzungsschwierigkeiten bei der häuslichen Grund- und Behandlungspflege (§ 37 SGB V). Die Krankenkassen zahlen diese Leistungen zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten oder zur Ergänzung der ärztlichen Behandlung, sofern niemand im Haushalt lebt, der die erkrankte Person im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Handelt es sich jedoch um einen pflegebedürftigen Patienten, fällt die Finanzierungszuständigkeit für die Grundpflege in den Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung, während die Behandlungspflege weiterhin von der Krankenversicherung getragen wird. Abgesehen davon, dass eine genaue Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege in der Praxis oft schwierig ist, bedeutet die unterschiedliche Zuständigkeit für die Grundpflege, dass diese im einen Fall über die Krankenversicherung als unbeschränkte Sachleistung gewährt wird, aber kein Pflegegeld für eine häusliche Pflegeperson zur Verfügung steht. Dagegen wird im anderen Fall über die Pflegeversicherung eine in der Höhe gedeckelte Sachleistung oder ein Pflegegeld geleistet.

Eine weitere „Schnittstelle" besteht im Hinblick auf die Durchführung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Pflegebedürftigkeit im fortgeschrittenen Alter kann insbesondere durch eine qualifizierte geriatrisch-rehabilitative Behandlung, wie aktivierende Therapiemaßnahmen der Krankengymnastik, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie, erfolgreich vermieden, vermindert oder zumindest hinausgezögert werden. Für die Durchführung und Finanzierung entsprechender Maßnahmen sind die Krankenkassen verantwortlich. Die Erfolge der Prävention und der Rehabilitationsmaßnahmen kommen bei der derzeitigen Aufgabenverteilung den Pflegekassen aber in wesentlich stärkerem Maße als den Krankenkassen zugute. Dies führt dazu, dass bei den wettbewerbsorientierten Krankenkassen zurzeit keine Anreize bestehen, sich aktiv um die Prävention und Rehabilitation – potentieller – Pflegebedürftiger zu bemühen, da dies mit Kosten, aber nicht mit Einsparungen bei den Krankenkassen verbunden ist.

Problematisch zu sehen ist ferner, dass bislang in der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege der besondere behandlungspflegerische Bedarf des Personenkreises der psychisch Kranken und Demenzkranken nicht berücksichtigt wird. Hierdurch werden die Be-

troffenen teilweise der stationären Pflege überantwortet, obwohl eine häusliche Versorgung möglich und sinnvoll wäre.

Bei der medizinischen Behandlungspflege im Heim wird sich zukünftig eine weitere Schnittstelle ergeben, da dann die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege – systematisch richtig – von den Krankenkassen getragen werden sollen und nicht wie bisher im Rahmen der begrenzten Leistungserbringung durch die Pflegekassen (siehe Kapitel 5.3.3).

Allerdings ist zu bedenken, dass die Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung die genannten „Schnittstellenprobleme" nicht per se vermeiden hilft. Es handelt sich nämlich um – auch bei einer Integration fortbestehende – Probleme bei der gesetzlichen Aufgabenbeschreibung und -wahrnehmung durch die Krankenkassen. Dies ist auf die Bedingungen des Kassenwettbewerbs und des Finanzdrucks zurückzuführen, der das Verhalten bei der Bewilligung von Leistungen mitbestimmt. Zu berücksichtigen ist auch, dass eine verstärkte Grundlagenforschung und Qualitätssicherung die Gefahr nicht zielführender Rehabilitationsmaßnahmen reduzieren und so die Bereitschaft der Krankenversicherung fördern können, sich stärker in diesem Bereich zu engagieren. Entsprechend müssten die Anreize der Krankenkassen zur Genehmigung von Rehabilitationsmaßnahmen durch konkrete Maßnahmen, z. B. durch eine konsequentere Rehabilitationsbedürftigkeits- und -fähigkeitsprüfung im Rahmen der MDK-Pflegebegutachtung sowie durch gezieltes Fall-Management, verstärkt werden.

Argumente gegen eine Zusammenlegung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung folgt als begrenzte Teilversicherung einem völlig anderen Ordnungsprinzip als die Gesetzliche Krankenversicherung, die eine Vollversicherung darstellt. Weitere Unterschiede bestehen in der Ausgestaltung der Beitragssätze und der Leistungserbringung sowie in der wettbewerblichen Ausgestaltung beider Versicherungszweige. Eine Zusammenlegung dürfte dazu führen, dass die Ordnungsprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die integrierten Pflegeleistungen übertragen werden, wobei die „Belange" der „großen" Krankenversicherung diejenigen der „kleinen" Pflegeversicherung teilweise überlagern könnten. Durch die Integration beider Systeme könnte sich zudem ein Reformstau ergeben, weil beide Bereiche mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen nicht mehr im heutigen Maß gesondert voneinander „handhabbar" wären.

- Die Aufnahme der gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung würde dort einen Fremdkörper darstellen, da die Krankenversicherung weitestgehend ungedeckelte bedarfsgerechte Leistungen vorsieht. Hierdurch würden neue gravierende „Schnittstellenprobleme" geschaffen, die ggf. einen erheblichen Druck hinsichtlich der Einführung ungedeckelter Pflegeleistungen aufbauen würden. Die damit langfristig nicht auszuschließende Aufhebung des Teilversicherungscharakters der Sozialen Pflegeversicherung zu Gunsten einer Ausdehnung der Versicherungsleistungen hätte aber erhebliche Mehrkosten zur Folge und wird von der Kommission strikt abgelehnt. Dieser Effekt würde zu massiven Beitragssatzsteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit zu einer starken Erhöhung der Lohnzusatzkosten führen.

- Die Aufnahme der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung birgt aber auch umgekehrt die Gefahr weiterer Forderungen nach Leistungsausweitungen in der Krankenversicherung. So wäre es z. B. unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten schwieriger zu rechtfertigen, dass pflegende Angehörige, die die Grundpflege vornehmen, Pflegegeld erhalten, während pflegende Angehörige, die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in zeitlich gleichem Umfang erbringen, kein Pflegegeld erhalten können.

- Bei einer „Integrationslösung“ wären Prioritätenstreitigkeiten zwischen Pflege- und Krankenversicherung in Abhängigkeit von der Finanzlage in einer einheitlichen Versicherung nicht auszuschließen.

- Es wäre zu befürchten, dass die Finanzreserve der Sozialen Pflegeversicherung zu Gunsten eines vorübergehenden beitragssatzentlastenden Einmaleffekts in der Gesetzlichen Krankenversicherung verzehrt würde und damit nicht mehr ihrem eigentlichen Verwendungszweck zugute käme.

- In der Sozialen Pflegeversicherung könnten die finanziellen Belastungen aufgrund der demografischen Entwicklung relativ stärker steigen als in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bei einer Integration der Versicherungszweige käme es zu zusätzlichen pflegebedingten Beitragssatzbelastungen und letztlich zu einer Verlagerung der langfristig zu erwartenden Finanzierungsprobleme der Sozialen Pflegeversicherung auf die Krankenversicherung. Aktuelle Reformvorhaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Entlastung der Beitragssätze und der Lohnzusatzkosten würden erschwert.

- Eine Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung würde rechtliche und administrative Anpassungen notwendig machen, die mit erheblichen Kosten verbunden wären, ohne im Einzelnen zu einer signifikanten Verringerung des weiterhin bestehenden Verwaltungsaufwands zu führen.

Wegen der mit einer Zusammenführung der Pflege- und der Krankenversicherung verbundenen negativen Auswirkungen sollten die vorhandenen Effizienzreserven innerhalb der jeweiligen Systeme gesondert ausgeschöpft werden. Die Bewältigung der „Schnittstellenproblematik“ bedarf zudem keiner Zusammenlegung der Pflege- und Krankenversicherung, da auch unter Beibehaltung getrennter Versicherungszweige die bestehenden „Schnittstellenbereiche“ besser aufeinander abgestimmt werden können, indem klarere gesetzliche Aufgabenbeschreibungen erfolgen. Die spezifischen Anreizstrukturen beider Versicherungszweige zur Verbesserung der Versorgungseffizienz sollten unter Zurückstellung von Partikularinteressen ausgebaut werden. Ferner bietet sich in der Sozialen Pflegeversicherung einfacher als in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit, kapitalgedeckte Finanzierungselemente einzuführen, wie dies durch das von der Kommission befürwortete Konzept des intergenerativen Lastenausgleichs auch geschieht (siehe Kapitel 5.4).

5.4.3 Systemwechsel zur privaten kapitalgedeckten Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung steht als umlagefinanziertes Sicherungssystem aufgrund der Bevölkerungsalterung insbesondere bei einer Leistungsdynamisierung langfristig vor gravierenden Finanzierungsproblemen.

Zur Gewährleistung des realen Leistungsniveaus ist unter den demografischen und ökonomischen Annahmen der Kommission ein Anstieg des Beitragssatzes zur Sozialen Pflegeversicherung auf 3 % bis zum Jahr 2040 erforderlich.[41] Allerdings werden sich die für die Pflegeversicherung relevanten demografischen Veränderungen noch über das Jahr 2050 hinaus beitragssatzsteigernd auswirken, da die Anzahl der mit einem hohen Pflegefallrisiko behafteten Altersgruppe der über 80-Jährigen auch dann noch anwachsen wird. Vor diesem Hintergrund wurden in der Kommission auch Modelle für einen Übergang von der umlagefinanzierten Pflegeversicherung zu einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung diskutiert, da auf diesem Wege eine von der demografischen Entwicklung unabhängigere Finanzierung der Pflegeversicherung gewährleistet werden könnte. Der Übergang von einem umlagefinanzierten auf ein kapitalgedecktes

41 Siehe Kapitel 5.1.2.

Sicherungssystem ist aber immer notwendigerweise mit einer zweifachen Belastung der Beitragszahlergeneration, zu deren Lebzeiten der Umstieg stattfindet, verbunden, da in der Übergangsphase neben den laufenden Ausgaben für die Pflegeleistungen auch der notwendige Kapitalstock für die Altersrückstellungen aufgebaut werden muss.

Die Kommission hat in diesem Kontext zwei Modelle für den Übergang zur Kapitaldeckung analysiert:

- das Modell eines sofortigen Umstiegs zur privaten kapitalgedeckten Pflegeversicherung und
- das Auslaufmodell der Sozialen Pflegeversicherung.

Umstieg zur privaten kapitalgedeckten Pflegeversicherung im Jahr 2005

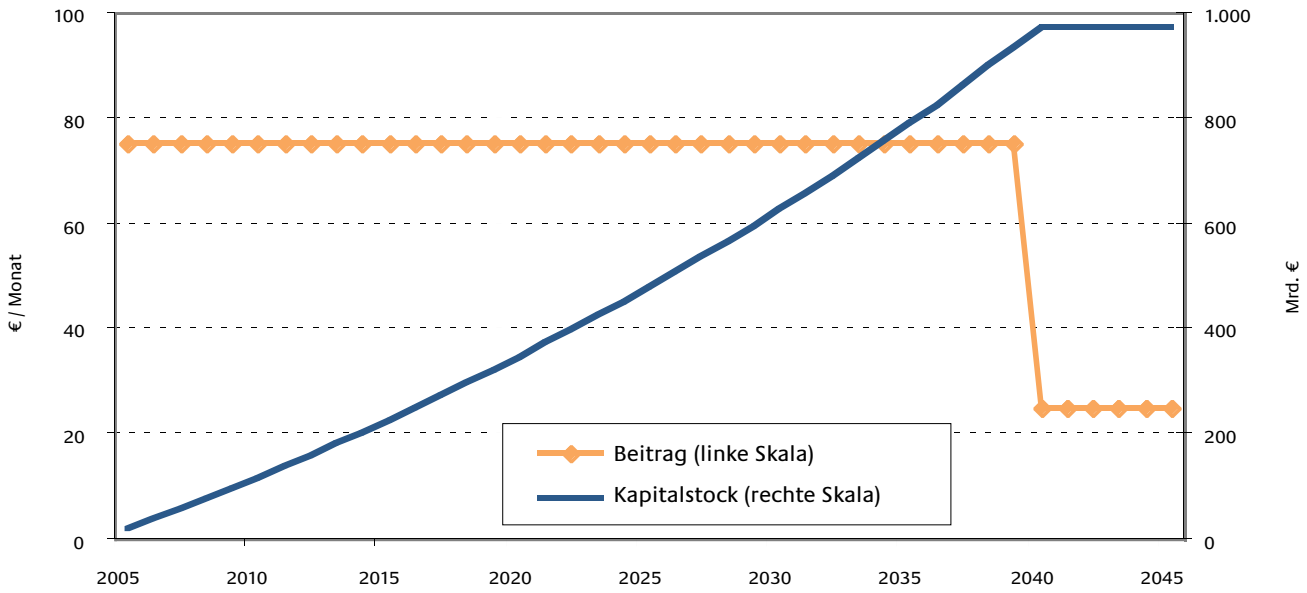
Der Grundgedanke des Modells des Umstiegs zur privaten kapitalgedeckten Pflegeversicherung besteht darin, dass die Soziale Pflegeversicherung im Jahr 2005 gänzlich abgeschafft und durch eine obligatorische private Pflegeversicherung ersetzt wird. Die privaten Versicherer würden unmittelbar sämtliche Leistungen für Pflegebedürftige übernehmen. Diese Leistungen wären bis zum Ende der Übergangsphase im Jahr 2040 weiterhin im Umlageverfahren über einkommensabhängige Beiträge zu finanzieren. Gleichzeitig wäre in dieser Übergangsphase ein erheblicher Kapitalstock für individuelle Alterungsrückstellungen aufzubauen, so dass der Umstieg auf ein vollständig kapitalgedecktes Versicherungssystem erst im Jahr 2040 abgeschlossen werden könnte.

Im Falle des unverzüglichen Übergangs zur Kapitaldeckung müssten die Versicherer im Umstellungsjahr altersspezifische Prämien erheben. Da jedoch das Pflegefallrisiko mit zunehmendem Alter stark ansteigt, wäre in diesem Fall die Prämienbelastung für die Älteren außerordentlich hoch, da ihnen keine Zeit verbliebe, die zur Glättung des Prämienverlaufs über das Leben hinweg erforderlichen Alterungsrücklagen anzusparen.

Um neben der Finanzierung der laufenden Pflegeleistungen den für die Altersrückstellungen benötigten Kapitalstock aufbauen zu können, müssten die Beiträge während der für die Jahre 2005-2040 angenommenen Übergangsphase wie folgt angehoben werden:

- Der allgemeine, paritätisch finanzierte Beitragssatz würde ab dem Jahr 2005 von der-

Abbildung 5-8: Beitrag zur Pflegeversicherung bei Durchschnittsverdienst und Aufbau des Kapitalstocks für Altersrückstellungen



Quelle: Eigene Berechnungen.

zeit 1,7 % auf 3 % des versicherungspflichtigen Einkommens angehoben. Dieser Beitragssatz bliebe bis zum Jahr 2040 konstant.

- Zusätzlich zu der allgemeinen Beitragssatzerhöhung müsste ein Ausgleichsbeitrag für Altersrentnerinnen und -rentner in Höhe von pauschal 20 € pro Monat erhoben werden.

Insgesamt würden die finanziellen Belastungen in der Übergangsphase damit für alle Versicherten um 1,3 Prozentpunkte des versicherungspflichtigen Einkommens und für Rentnerinnen und Rentner darüber hinaus um 20 € pro Monat ansteigen. Im Jahr 2040, wenn die Übergangsphase abgeschlossen und das erforderliche Deckungskapital aufgebaut wäre, könnte die Beitragserhebung zur privaten Pflegeversicherung auf altersunabhängige Prämien umgestellt werden (siehe Abbildung 5-8).

Im Anschluss an die Übergangsphase würden sich die Prämien für die obligatorische private Pflegeversicherung unabhängig vom Alter – ausgedrückt in heutigen Preisen – auf 20-30 € pro Monat belaufen. Allerdings müssten alle volljährigen Bürgerinnen und Bürger diese Prämien zahlen. Eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen oder Prämienreduktionen für Einkommensschwache ist nicht vorgesehen. Hierfür käme nur eine Finanzierung aus Steuermitteln in Frage. Die Größenordnung der benötigten Steuerzuschüsse kann nach jetzigem Kenntnisstand nicht beziffert werden.

In diesem Umstiegsszenario hätten alle Beitragszahlerinnen und -zahler während des Zeitraums von 2005 bis 2040 eine zweifache Belastung zu tragen. Entsprechend hoch wäre die Belastung für diese Jahrgänge, während die darauf folgenden Kohorten unveränderte Leistungen zu deutlich günstigeren Konditionen erhalten würden.

Auslaufmodell Soziale Pflegeversicherung

Die Grundidee dieser Option besteht in einem Auslaufen der Sozialen Pflegeversicherung durch ein Ausscheiden all derjenigen Versicherten, die im Jahr 2005 unterhalb der Altersgrenze von 60 Jahren liegen. Die unter 60-Jährigen hätten keinerlei Anspruch mehr auf Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung, stattdessen würde für sie eine obligatorische private Pflegeversicherung eingeführt. Alle anderen Personen (die über 60-Jährigen) behielten ihren Anspruch auf Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (Vertrauensschutz).[42]

Auch in dieser Umstiegsvariante steigen die finanziellen Belastungen für die heute lebenden Kohorten erheblich an. Die Pflegeleistungen für die über 60-Jährigen müssten vollständig weiter finanziert werden, bis diese Generation versterben würde, während für die unter 60-Jährigen zur Sozialen Pflegeversicherung zusätzlich erhebliche Aufwendungen zur Bildung der erforderlichen Altersrückstellungen innerhalb der privaten Pflegeversicherung aufzubringenwären.

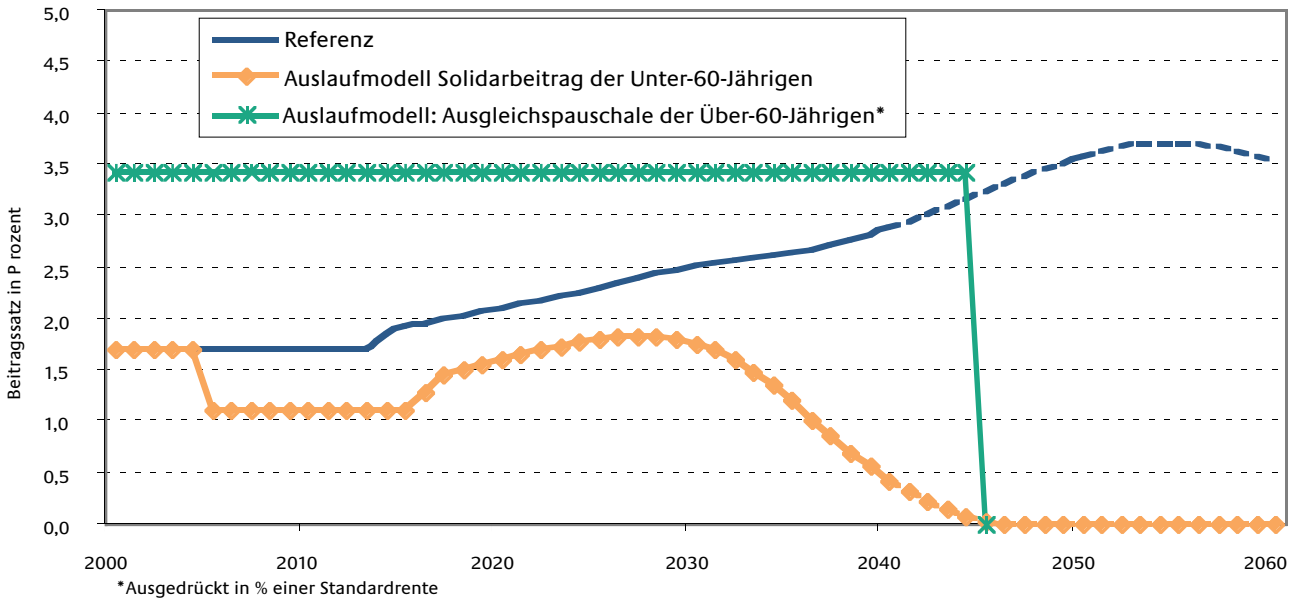
Die Finanzierung der noch von der Sozialen Pflegeversicherung zu tragenden Pflegeleistungen sähe wie folgt aus:

- Die im Jahr 2005 über 60-Jährigen, die ein vergleichsweise hohes Pflegerisiko aufweisen, hätten aus eigenen Mitteln bis an ihr Lebensende eine nicht mehr paritätisch finanzierte Ausgleichspauschale von 40 € pro Monat zu entrichten.

- Da diese Prämie nicht ausreichen würde, um die Ausgaben abzudecken, müssten die im Jahr 2005 unter 60-Jährigen zusätzlich einen einkommensabhängigen Beitrag (Solidarbeitrag) zur Finanzierung des Fehlbetrags in den jährlich laufenden Ausgaben der Älteren ent-

42 Die exakte Bestimmung der Ausscheidegrenze oder eines Ausscheidefensters von einigen Jahrgängen würde dabei nach Maßgabe des bereits bestehenden Bestands- und Vertrauensschutzes erfolgen. Die bisherigen Einzahlungen könnten mit langfristigen Schuldverschreibungen (Fristigkeit: z. B. 75 minus Lebensalter) bedient, als explizite Staatsschuld sichtbar gemacht und zugleich abgegolten werden. Eine solche Maßnahme wäre sinnvoll, um den verfassungsrechtlich geschützten Eigentumsschutz zu gewährleisten. Ebenfalls wünschenswert und steuerrechtlich angezeigt wäre es, die privaten Versicherungsprämien als Sonderausgaben von der Bemessungsgrundlage der Einkommensteuer abzugsfähig zu machen. Die unten aufgeführten Berechnungen verzichten trotz möglicher verfassungsrechtlicher Bedenken auf die Einbeziehung dieser beiden Maßnahmen. Diese wären mit erheblichen finanziellen Belastungen für den Staatshaushalt verbunden.

Abbildung 5-9: Beitragssatzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung im Auslaufmodell



Quelle: Eigene Berechnung

richten. Der Beitragssatz in der auslaufenden Sozialen Pflegeversicherung, der zunächst auf 1,1 % abgesenkt und im späteren Verlauf auf über 1,8 % ansteigen würde, könnte in etwa bis zum Jahr 2045 auf null reduziert werden (siehe Abbildung 5-9 nächste Seite).

- Neben dem Solidarbeitrag, aus dem keinerlei Ansprüche gegenüber der Sozialen Pflegeversicherung resultieren würden, müssten die im Jahr 2005 unter 60-Jährigen in der privaten Pflegeversicherung Prämien in Höhe von etwa 50 € pro Monat entrichten.[43]

Etwa bis zum Jahr 2045 wäre der Übergang zur privaten kapitalgedeckten Pflegeversicherung abgeschlossen. Der Solidarbeitrag müsste nicht mehr erhoben werden und die Versicherungsprämien könnten altersunabhängig auf 20-30 € pro Monat (ausgedrückt in heutigen Preisen) reduziert werden. Im Ergebnis würde somit vor den Jahren mit der höchsten demografisch bedingten Anspannung – aufgrund der starken Zunahme der über 80-Jährigen – für die Pflegeversicherung nur noch eine private kapitalgedeckte Pflegepflichtversicherung bestehen.

Bewertung

Durch die Option des sofortigen Umstiegs zur kapitalgedeckten privaten Pflegeversicherung und durch das Auslaufmodell der Sozialen Pflegeversicherung würde längerfristig der Übergang von der umlagefinanzierten Sozialen Pflegeversicherung zu einer vollständig kapitalgedeckten privaten Pflegeversicherung erreicht. In der langen Frist würde dadurch die Finanzierung auf eine Basis gestellt, die unabhängiger von demografischen Veränderungen wäre.

Allerdings wäre mit dem Umstieg eine erhebliche zweifache Belastung der heute lebenden Jahrgänge verbunden, da neben den laufenden Pflegeleistungen erhebliche finanzielle Mittel für den Aufbau der Altersrückstellungen aufgebracht werden müssten.

Selbst in der „sanfteren“ Umstiegsvariante, dem Auslaufmodell Soziale Pflegeversicherung, würden sich die folgenden erheblichen Belastungen ergeben:

- Für die unter 60-Jährigen würde sich die Belastung deutlich erhöhen. Ein Durch-

43 Um hinreichende Altersrückstellungen aufbauen zu können, müssten 20-Jährige einen Beitrag in Höhe von ca. 20-30 € pro Monat an die private Pflegeversicherung abführen. Mit zunehmenden Eintrittsalter würde die Beitragsbelastung exponentiell ansteigen, da die Altersrückstellungen in einem kürzeren Zeitraum aufgebaut werden müssten. Beispielsweise würde sich der monatliche Beitrag von 59-Jährigen auf mehr als 100 € belaufen. Um derartig gravierende Unterschiede der Beitragshöhen nach Alter zu vermeiden, könnten diese innerhalb der privaten Pflegeversicherung weitgehend vereinheitlicht werden, indem die Beiträge für Jüngere entsprechend höher angesetzt würden. Der zunächst notwendige einheitliche Monatsbeitrag in Höhe von ca. 50 € (Schätzung) könnte bis etwa zum Jahr 2040 auf 20-30 € pro Monat zurückgeführt werden. Sollten die bisherigen Einzahlungen der unter 60-Jährigen zur Sozialen Pflegeversicherung als Altersrückstellung in die private Pflegeversicherung überführt werden, könnte der Beitrag deutlich niedriger ausfallen. Da dieser Kapitalstock jedoch nicht vorhanden ist, müsste er zunächst aus Steuermitteln oder über eine explizite Schuldaufnahme generiert werden. Damit wären erhebliche Belastungen für den Staatshaushalt verbunden.

schnittsverdiener leistet gegenwärtig einen Beitrag in Höhe von rund 21 € pro Monat, der bis zum Jahr 2040 unter Status quo-Bedingungen auf fast 40 € pro Monat ansteigen würde. Der Beitrag an die Soziale Pflegeversicherung würde zwar im Auslaufmodell zwischenzeitlich auf 1,1 % absinken, es müssten also nur noch gut 13 € durchschnittlich pro Monat abgeführt werden. Hinzu käme jedoch der Beitrag an die private Pflegeversicherung in Höhe von ca. 50 € pro Monat. Insgesamt beliefe sich die Belastung damit auf ca. 63 € pro Monat.

- Die Belastungen der über 60-Jährigen würden sich gegenüber heute im Durchschnitt drastisch erhöhen. Gegenwärtig zahlt beispielsweise ein Standardrentner rund 10 € pro Monat aus eigenen Mitteln an die Pflegeversicherung; nach diesem Modell wären es jedoch 40 € pro Monat.[44]

Durch das von der Kommission vorgeschlagene Reformkonzept des intergenerativen Lastenausgleichs werden die bestehenden Belastungsverschiebungen auf künftige Generationen aufgehoben, ohne dass so gravierende Belastungen für eine Generation in Kauf genommen werden müssten wie bei einem Umstieg zur kapitalgedeckten privaten Pflegeversicherung.

Die Kommission hat sich auch deshalb für das Reformkonzept des intergenerativen Lastenausgleichs entschieden, da hiermit kein radikaler Systemwechsel verbunden ist, sondern die erforderlichen Reformen systemimmanent mittels einer Ergänzung des Umlageverfahrens um Komponenten der Kapitaldeckung erfolgen können. Aufgrund des Systemerhalts entfällt die einseitige Belastung der Übergangsgeneration; zudem fällt die zukünftige Mehrbelastung insgesamt moderater aus. Durch die Einführung des Ausgleichsbeitrags kommt es darüber hinaus zu einer gleichmäßigen Belastung der Generationen. Gleichwohl werden die Erwerbstätigen entlastet, ihre lohnabhängigen Beiträge gesenkt und im Ergebnis ihre Beschäftigungschancen verbessert.

Da ferner auch das Kapitaldeckungsverfahren – neben dem im Vergleich zur Lohnentwicklung volatileren Geschehen an den Kapitalmärkten – nicht unabhängig von der demografischen Entwicklung ist, hält die Kommission in der Pflegeversicherung einen Finanzierungsmix aus Umlage- und Kapitaldeckungselementen für erstrebenswert, wie er durch das Reformkonzept des intergenerativen Lastenausgleichs gewährleistet wird.

Schließlich verbleibt der Politik im Reformkonzept des intergenerativen Lastenausgleichs ein vergleichsweise größerer Handlungsspielraum, um auf unvorhersehbare demografische oder ökonomische Entwicklungen reagieren zu können. Je nach Bedarf und Möglichkeit ist dieses Modell flexibel genug, um die Belastungsverteilung in der Zukunft, z. B. durch eine Prolongation des Vorsorgesparens, neu zu justieren.

5.5 Minderheitenvoten

1. Minderheitenvotum zur finanziellen Angleichung der ambulanten und stationären Pflegeleistungen (Kap. 5.2.3)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Frank Nullmeier, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel können den Vorschlag der Kommission, wonach in der Pflegestufe I die Leistungen für die ambulante und die stationäre Hilfe auf 400 € begrenzt werden sollen, nicht mittragen. Bisher werden entweder 205 € Pflegegeld oder bis 384 € häusliche Pflegehilfe im ambulanten Bereich gewährt. Der Satz für vollstationäre Pflege liegt zurzeit

44 Grundsätzlich sind höhere Beiträge für die jetzige und die zukünftigen Altengenerationen mit dem Argument zu rechtfertigen, dass die von ihnen erbrachten Beiträge nicht ausreichen, um die aufgrund ihrer zunehmenden Lebenserwartung steigenden Pflegekosten zu decken. Die steigenden Pflegekosten sollten sich aber beitragsseitig niederschlagen, um eine gleichmäßige Belastung für die Generationen zu gewährleisten. Die im Modell vorgesehene erhebliche Mehrbelastung geht aber über die notwendige stärkere Heranziehung zur Kostentragung dieser Personengruppe hinaus.

aber bei 1.023 €. Die Egalisierung der Leistungshöhe bedeutet hier also eine Absenkung auf unter 40 % des heutigen Satzes für stationäre Leistungen. Dadurch entstünde eine zu große Lücke zu den tatsächlichen Kosten. Nach Auffassung der oben genannten Kommissionsmitglieder droht somit erneut eine Entwicklung, dass eine sehr große Zahl von Menschen allein wegen des Eintritts von erheblicher Pflegebedürftigkeit von der Sozialhilfe abhängig wird. Gerechnet wird durch diese Maßnahmen mit Einsparungen von bis zu 2 Mrd. €. Dies stand zweifellos im Mittelpunkt der Überlegungen der Kommissionsmehrheit. Das Ziel der Korrektur falscher Anreize diente als Rechtfertigung für Leistungskürzungen. Zudem muss berücksichtigt werden, dass in der Pflegestufe I die Zahl der Leistungsbezieherinnen und -bezieher in beiden Versorgungsbereichen zugenommen hat und dass in vielen Fällen eine häusliche pflegerische Versorgung objektiv – also auch ohne falsche Anreize – unmöglich ist.

2. Minderheitenvotum zur finanziellen Angleichung der ambulanten und stationären Pflegeleistungen (Kap. 5.2.3)

Ein Kommissionsmitglied, Rosemarie Wilcken, widerspricht der Empfehlung, die ambulanten und stationären Leistungen in den Pflegestufen I und II auf einem Niveau unterhalb der heutigen Leistungspauschalen im stationären Bereich zu egalisieren.

Die mit der Egalisierung der ambulanten und stationären Leistungen in den Pflegestufen I und II verbundene Absenkung der Leistungen im stationären Bereich würde eine Vielzahl von Selbstzahlern zu Sozialhilfeempfängern machen. Mit der Absenkung der Leistungen im stationären Bereich würde auch das Ziel der Pflegeversicherung, Sozialhilfebedürftigkeit im Pflegefall zu vermeiden, noch weiter verfehlt. Die Sozialhilfe ist als unterstes Netz der Sozialsysteme nicht zur Sicherung von Massenrisiken vorgesehen. Den Kommunen würden hierfür die finanziellen Mittel fehlen.
Durch die von der Kommission vorgeschlagene finanzielle Gleichstellung werden Einsparungen bei der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von rund 2 Mrd. € realisiert, denen – bei einer unterstellten unveränderten Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen – Mehrbelastungen auf Seiten der Pflegebedürftigen und damit zu einem erheblichen Teil auch auf Seiten der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger gegenüberstehen.

3. Minderheitenvotum zum intergenerativen Lastenausgleich (Kap. 5.3)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel können den Vorschlag, Rentnerinnen und Rentnern zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz einen rentenabhängigen generativen Ausgleichsbeitrag aufzuerlegen, nicht mittragen.

Zum einen wird dadurch die paritätische Finanzierung der Beiträge zur Pflegeversicherung stark geschwächt. Im Gegenzug käme es zu einer spürbaren Mehrbelastung für Rentnerinnen und Rentner. Betrachtet man alle vorgeschlagenen und bereits vollzogenen Belastungen für die ältere Generation, droht sogar eine Überlastung der Betroffenen.

Die genannten Kommissionsmitglieder sehen zwar, dass es bei der Pflegeversicherung am wenigsten zwingend ist, die Beitragsanbindung an die Löhne und Renten beizubehalten. Schließlich ist in der Pflegeversicherung mit der Versicherungspflicht für alle Erwerbstätigen – einschließlich der Selbständigen – bereits eine Abkoppelung der Beitragspflicht von abhängiger Beschäftigung erfolgt. Alternative Konzeptionen sollten allerdings mit Blick auf die anderen Sicherungssysteme geprüft werden: Die Diskussion, ob die Verbreiterung der Finanzierungsbasis der Sozialen Sicherungssysteme im Sinn einer Erwerbstätigenversicherung eine sinnvolle und stabilisierende Weiterentwicklung darstellen kann, muss die Soziale Pflegeversicherung miteinbeziehen.

4. Minderheitenvotum zur Steuerfinanzierung von Rentenversicherungsbeiträgen für nicht erwerbsmässig pflegende Angehörige (Kap. 5.2.3)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel halten die Entscheidung der Kommission, eine Steuerfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Familienangehörige abzulehnen, für falsch. Die Begründung, es handele sich bei der Anerkennung dieser Pflegezeiten nicht um eine „versicherungsfremde Leistung", da diese Leistung indirekt den Pflegebedürftigen zugute käme, ist nicht schlüssig. Daneben wird davor gewarnt, sich von Bundesmitteln abhängig zu machen, die später eingeschränkt oder abgeschafft werden könnten.

Diese Argumentation halten die oben genannten Kommissionsmitglieder für nicht stichhaltig. Zum einen geht es um einen Betrag in Höhe von höchstens 1 Mrd. € (Stand: 2002). An anderer Stelle, bei der Finanzierung des Sozialausgleichs im Kopfprämienmodell, würden zusätzliche Steuermittel in Höhe von 4 bis 10 Mrd. € beansprucht.

Zum anderen ist in der Gesetzlichen Rentenversicherung mit der Zahlung von Beiträgen durch den Bund für Kindererziehungszeiten bereits ein systemgerechter Weg für die Finanzierung familienpolitischer Leistungen eingeschlagen worden. Die daraus resultierenden Rentenleistungen kommen dem Versicherten nicht nur indirekt, sondern sogar direkt zugute. Trotzdem sind sie über Steuern zu finanzieren, da es sich dabei um eine familienpolitische und damit gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Auch bei der Zahlung von Beiträgen zur Rentenversicherung für Pflegezeiten geht es um die Anerkennung von Leistungen, die gegenüber hilfsbedürftigen Familienmitgliedern erbracht werden. Somit ist die Beitragszahlung für pflegende Angehörige als familienpolitisch motivierte Regelung zu betrachten. Sie sollte nicht von der Pflegeversicherung, sondern vom Bund und damit über Steuern finanziert werden.

5. Minderheitenvotum zur abgelehnten Reformoption „Auslaufmodell Soziale Pflegeversicherung" (Kap. 5.4.3)

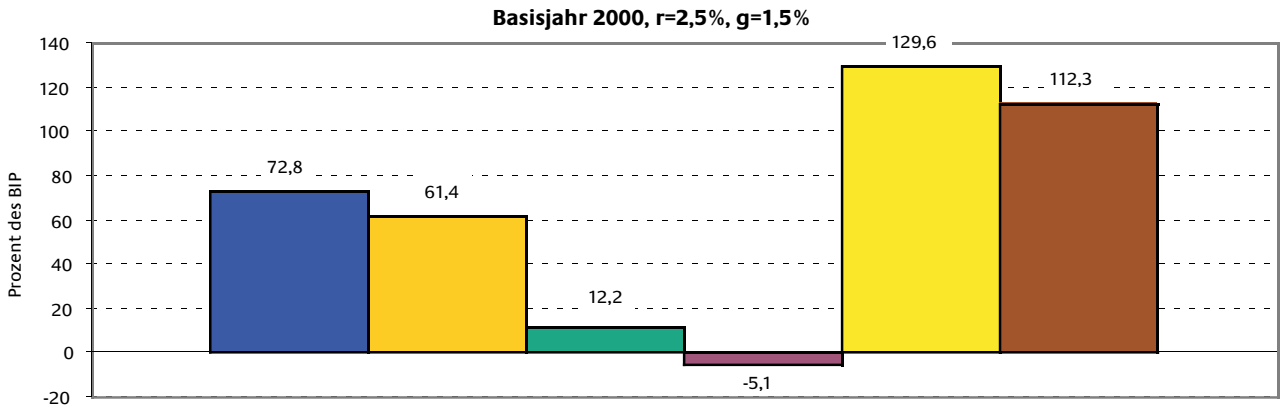
Die Kommissionsmitglieder Claus-Michael Dill, Dominique Döttling und Bernd Raffelhüschen können sich aufgrund ihrer deutlich abweichenden Problemeinschätzung hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung im Pflegebereich nicht dem Mehrheitsvotum der Kommission anschließen. Die von der Kommission verabschiedeten Maßnahmen sind unzureichend und basieren auf einer unrealistischen Einschätzung der Gegebenheiten in der Sozialen Pflegeversicherung.

Die Kritik an dem von der Kommission vorgelegten Gesamtkonzept zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung bezieht sich im Wesentlichen auf die zu Grunde gelegten Annahmen und dabei insbesondere auf die vorgeschlagene Dynamisierung der Leistungsausgaben. Zur Präzisierung der Kritik wird auf die Generationenbilanz zurückgegriffen, welche sämtliche Pflegeleistungen an alle heute und in Zukunft lebenden Generationen abzüglich der von ihnen gezahlten Beiträge berechnet. Ist die Differenz positiv, so besteht eine Nachhaltigkeitslücke (NHL), die illustriert, welche Reserven fehlen, wenn alle zukünftigen Generationen das gegenwärtige Leistungsniveau der Sozialen Pflegeversicherung erhalten sollen. Im Folgenden soll verdeutlicht werden, inwiefern die Reduktion der Nachhaltigkeitslücke auf die Setzung spezifischer Annahmen bzw. auf konkrete Politikmaßnahmen zurückzuführen ist (Abbildung). Die Generationenbilanz der Sozialen Pflegeversicherung, welche sämtliche Pflegeleistungen an alle heute und in Zukunft lebenden Generationen abzüglich der von ihnen gezahlten Beiträge erfasst, weist

eine Nachhaltigkeitslücke (NHL) auf. Diese Nachhaltigkeitslücke illustriert, welche Reserven fehlen, wenn alle zukünftigen Generationen das gegenwärtige Leistungsniveau der Sozialen Pflegeversicherung erhalten sollen. Der von der Kommission unterstellte Referenzfall sieht – abweichend von der durchschnittlichen realen Wachstumsrate von 1,5 % – im Pflegebereich nur eine reale Wachstumsrate von 0,75 % der Leistungsausgaben je Pflegefall vor. Diese Dynamisierung wird dem Bürger von der Kommission als Großzügigkeit seitens des Gesetzgebers angepriesen, da der rechtliche Status quo überhaupt keine Dynamisierung der Leistungsausgaben vorsieht. Fakt ist aber, dass eine Dynamisierung unterhalb des allgemeinen Produktivitätswachstums keinesfalls ausreichend sein kann, um das reale Leistungsniveau in der Sozialen Pflegeversicherung zu erhalten.

Die seit Bestehen der Sozialen Pflegeversicherung zunehmende Substitution der Geld- durch Sachleistungen im ambulanten Bereich sowie der Trend zur stationären Pflege sind nur allzu deutliche Indikatoren dafür, dass ein Kostenanstieg im Pflegebereich nicht länger zu unterdrücken ist (Szenario ohne Kostendruck). Im Gegenteil, die zunehmende Nachfrage nach professioneller Pflege lässt sogar einen zusätzlichen Lohnanstieg des Pflegepersonals erwarten, vor allem da Pflegedienstleistungen in höchstem Grade personalintensiv sind und damit kaum Rationalisierungspotential besteht (Szenario mit Kostendruck). Daher wird mit einer Dynamisierung von lediglich 0,75 % entweder das Gegenteil eines Kostendrucks unterstellt, d. h. die Realleistungen werden deutlich abgeschmolzen und zugleich geben sich die Beschäftigten im Pflegebereich über Jahrzehnte mit nur der Hälfte der Reallohnsteigerung anderer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zufrieden. Oder aber das Pflegepersonal nimmt an der allgemeinen Lohnsteigerung teil, dann wird aber unterstellt, dass die Differenz von 0,75 % „aus dem System heraus“, also durch Kosteneinsparungen finanziert wird. Betrachtet man den Zeithorizont der Reform von 30 Jahren, so bedeutet dies, dass etwa ein Viertel der heutigen Gesamtausgaben auf Unwirtschaftlichkeiten zurückzuführen ist. Daher ist es dringend geboten, sich auf ein realistisches Szenario einzustellen, in dem die Beschäftigten im Pflegebereich an den allgemeinen Lohnsteigerungen teilhaben, ohne aber von den hohen Ineffizienzen bei den Gesamtausgaben auszugehen. Konkret bedeutet dies, dass entweder das Referenzszenario ohne Kostendruck oder sogar das mit Kostendruck als Maßstab für eine Reform hätte he-

Abbildung: Nachhaltigkeitslücken der Pflegeversicherung



- Szenario ohne Kostendruck: Dynamisierung der Leistungen i.H.v. real 1,5 % p.a.
- Dynamisierung der Leistungen i.H.v. real 1,5 % p.a. sowie Berücksichtigung der Einsparungen i.H.v. 1,5 Mrd. €
- Kommissionsannahmen: Dynamisierung der Leistungen i.H.v. real 0,75 % p.a. sowie Einsparungen i.H.v. 1,5 Mrd. €
- Modell des intergenerativen Lastenausgleichs unter Einbeziehung der Kommissionsannahmen
- Szenario mit Kostendruck: Dynamisierung der Leistungen i.H.v. real 2,5 % p. a.
- Modell des intergenerativen Lastenausgleichs bei einer Dynamisierung der Leistungen i.H.v. real 2,5 % p.a.

Quelle: Häcker und Raffelhüschen, Universität Freiburg.

rangezogen werden müssen. Die grundlegend unterschiedlichen Einschätzungen der Rahmenbedingungen führten zu dem von der Kommission verworfenen „Auslaufmodell“ (vgl. Kap. 5.4.3). Dieser Ansatz sah vor, die bestehende umlagefinanzierte Pflegeversicherung langfristig abzuschaffen und durch eine Pflicht zur privaten Absicherung des Pflegerisikos zu ersetzen. Die entsprechende private Kapitalbildung sollte unverzüglich angegangen werden, damit vor der demografischen Maximalbelastung in den Jahren 2040-2060 eine nachhaltige Entlastung zukünftiger Beitragszahler greifen kann.

Die Abbildung illustriert die Auswirkungen der oben dargestellten Rahmensetzungen auf die NHL. Allein durch die von der Kommission getroffenen Annahmen sinkt die NHL um 60,6 Prozentpunkte von 72,8 % auf 12,2 % des Bruttoinlandsprodukts, ausgehend vom Szenario ohne Kostendruck. Lediglich der Übergang von der dritten auf die vierte NHL stellt eine wirksame Reformmaßnahme dar, nämlich das sogenannte „Modell des intergenerativen Lastenausgleichs“. Mit dieser Politikmaßnahme lässt sich die NHL nur um 17,3 Prozentpunkte reduzieren. Abstrahiert man von den als kritisch zu beurteilenden Annahmen der Kommission, ist dies ein unbefriedigendes Resultat. Dieser Tatbestand wird unmittelbar deutlich, betrachtet man den Übergang vom fünften auf den sechsten Balken in der Abbildung. Im Szenario mit Kostendruck verbleibt nach Implementierung des „intergenerativen Lastenausgleichs“ eine drastische NHL von 112,3 % des Bruttoinlandsprodukts. Von einer nachhaltigen Reform wäre dieses Ergebnis weit entfernt.

Die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung war nach Ansicht der Kommissionsmitglieder Dill, Döttling und Raffelhüschen ein historischer Fehler, der nur noch innerhalb eines Zeitfensters von wenigen verbleibenden Jahren zu korrigieren ist, weil zukünftige Pflegebedürftige – dann mit Recht – darauf verweisen werden, dass sie lange Jahre in die Soziale Pflegeversicherung eingezahlt hätten und das System dennoch unbezahlbar bleibt. Zukünftige Generationen müssten nämlich Beitragssätze in der Größenordnung von – je nach Kostendruck – sechs bis fast zehn % im Jahr 2057 zahlen. Dies ist nicht zumutbar. Zukünftige Generationen müssten nämlich sehr deutlich steigende Beitragssätze zahlen. Deshalb wird, wenn nicht unverzüglich im Sinne des Auslaufmodells gehandelt wird, die wohl letzte Chance auf eine solide Absicherung des Pflegerisikos verspielt.

6 Querschnittsanalyse

6.1 Gender-Mainstreaming

6.1.1 Einführung

Gender-Mainstreaming verfolgt das Ziel, die geschlechtsspezifischen Unterschiede auf allen politischen und gesellschaftlichen Ebenen sichtbar zu machen und bei allen politischen Maßnahmen die Konsequenzen für die Chancengleichheit von Frauen und Männern zu beachten. Gender-Mainstreaming bedeutet daher, dass die Politik bei allen gesellschaftlichen Vorhaben den unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern Rechnung trägt, ausgehend von der Annahme, dass es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt.

Der verhältnismäßig junge Gender-Mainstreaming-Ansatz knüpft an eine Vielzahl von Rechtsgrundlagen an. Gemäß Art. 3 Abs. 2 GG ist es die Aufgabe des Staats, die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern zu fördern und auf die Beseitigung bestehender Nachteile hinzuwirken. Auf EU-Ebene wurde der Gender-Mainstreaming-Ansatz mit Inkrafttreten des Amsterdamer Vertrags am 1. Mai 1999 umfassend rechtlich verbindlich festgeschrieben. Art. 2 und 3 des EG-Vertrags verpflichten die Mitgliedstaaten zu einer aktiven Gleichstellungspolitik im Sinne des Gender-Mainstreamings, indem diese auf die Beseitigung von Ungleichheiten hinzuwirken und die Gleichstellung von Männern und Frauen zu fördern haben. Ein umfassendes Diskriminierungsverbot sieht Art. 13 EG-Vertrag vor.

Der Grundsatz der Gleichbehandlung von Frauen und Männern wird durch zahlreiche EU-Richtlinien (RL), basierend auf Art. 13 EG-Vertrag (Bekämpfung der Diskriminierung u. a. aus Gründen des Geschlechts) und Art. 141 EG-Vertrag (Grundsatz der Chancengleichheit und der Gleichbehandlung von Männern und Frauen in Arbeits- und Beschäftigungsfragen, einschließlich des Grundsatzes des gleichen Entgelts bei gleicher oder gleichwertiger Arbeit), konkretisiert.[1] Nationale Gesetze und das Verwaltungshandeln der Mitgliedstaaten können einer rechtsverbindlichen gerichtlichen Überprüfung durch den Europäischen Gerichtshof (EuGH) unterworfen werden, wobei die Rechtsprechung des EuGH im nationalen Recht der Mitgliedstaaten umgesetzt werden muss. Nach gefestigter EuGH-Rechtsprechung liegt eine mittelbare Diskriminierung dann vor, wenn das nationale Recht eine Maßnahme vorsieht, „die zwar geschlechtsneutral formuliert ist, tatsächlich aber einen viel höheren Prozentsatz der Frauen als der Männer benachteiligt, es sei denn, dass diese Maßnahme durch objektive Faktoren gerechtfertigt ist, die nichts mit einer Diskriminierung aufgrund des Geschlechts zu tun haben. Dies ist der Fall, wenn die gewählten Mittel einem legitimen Ziel der Sozialpolitik der Mitgliedstaaten dienen (...) und zur Erreichung dieses Ziels geeignet und erforderlich sind“ (so z. B. EuGH vom 8.2.1996, Rs. C-8/94 - Laperre - , Slg. 1996, I-273, 294).

Für die Gleichstellungsprüfung ihrer Legislativvorschläge etc. unterhalb des Tatbestands der mittelbaren Diskriminierung orientiert sich die Europäische Kommission an den folgenden drei grundlegenden Prüfungsschritten:

1 Für den Bereich der Sozialen Sicherungssysteme zu nennen sind insbesondere die RL 79/7/EWG des Rats vom 19. Dezember 1978 zur schrittweisen Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen im Bereich der sozialen Sicherheit sowie die RL 86/378/EWG des Rats vom 24. Juli 1986 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen bei den betrieblichen Systemen der sozialen Sicherheit in Verbindung mit der RL 96/97/EG des Rats vom 20. Dezember 1996 zur Änderung der Richtlinie 86/378/EWG.

1. Prüfung und Feststellung der geschlechtsspezifischen Relevanz

- Erhebung von nach Geschlecht aufgeschlüsselten Daten.
- Welche Zielgruppen werden von der Maßnahme betroffen? Hat die Maßnahme Einfluss auf das tägliche Leben eines Teils der Bevölkerung?
- Existieren Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Hinblick auf Rechte, Ressourcen, Beteiligung, Werte und Normen?

2. Bewertung der geschlechtsspezifischen Auswirkung der Maßnahme anhand von verschiedenen Kriterien

- u.a. Beteiligung (z.B. Gremien, Entscheidungspositionen, Gehaltsgruppen, Verbände), Ressourcen (wie Zeit, Raum, Geld, Information, Bildung etc.), Normen und Werte, die die Geschlechterrollen beeinflussen, Rechte sowie Zugang zu Rechten.

3. Umsetzung des Bewertungsergebnisses; gleichstellungspolitische Ausrichtung der Maßnahme

- Wie kann die geplante Maßnahme dazu beitragen, Ungleichheiten zu beseitigen und die Gleichstellung von Frauen und Männern zu fördern?

6.1.2 Einzelmassnahmen in den einzelnen Sozialversicherungszweigen

Die Gender-Mainstreaming-Perspektive erstreckt sich nur auf eine Betrachtung der Reformvorschläge für die einzelnen Sozialversicherungszweige. Damit werden wesentliche Aspekte, die für die Beurteilung von Geschlechterverhältnissen insgesamt relevant sind, wie beispielsweise der Arbeitsmarkt, dessen geschlechtermäßige Segmentierung auf die Sozialversicherungssysteme durchschlägt, notwendigerweise ausgeblendet. Der Kommission lag keine umfassende Bestandsaufnahme und konsistente Bewertung der geschlechtsspezifischen Wirkungen der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik vor. Daher beschränkt sich die folgende Darstellung auf Partialanalysen der Kommissionsempfehlungen.

6.1.2.1 Gesetzliche Rentenversicherung

Zunächst wird im Wege einer Bestandsaufnahme auf die Situation der Alterssicherung von Frauen und Männern eingegangen. Nachfolgend sollen im Hinblick auf die einzelnen, von der Kommission beschlossenen Reformmaßnahmen geschlechtsspezifische Tendenzen herausgearbeitet werden, ohne dass eine darüber hinausgehende Betrachtung des Status quo erfolgen könnte.

Gegenwärtige Situation der Alterssicherung von Frauen und Männern

Die durchschnittlichen Altersrenten von Frauen fallen vor allem als Folge der kürzeren Erwerbsbiografien deutlich geringer aus als die entsprechenden Altersrenten von Männern. In den alten Bundesländern verfügen Frauen mit durchschnittlich 456 € über weniger als die Hälfte der durchschnittlichen Altersrente von Männern.[2] In den neuen Bundesländern erhalten Frauen im Durchschnitt 635 € und Männer 1.061 €. Die durchschnittliche Rentenhöhe der jüngeren rentenversicherten Frauen wird aber aufgrund der bisherigen Gesetzesänderungen zu Gunsten von Frauen um gut 16 % höher ausfallen als die der heute etwa 60-jährigen Frauen.[3]

Erhebungen der durchschnittlichen Nettogesamteinkommen[4] von Kleinstrentnerinnen und -rentnern (Personen mit einer Rentenhöhe von bis zu 600 DM) zeigen, dass die vielfach bestehende Annahme, kleine Renten gingen zwangsläufig mit Altersarmut einher, nicht zutreffend ist. Dies trifft sowohl für Alleinstehende wie auch für Ehepaare zu. In letzterem Fall wird das Sicherungsziel für Frauen häufig aber nur in abgeleiteter Form erreicht.[5]

Zudem besteht kein signifikanter Zusammen-

2 Quelle: VDR-Statistik zu den durchschnittlichen Rentenhöhen nach Rentenarten und Geschlecht (Stand: 31.12.2001).
3 Quelle: Studie „Altersvorsorge in Deutschland“ (AVID) für den Bereich der alten Bundesländer.
4 Quelle: Studie „Alterssicherung in Deutschland“ (ASID 1999).
5 Allein stehende Männer mit einer eigenen Rente unter 600 DM verfügten 1999 über ein Nettogesamteinkommen in Höhe von 2.709 DM (alte Bundesländer), allein stehende Frauen über ein Nettogesamteinkommen in Höhe von 1.899 DM (alte Bundesländer) bzw. 1.629 DM (neue Bundesländer) und Witwen mit einer Witwenrente unter 400 DM über ein Nettogesamteinkommen in Höhe von 1.866 DM (alte Bundesländer) bzw. 1.652 DM (neue Bundesländer).

hang zwischen dem Nettoalterseinkommen und der Kinderzahl. In den alten Bundesländern fällt das Nettoalterseinkommen von allein stehenden Frauen ab 65 Jahren zwar mit einer Differenz von maximal 10 % geringfügig geringer aus, je mehr Kinder sie erzogen haben.[6] In den neuen Bundesländern zeigt sich aber eine gegenläufige Entwicklung.[7]

Die Differenz zwischen den Alterssicherungsleistungen von Frauen, die keine Kinder erzogen haben, und Frauen mit Kindern hat bereits abgenommen und wird auch in Zukunft noch weiter abnehmen. Die meisten gesetzgeberischen Maßnahmen der vergangenen Jahre zur verbesserten rentenrechtlichen Bewertung von Kindererziehung, etwa die Ausweitung der Kindererziehungszeiten von einem Jahr auf drei Jahre, konnten bei den hier betrachteten Jahrgängen noch nicht voll zum Tragen kommen. Insoweit wird sich auch die finanzielle Situation von Rentnerinnen und Rentnern, die Kinder erzogen haben, in künftigen Statistiken und ASID-Studien deutlich günstiger darstellen.

Modifikation der Rentenanpassungsformel und künftige Rentenanpassung anhand der Entwicklung der versicherungspflichtigen Einkommen

Die von der Kommission empfohlene künftige Anpassung der Renten entsprechend der Entwicklung der versicherungspflichtigen Einkommen zielt darauf ab, Abweichungen bei der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter und den versicherungspflichtigen Entgelten entgegenzuwirken, indem zukünftig nicht mehr auf die durchschnittlichen Bruttoentgelte, sondern allein auf die für die Beitragsbemessungsgrundlage wesentlichen versicherungspflichtigen Entgelte abgestellt wird. Die Bereinigung um Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und um Einkommen der nicht versicherungspflichtig abhängig Beschäftigten wirkt sich auf Frauen und Männer gleich aus.

Die Kommission spricht sich für eine Modifikation der Rentenanpassungsformel aus, durch die die jährlichen Rentensteigerungen leicht gedämpft werden.

Wesentliches Instrument ist der neu eingeführte Nachhaltigkeitsfaktor, über den bei der Bestimmung der Anpassungssätze die Entwicklung der Relation von Rentnerinnen und Rentnern zu Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern Berücksichtigung findet. Damit wird die sowohl auf demografische als auch auf ökonomische Ursachen zurückzuführende Veränderung dieser für die Finanzierung der Rentenversicherung entscheidenden Relation in die Rentenanpassungsformel eingestellt. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass langfristig das Versorgungsniveau unter Berücksichtigung der staatlich geförderten Zusatzvorsorge nicht wesentlich unter das derzeitige Versorgungsniveau sinkt. Da hinsichtlich der zunehmenden Alterung der Gesellschaft und der zu erwartenden längeren individuellen Lebenserwartung keinerlei geschlechterbezogene Differenzierung stattfindet, kommt es gegenüber dem Status quo zu keiner anderen Behandlung von Frauen und Männern.

Da die fernere Lebenserwartung von 65-jährigen Frauen zurzeit durchschnittlich um 3,7 Jahre über der der Männer liegt, erhalten Frauen bei gleichen Beiträgen über die Gesamtrentenlaufzeit ein um etwa 25 % höheres Rentenvolumen ausbezahlt als Männer. Diese Relation wird sich auf lange Sicht noch weiter zu Gunsten der Frauen verbessern, da sich die Differenz in der Lebenserwartung von Frauen und Männern im Jahr 2040 auf 4,2 Jahre erhöhen wird (vgl. Kapitel 2). Insofern kommt die einheitliche Anwendung der Formel auf beide Geschlechter weiterhin den Frauen zugute.

6 Allerdings ist die Spannbreite mit 2.280 DM Nettoalterseinkommen bei Rentnerinnen ohne Kinder und 2.061 DM bei Rentnerinnen mit vier und mehr Kindern nicht sehr groß.

7 Hier ist das Nettoalterseinkommen von allein stehenden Frauen ab 65 Jahren ohne Kinder mit 1.936 DM am niedrigsten und steigt bei Frauen mit zunehmender Kinderzahl auf 2.122 DM bei drei Kindern an. Mit einem durchschnittlichen Nettoalterseinkommen von 2.024 DM liegen auch Frauen, die vier und mehr Kinder erzogen haben, über dem durchschnittlichen Nettoalterseinkommen von kinderlosen Rentnerinnen.

Eine Differenzierung nach der Lebenserwartung, speziellen Risiken etc., wie es teilweise gefordert wird, wäre den Sozialversicherungssystemen aber fremd und aufgrund der Vielzahl der Ausnahmeregelungen kaum praktikabel. Zudem wären die mit solchen Differenzierungen verbundenen Verteilungswirkungen schwer einschätzbar.

Anhebung der Altersgrenzen und flankierende Massnahmen

Die Kommission befürwortet die stufenweise Anhebung der Regelaltersgrenze ab dem Jahr 2011 auf 67 Jahre bis zum Jahr 2035. Die neue Regelaltersgrenze von 67 Jahren gilt damit erstmals für den Geburtsjahrgang 1969 und jüngere Geburtsjahrgänge. Die Möglichkeit des frühzeitigen Renteneintritts soll erhalten bleiben, könnte aber nach Abschluss der Anhebung der Altersgrenzen im Regelfall erst mit 64 Jahren erfolgen. Die maximale Abschlagshöhe bliebe wie bisher auf 10,8 % begrenzt.

Die Anhebung der Altersgrenzen ist im Zusammenhang mit der neuen Rentenanpassungsformel zu sehen und der politischen Zielsetzung, durch dieses Zusammenwirken einen zukünftigen Beitragssatzanstieg über 22 % hinaus und ein noch stärkeres Ansteigen der Lohnzusatzkosten zu vermeiden. Von den damit verbesserten Beschäftigungschancen werden Frauen und Männer gleichermaßen begünstigt.

Zunächst handelt es sich bei der Anhebung des Rentenzugangsalters um eine geschlechtsneutrale Maßnahme. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass das durchschnittliche Rentenzugangsalter nach dem Geschlecht divergiert.[8] Des Weiteren ist zu beachten, dass ein frühzeitiger Renteneintritt in der Regel mit Abschlägen verbunden ist. Zurzeit gelten aber noch Übergangsregelungen, so dass die Abschläge oft noch nicht oder nicht voll in Kauf genommen werden müssen. Mit Auslaufen dieser Regelungen wird sich diese Situation allerdings ändern, weil grundsätzlich jeder vorgezogene Rentenbezug nur mit Abschlägen möglich sein wird. Es ist insofern nicht prognostizierbar, wie stark vom frühzeitigen Renteneintritt unter Abschlägen zukünftig Gebrauch gemacht werden wird. Bislang entfallen auf gut ein Drittel aller Altersrenten Abschläge (einschließlich der auslaufenden Regelungen zur Altersrente für Frauen und der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit). Bei den Zugängen an Altersrenten war im Jahr 2001 die Inkaufnahme der Rentenabschläge bei Frauen mit rund 38,6 % (83.000 Altersrenten) deutlich ausgeprägter als bei Männern mit rund 28,0 % (42.000 Altersrenten).[9] Diese pauschalen Zahlen sagen aber noch nichts über die den unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten von Frauen und Männern zu Grunde liegenden Motive aus. Teilweise wird das Argument genannt, dass bei Ehepaaren häufig ein Wunsch bestehe, zeitgleich in Rente zu gehen, weshalb die in der Regel jüngeren Ehefrauen mit dem Rentenbeginn ihrer Ehemänner und vor Erreichen ihrer Regelaltersgrenze in Rente gehen. Empirisch lässt sich dieses Verhalten zur Zeit nicht erhärten. Eine stärkere Inanspruchnahme des frühzeitigen Rentenbeginns unter Abschlägen ist eine neutrale Maßnahme, weil lediglich das Zeitfenster für Frauen und Männer symmetrisch verschoben wird (Parallelanhebung).

Zudem erscheint es fraglich, ob dieses – durchaus legitime – Verhalten in dem Sinne „förderungswürdig“ wäre, dass es von der Solidargemeinschaft der Versicherten finanziert wird. Bei der Bewertung von Lebenswirklichkeiten unter Gender-Mainstreaming-Gesichtspunkten ist zu berücksichtigen, dass vorherrschende Verhaltenscharakteristika nicht zwingend fortgeschrieben werden müssen. Es geht auch um die Frage gesellschaftlichen Wandels und darum, wie sich die Sozialen Sicherungssysteme weiterentwickeln sollen. Wie bereits verschiedentlich hervorgehoben, besteht aufgrund der demografischen Entwicklung sogar die Notwendigkeit, dass die Erwerbsquote von Frauen in den nächsten Jahren kontinuierlich ansteigt. Hierfür ist es auch wichtig, dass die

8 BfA-Statistik Rentenzugang (Stand: 2001).
9 BfA-Versichertenrentenzugang in den alten und neuen Bundesländern (1997 bis 2001) – durchschnittliche Rentenhöhe bei Rentenzugang (einschließlich Nullrente); vgl. Sabine Ohsmann und Dr. Kalamkas Kaldybajewa, Rentenzugang der BfA 2001: Über ein Drittel aller Altersrenten mit Abschlägen in: DAngVers 5/6/02, S. 10.

bestehenden Erwerbstätigkeitsreserven bei älteren Frauen vermehrt ausgenutzt werden.

Die bestehenden Rentenabschläge belasten weder Frauen noch Männer über das versicherungsmathematisch gebotene Maß hinaus. Zwar machen sich die Rentenabschläge bei Frauen aufgrund der durchschnittlich längeren Rentenlaufzeit stärker bemerkbar als bei Männern. Dies ist aber lediglich die Kehrseite des Umstands, dass Frauen bei gleichen Beiträgen länger Rente beziehen.

Als Kompromiss zu der abgelehnten abschlagsfreien Altersrente für besonders langjährig Versicherte, die einem besonders hohen körperlichen Verschleiß unterliegen, schlägt die Kommission vor, im Sinne einer flankierenden Regelung eine „Altersrente für besonders langjährig Versicherte" zu schaffen. Trotz der Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre würden Versicherte mit 45 Jahren, in denen Pflichtbeiträge gezahlt wurden, die Möglichkeit der vorzeitigen Inanspruchnahme der Altersrente erhalten, allerdings unter Inkaufnahme von Abschlägen. Die Kommission spricht sich dafür aus, nur an das – leicht ermittelbare – Kriterium der Pflichtbeitragsjahre und der Berücksichtigungszeiten für Kindererziehung und Pflege anzuknüpfen und nicht an das Vorliegen von körperlichem Verschleiß in bestimmten Berufssparten. Dies ist im Hinblick auf die Wirkung dieser Maßnahme auf Frauen und Männer ebenso positiv hervorzuheben wie die Möglichkeit der rentenrechtlichen Bewertung von Zeiten der Kindererziehung. Gegenwärtig weisen nur 7,5 % der Frauen gegenüber 47 % der Männer diese Beitrags- und Berücksichtigungszeiten vor. Langfristig dürften vor allem Männer wegen des Trends zu längeren Ausbildungszeiten und zu verstärkten „Patchwork"-Erwerbsbiografien in der modernen Wissensgesellschaft immer seltener die Anspruchsvoraussetzungen für die „Altersrente für besonders langjährig Versicherte" erfüllen, während sich der Anteil der anspruchsberechtigten Frauen aufgrund der steigenden Erwerbsneigung und verbesserten Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten erhöhen dürfte. Parallel zu den sich ändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen könnten die Anspruchsvoraussetzungen für die Altersrente für besonders langjährig Versicherte angepasst werden.

Hinterbliebenenversorgung in der Gesetzlichen Rentenversicherung

Die Kommission sieht über die Rentenreform 2001 hinaus, deren Reformelemente ihre Wirkung zum Teil erst zukünftig entfalten werden, gegenwärtig keinen Bedarf für weitere Reformmaßnahmen bei der Hinterbliebenenversorgung in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Die Hinterbliebenenversorgung ist für Frauen aufgrund ihrer längeren Lebenserwartung und ihrer geringeren eigenständigen Alterssicherung wesentlich relevanter als für Männer. Die Hinterbliebenenversorgung kommt also vor allem Frauen zugute. Diese Begünstigungen wurden durch die Rentenreform 2001 eingeschränkt, ohne dass selbst ein auf die primär eigenständige Alterssicherung von Frauen angelegtes Rentensystem auf absehbare Zeit auf eine derartige – abgeleitete – Hinterbliebenenversorgung verzichten könnte. Die einzelnen Reformkomponenten der Rentenreform 2001 müssen in der Praxis erst greifen, bevor untersucht werden kann, ob sie die an sie gestellten positiven Erwartungen erfüllen[10] und sich entsprechend auf die jeweiligen Situationen von Frauen und Männern auswirken.

Deregulierung der staatlich geförderten zusätzlichen Altersvorsorge

Die Kommission rät bei der staatlich geförderten privaten Altersvorsorge zu den nach-

10 Im Einzelnen sind dies die Erwerbsmöglichkeit eigenständiger Rentenanwartschaften durch ein „Rentensplitting" statt der Witwen- bzw. Witwerrente, die zielgerichtetere Förderung durch Ausrichtung auf Personen, die Kinder erzogen haben, die Betonung der fürsorgerischen Motivation durch Ausweitung der Einkommensanrechnung sowie die Setzung eines stärkeren Anreizes für jüngere erwerbsfähige und kinderlose Hinterbliebene zur Arbeitsaufnahme durch Befristung der kleinen Witwen-/Witwerrente.

folgenden Maßnahmen: Ausweitung des förderberechtigten Personenkreises auf alle Steuerpflichtigen, Anhebung der förderfähigen Höchstbeiträge nach § 10a EStG auf 4 % der Beitragsbemessungsgrenze, Erhöhung der Transparenz von Kosten und Leistungen, Modifizierung des Zulagenverfahrens, Kompensation für eine mögliche Abschaffung des § 40b EStG sowie Verbesserung der statistischen Informationen. Bei der Mehrzahl dieser Vorschläge liegt es auf der Hand, dass es zu keinen unterschiedlichen Auswirkungen auf Frauen und Männer kommt.
Einer näheren Analyse bedarf allerdings die Vereinfachung des Zulagenverfahrens sowie die Abschaffung der Pauschalbesteuerung unter Ausweitung der steuer- und beitragsfreien Entgeltumwandlung:

Die Vereinfachung des Zulagenverfahrens durch eine nachträgliche Erstattung durch das Finanzamt hat keine erheblichen geschlechterrelevanten Auswirkungen. Die Vereinheitlichung der Grund- und Kinderzulagen führt dazu, dass der zurzeit niedrigere Zulagenbetrag für Erwachsene und der höhere Betrag für Kinder aneinander angepasst werden. Die Kinderzulage als solche bleibt erhalten. Zu bedenken ist allerdings, dass durch die Vorfinanzierung Geringverdiener und damit vor allem auch Frauen betroffen würden mit der Konsequenz, dass für diese Kreise die Akzeptanz der Riester-Rente verringert werden könnte.

Die Ehepartnerzulage kommt bislang in erster Linie verheirateten Frauen bzw. dem Haushaltseinkommen der Eheleute zugute, da Ehegatten, die selbst nicht „riester-berechtigt“ sind (was bislang öfter Frauen betrifft), die volle Zulage ohne eigenen Beitrag erhalten, wenn der Ehepartner seinen Eigenbeitrag leistet.

Aufgrund der Ausweitung des förderberechtigten Personenkreises auf alle Steuerpflichtigen wird zukünftig jeder eine eigene Riester-Rente beziehen können. Für die Abschaffung der Ehepartnerzulagen spricht neben der erhöhten Verwaltungsfreundlichkeit einer entschlackten Zulagen-Regelung auch der Gesichtspunkt einer eigenständigen, anstelle einer abgeleiteten, zusätzlichen staatlich geförderten privaten Altersvorsorge.

Die Kommission hat die Ausweitung der Möglichkeiten zur steuer- und beitragsfreien Entgeltumwandlung im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG erörtert, die die Abschaffung der steuerrechtssystemfremden Pauschalbesteuerung nach § 40b EStG kompensieren könnte, so dass der Förderrahmen für die betriebliche Altersvorsorge insgesamt nicht eingeschränkt würde. Dadurch dass die vorgelagerte Pauschalbesteuerung bislang bei 20 % für Beiträge bis zu 1.752 € im Jahr lag, ist nicht davon auszugehen, dass insbesondere Geringverdienende – und damit verstärkt Frauen – negativ von ihrer Abschaffung betroffen sein würden. Im Gegenteil wurden viele Frauen von dieser Regelung bislang nicht begünstigt. Die Ausweitung der steuer- und beitragsfreien Entgeltumwandlung würde aber Frauen wie Männern in gleicher Weise zugute kommen, da hierbei nicht auf einen bestimmten Grenzsteuersatz abgestellt würde.

6.1.2.2 Gesetzliche Krankenversicherung

Systemvarianten: Pauschale Gesundheitsprämien und Bürgerversicherung

Die Kommission hat bei den Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierungsseitige Maßnahmen diskutiert, die in erster Linie das Ziel verfolgen, die Nachhaltigkeit der Finanzierung zu erhöhen und die Belastung des Faktors Arbeit zu senken. Sie empfiehlt der Politik, der weiteren Reform der Beitragserhebung die grundsätzliche Entscheidung voranzustellen, ob die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Richtung einer am Leistungsfähigkeitsprinzip orientierten Bürgerversicherung oder eines am Äquivalenzprinzip orientierten Systems pauschaler Gesundheitsprämien mit sozialem Ausgleich im Steuer-Transfer-System entwickelt werden soll.

Beide Konzepte beinhalten keine systemati-

sche Benachteiligung von Frauen. In beiden Modellen haben alle Versicherten unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrem Alter, ihrem individuellen Risiko und ihrem Einkommen Zugang zu der gleichen medizinischen Versorgung. Beiden Ansätzen ist gemeinsam, dass sie trotz der längeren Lebenserwartung von Frauen und deren im Durchschnitt höheren Gesundheitskosten weiterhin Unisex-Tarife vorsehen und die finanzielle Leistungsfähigkeit der einzelnen Versicherten berücksichtigen.

Allerdings unterscheiden sich die beiden Modelle in der Umsetzung der Leistungsfähigkeitsorientierung bzw. des sozialen Ausgleichs von hohen zu niedrigen Einkommen erheblich. Dieser Ausgleich betrifft Frauen überproportional.

Beim Pauschalprämienmodell wird von jedem Erwachsenen (Kinder bleiben beitragsfrei mitversichert) eine gleich hohe Prämie entrichtet. Gleichzeitig erhalten gering Verdienende über einen sozialen Ausgleich im Steuer-Transfer-System Prämienzuschüsse, wobei sich die Zuschusshöhe – wie im Steuerrecht üblich – am Haushaltseinkommen orientiert. Die Mittel für den sozialen Ausgleich werden weitgehend über die Versteuerung der ausgeschütteten Arbeitgeberbeiträge und aus allgemeinen Haushaltsmitteln bereitgestellt. Das Familieneinkommen bestimmt in diesem Modell auf doppelte Weise die Gesamtbelastung des Haushalts, zum einen bei der Feststellung des Zuschusstatbestands und zum anderen über den Beitrag zur Finanzierung der Steuerzuschüsse für Einkommensschwache.

Bei der Bürgerversicherung wird der soziale Ausgleich hergestellt, indem einkommensbezogene Beiträge erhoben werden mit der Folge, dass Familienangehörige ohne Einkommen beitragsfrei mitversichert sind.

Bei beiden Varianten wird die Gesamtbelastung in Abhängigkeit des Familieneinkommens ermittelt. Die Belastungswirkungen der einzelnen Reformen gegenüber dem Status quo können daher nur in Bezug auf Haushalte und nicht auf einzelne Haushaltsmitglieder ermittelt werden. Die Beitragshöhe für allein stehende Frauen und Männer wird sich in der Bürgerversicherung nicht signifikant von der im heutigen System unterscheiden. Die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage und des Kreises der Versicherungspflichtigen betrifft Frauen und Männer in Abhängigkeit ihres Einkommens gleichermaßen. Bei dem System pauschaler Gesundheitsprämien werden etwaige Be- oder Entlastungen von der konkreten Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs abhängen.

6.1.2.3 Soziale Pflegeversicherung

Die Kommission spricht sich für die Beibehaltung der Sozialen Pflegeversicherung in Form eines modifizierten Umlageverfahrens aus. Das entwickelte Konzept gewährleistet in der präsentierten Variante die nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung bis zum Jahr 2040 und trägt zudem pflegepolitisch wichtigen Zielen sowie den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen Rechnung. Wesentliche Bestandteile des Reformkonzepts sind die Einführung eines Ausgleichsbeitrags für Rentnerinnen und Rentner, die Einführung des Vorsorgesparens der Erwerbstätigen, die Dynamisierung der Pflegeleistungen, die Angleichung der stationären und ambulanten Pflegeleistungen sowie die Ausweitung von Leistungen für Demenzkranke.

Der Ausgleichsbeitrag wird von Männern und Frauen in gleicher Höhe erbracht. Aufgrund der längeren Lebenserwartung von Frauen ergibt sich für Frauen, über die restliche Lebensdauer gesehen, somit eine höhere finanzielle Belastung als für Männer. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass Frauen aufgrund ihrer längeren Lebenserwartung auch in erhöhtem Maße Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

Der Verzicht auf eine Differenzierung nach Geschlechtern bei der Höhe des Ausgleichsbeitrags ist die Kehrseite der in den Sozialversicherungssystemen üblichen Unisex-Tarifierung.

Die jährliche Dynamisierung der Pflegeleistungen kommt Frauen dagegen stärker als Männern zugute, da Erstere statistisch länger und häufiger Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Auch der Erhalt des Pflegegelds wirkt sich besonders für Frauen positiv aus, da sie besonders häufig Familienangehörige pflegen und das Pflegegeld oft an die Pflegepersonen weitergereicht wird.

Gleiches gilt für die vorgeschlagenen Ausweitungen der Leistungen für Demenzkranke, für die ein Zeitzuschlag von 30 Minuten bei der Ermittlung der jeweiligen Pflegestufen zu Grunde gelegt wird. Bereits heute ist die Zahl demenzkranker Frauen erheblich höher als die der Männer. Dieses Ungleichgewicht wird auch bei der prognostizierten Quasi-Verdopplung der Anzahl von Rentnerinnen und Rentnern in etwa erhalten bleiben.

Die Angleichung der ambulanten und stationären Pflegeleistungen in den Pflegestufen I und II oberhalb der bisherigen ambulanten, aber unterhalb der bisherigen stationären Leistungspauschalen betrifft Frauen ebenfalls stärker als Männer. Es ist zu erwarten, dass in Fällen, in denen nicht auf ambulante Pflege ausgewichen wird oder werden kann, ein höherer Eigenbeitrag der Betroffenen selbst bzw. der Sozialhilfeträger zu leisten sein wird. Wie sich hier der finanzielle Anreiz zur Inanspruchnahme der ambulanten Pflege, die von den Pflegebedürftigen im Übrigen überwiegend gewünscht wird, auswirkt und ob es zu einer erheblichen Senkung der Heimquote kommen wird, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht ermittelt werden. Damit sind die im Einzelfall zu erwartenden Mehrkosten für die pflegebedürftigen Frauen und Männer nicht quantifizierbar. Ob es ein geschlechterbezogenes unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten bezüglich ambulanter und Heimpflege geben wird, ist ebenfalls nicht bekannt.

Durch die Einführung eines über die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen hinausgehenden, steuerfinanzierten Familienlastenausgleichs wird die Kindererziehung als wesentlicher Beitrag auch zum Systemerhalt der Sozialen Pflegeversicherung honoriert. Hierdurch werden Erziehende gegenüber Nichterziehenden entlastet.

6.2 Gesamtwirkungen der Reformvorschläge

Die von der Kommission vorgeschlagenen Reformen zielen im Wesentlichen darauf ab, die nachhaltige Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme zu sichern und die Lohnzusatzkosten zu senken, um die Beschäftigungsmöglichkeiten zu verbessern. Die für die einzelnen Zweige der Sozialen Sicherungssysteme entwickelten Reformkonzepte werden nachfolgend hinsichtlich ihrer Gesamtwirkungen auf Lohnzusatzkosten und auf die Einkommensentwicklung von Erwerbstätigen und Rentnerinnen und Rentnern analysiert.

Diese Analyse muss sich auf die Wirkungen der vorgeschlagenen Maßnahmen zur Gesetzlichen Rentenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung beschränken. Die Reformoptionen zur Gesetzlichen Krankenversicherung, Bürgerversicherung oder zum Pauschalprämienmodell bleiben hier unberücksichtigt. Während die langfristige Finanzentwicklung für die Renten- und Pflegeversicherung auf der Grundlage des Kommissionsszenarios zur demografischen und ökonomischen Entwicklung (Kapitel 2) mit Hilfe von Projektionsmodellen berechnet werden können, ist dies im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung kaum möglich, da zwar die Auswirkungen der demografischen Alterung, nicht aber die des fiskalisch wichtigeren medizinisch-technischen Fortschritts auf die Kostenentwicklung verlässlich abgeschätzt werden können.

6.2.1 Wirkungen auf Lohnzusatzkosten

Die Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung steigen unter Status quo-Bedingungen gegenüber dem Status quo (bei der Pflegeversicherung mit der gesetzlich bisher nicht vorgesehenen Leistungsdynamisierung) bis zum Jahr 2030 um insgesamt 5,7 Prozentpunkte an. Durch die von der Kommission vorgeschlagenen Reformmaßnahmen im Bereich der Rentenversicherung und der Pflegeversicherung wird eine deutliche Dämpfung des Beitragssatzanstiegs erreicht. In den Modellrechnungen zur Rentenversicherung steigt der Beitragssatz unter Berücksichtigung der Reformen bis zum Jahr 2030 nicht auf gut 24 %, sondern auf 22 %. In der Pflegeversicherung wird durch das Reformkonzept eine langfristige Stabilisierung des Beitragssatzes bei 1,7 % gewährleistet. Ein Anstieg auf 2,7 % bis zum Jahr 2030 wird damit verhindert. Insgesamt kann durch die Reformen also eine Entlastung der Lohnzusatzkosten gegenüber der Referenzentwicklung um 3,2 Prozentpunkte erreicht werden (siehe Tabelle 6-1).

Der Anstieg der Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung kann durch die vorgeschlagenen Reformmaßnahmen zwar deutlich begrenzt, nicht jedoch vermieden werden, da die mit der demografischen Alterung verbundenen Ausgabensteigerungen und Einnahmenrückgänge nicht vollständig durch Leistungsrücknahmen aufgefangen werden können, wenn ein angemessenes Sicherungsniveau der Rentenversicherung nach wie vor erreicht werden soll. In der Summe ist zu erwarten, dass die Lohnzusatzkosten insgesamt bis 2030 zurückgehen werden, da die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aufgrund der langfristig sinkenden Arbeitslosigkeit zurückgehen werden. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass eine der beiden diskutierten Optionen zur grundlegenden Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Kapitel 4) umgesetzt wird, und dass – dies ist von vorrangiger Dringlichkeit – durch wettbewerbsstimulierende Strukturreformen auf der Ausgabenseite Wirtschaftlichkeitspotenziale im Gesundheitswesen mobilisiert werden.

Insgesamt sind die von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen geeignet, einen wichtigen Beitrag zur Begrenzung der Lohnzusatzkosten und damit zu einer Verbesserung der Arbeitsmarktsituation zu leisten. Die von einer Umsetzung der Kommissionsempfehlun-

Kasten 6-1: Wirksame Reformen der Sozialen Sicherungssysteme erfordern aussagekräftige Daten und Analysen

Die Arbeit der Kommission stieß immer wieder auf Informationslücken. Diese betrafen weniger die beschreibende statistische Darstellung der Systeme der sozialen Sicherung (mit Ausnahme von Daten zur betrieblichen und privaten Alterssicherung) als vielmehr Erkenntnislücken bezüglich relevanter Verhaltensweisen (so z. B. zum Sparen, zur freiwilligen Altersvorsorge, zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und zur Inanspruchnahme verschiedener Formen von Pflegeleistungen). Der gesamte Bereich der medizinischen Versorgungsforschung ist in Deutschland unterentwickelt. Die Kommission betont die Bedeutung einer entsprechenden informationellen Infrastruktur. Dabei ist zu beachten, dass in demokratischen Gesellschaften Statistik ein öffentliches Gut darstellt. Dies bedeutet, dass die Öffentlichkeit ein Recht hat, die Informationen – in angemessen anonymisierter Form – zu kennen, die Regierungen und Behörden (bzw. Körperschaften, die mit öffentlichen Mitteln arbeiten) als Entscheidungsgrundlagen nutzen. In den USA ist dieses Recht inzwischen im „Freedom of Information Act“ kodifiziert. Auch in der EU wird eine solche Rechtsgrundlage diskutiert. Wird in Deutschland der „Masterplan zur Reform der amtlichen Statistik“ zielstrebig umgesetzt, so kann er zu einem Vorbild beim Umgang öffentlicher Stellen mit statistischen Informationen werden.

Generell sollte der Staat seinen Bürgerinnen und Bürgern gegenüber verpflichtet sein, Rechenschaft über die Wirksamkeit von Subventionen und Transfers abzugeben. Die Errichtung von Forschungsdatenzentren wäre ein wichtiger Schritt, um diese Ziele zu erreichen.

Tabelle 6-1: Entwicklung der Beiträge zur Renten- und Pflegeversicherung

	Rentenversicherung			Pflegeversicherung			Wirkung
	Referenz	Reform	Differenz	Referenz	Reform	Differenz	insgesamt
2003	19,5	19,5	0,0	1,7	1,7	0,0	0,0
2005	20,0	19,9	-0,1	1,7	1,7	0,0	-0,1
2010	19,6	19,0	-0,6	1,9	1,7	-0,2	-0,8
2015	20,4	19,6	-0,8	2,1	1,7	-0,4	-1,2
2020	21,5	20,2	-1,3	2,3	1,7	-0,6	-1,9
2025	22,8	21,2	-1,6	2,5	1,7	-0,8	-2,4
2030	24,2	22,0	-2,2	2,7	1,7	-1,0	-3,2
2035	25,2	22,7	-2,5	2,8	1,7	-1,1	-3,6
2040	25,6	22,9	-2,7	3,0	1,7	-1,3	-4,0

Quelle: Eigene Berechnung

gen zu erwartenden positiven Beschäftigungseffekte werden umso stärker ausfallen, je günstiger die makroökonomischen Rahmenbedingungen sind. Durch die angestrebte höhere Beschäftigungsintensität würde auch die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme erhöht.

6.2.2 Auswirkungen auf Löhne und Renten

Während die Begrenzung des Beitragssatzanstiegs zur Gesetzlichen Renten- und Sozialen Pflegeversicherung eine spürbare Entlastung auf Seiten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler bewirkt, wird das Wachstum der verfügbaren Einkommen von Rentnerinnen und Rentnern durch die Reformen verlangsamt.

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte erfahren durch die Reformen bis zum Jahr 2030 eine Erhöhung ihres verfügbaren Einkommens um 1,6 %. Damit liegt das Durchschnittsentgelt nach Abzug der Sozialbeiträge um real 57 € pro Monat höher, als in der Referenzentwicklung (siehe Tabelle 6-2). Das verfügbare Einkommen der Erwerbstätigen insgesamt wird damit im Jahr 2030 um über 25 Mrd. € höher ausfallen. Dabei sind die zu erwartenden positiven Beschäftigungseffekte aus der Begrenzung der Lohnzusatzkosten noch nicht berücksichtigt.

Während die Auswirkungen der vorgeschlagenen Reformpakete für die Erwerbstätigen unmittelbar durch die Entwicklung der Beitragssätze determiniert werden, wird die Ein-

Tabelle 6-2: Auswirkungen auf die Einkommensentwicklung von Erwerbstätigen

€ / Monat	Durchschnitts-entgelt	Referenz		Reform		Differenz
preis-bereinigt[1)]		Sozial-beiträge[2)]	Lohn ohne Sozialbeiträge	Sozial-beiträge[2)]	Lohn ohne Sozialbeiträge	
2003	2.435	511	1.924	511	1.924	0
2005	2.486	527	1.959	526	1.960	1
2010	2.660	561	2.099	544	2.116	17
2015	2.862	618	2.244	597	2.266	21
2020	3.080	655	2.426	622	2.458	32
2025	3.315	713	2.602	671	2.644	41
2030	3.567	779	2.788	722	2.845	57
2035	3.839	860	2.979	791	3.048	69
2040	4.131	938	3.193	855	3.276	83

1) in Preisen von 2003, Inflationsrate 1,5 % p.a., Durchschnittsentgelt alte Bundesländer.
2) RV und PV-Beiträge gemäß Projektionen, KV-Beitrag konstant bei 14,3 %, ALV-Beitrag sinkt bis 2040 auf 2,5 %.
Quelle: Eigene Berechnung

kommenssituation von Rentnerinnen und Rentnern durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Im Einzelnen wirken auf die Entwicklung der Rentenhöhen:

- die Anhebung der Altersgrenzen für den Renteneintritt,
- die Ergänzung der Rentenanpassungsformel um einen Nachhaltigkeitsfaktor,
- die Einführung des intergenerativen Lastenausgleichs in der Pflegeversicherung durch die Einführung des Ausgleichsbeitrags auf Renten einerseits und die zusätzlichen Renten aus den privaten Pflegekonten andererseits.

In der Referenzentwicklung steigt die inflationsbereinigte Standardrente bis zum Jahr 2030 auf knapp 1.500 € pro Monat und damit um 27,9 % an (siehe Tabelle 6-3). Gleichzeitig sinkt die Relation von Brutto-Standardrente zu Brutto-Durchschnittsarbeitsentgelt (Bruttorentenniveau) von derzeit 48 % auf etwa 42 % ab.[11] Der Rentenzahlbetrag, also die Bruttorente abzüglich der Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner und zur Sozialen Pflegeversicherung, steigt bis zum Jahr 2030 aufgrund des Beitragssatzanstiegs zur Pflegeversicherung mit 27,2 % etwas langsamer an und liegt bei rund 1.370 € pro Monat.

Da noch keine Informationen über die konkrete Ausgestaltung der für 2005 vom Bundesverfassungsgericht vorgeschriebenen Neuordnung der Rentenbesteuerung vorliegen, sind keine Aussagen über die Nettowirkungen der Kommissionsempfehlungen möglich.

In Folge der vorgeschlagenen Reformen steigt der Rentenzahlbetrag unter Berücksichtigung der verlangsamten Rentenanpassung, des Ausgleichsbeitrags zur Sozialen Pflegeversicherung und der zusätzlichen Rente aus den privaten Pflegekonten bis zum Jahr 2030 auf gut 1.290 € pro Monat und liegt damit etwa 80 € bzw. 5,5 % niedriger als in der Referenzentwicklung. Durch die in den letzten Jahren ergriffenen und von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen werden die Rentensteigerungen in der Zukunft unter den Erhöhungen der Löhne liegen. Im Durchschnitt wird man, wenn man von der unterstellten Reallohnsteigerung von 1,5 % pro Jahr ausgeht, mit einer Differenz zwischen Lohnerhöhung und Rentenanpassung von 0,7 Prozentpunkten pro Jahr rechnen können. Dennoch wird sich der Lebensstandard von Rentnerinnen und Rentnern auf der Grundlage der Kommissionsvorschläge weiter erhöhen, da die Zahlbeträge der Renten insgesamt um inflations-

Tabelle 6-3: Auswirkungen auf die Einkommensentwicklung von Rentnerinnen und Rentnern

€ / Monat	Referenz			Reform			Differenz
preisbereinigt[1)]	Brutto-Standardrente	Sozialbeiträge[2)]	Renten-Zahlbetrag	Brutto Standardrente	Sozialbeiträge[2),3)]	Renten-Zahlbetrag	
2003	1.170	94	1.076	1170	94	1.076	0
2005	1.165	93	1.072	1152	92	1.060	-12
2010	1.196	97	1.099	1171	114	1.057	-42
2015	1.274	104	1.170	1251	122	1.130	-40
2020	1.350	112	1.238	1313	128	1.185	-52
2025	1.423	120	1.304	1376	135	1.241	-63
2030	1.496	127	1.368	1429	139	1.291	-78
2035	1.578	135	1.443	1496	147	1.349	-94
2040	1.687	146	1.541	1584	155	1.430	-112

1) in Preisen von 2003, Inflationsrate 1,5 % p.a., Standardrente alte Bundesländer.
2) PV-Beiträge gemäß Projektion, KV-Beitrag konstant bei 14,3 %.
3) Inklusive Ausgleichsbeitrag und nach Berücksichtigung der Erträge aus dem privaten Pflegekonto.
Quelle: Eigene Berechnung

11 siehe Kapitel 3.3.

bereinigt immer noch 20 % gegenüber den heutigen Werten ansteigen.

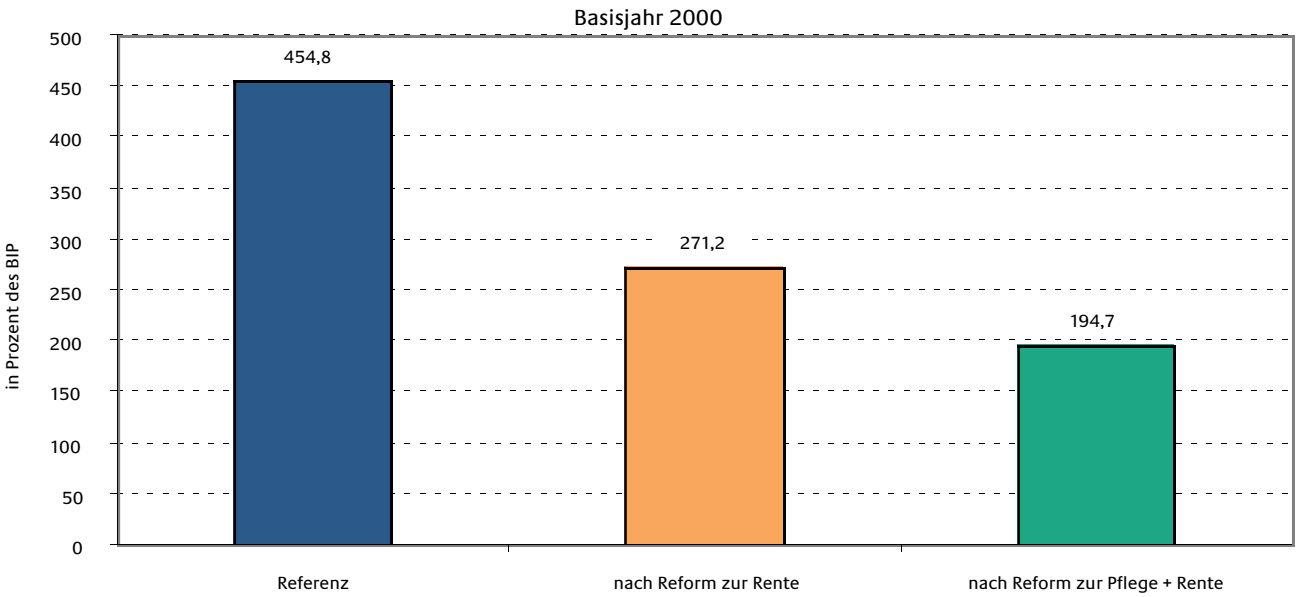
Da die Reformvorschläge vorsehen, die Rentenanpassung zu dämpfen und einen von der Rentenhöhe abhängigen Ausgleichsbeitrag für die Soziale Pflegeversicherung zu erheben, werden Rentnerinnen und Rentner nach Maßgabe der jeweiligen Höhe ihrer Rente betroffen. Außerdem wird vorgeschlagen, die Grundsicherung um den Ausgleichsbeitrag anzuheben, so dass insofern einem Anwachsen der Altersarmut vorgebeugt wird.

6.2.3 Intertemporale Verteilungswirkungen

Um das vorgeschlagene Reformpaket vor dem Hintergrund der nachhaltigen Finanzierung und der Generationengerechtigkeit zu bewerten, kann in Bezug auf die Gesetzliche Renten- und die Soziale Pflegeversicherung auf das Konzept der Generationenbilanzierung als ein mögliches Bewertungsverfahren zurückgegriffen werden. Im Gesundheitswesen ist das Konzept der Generationenbilanzierung als ausreichender Bewertungsmaßstab umstritten. Bei diesem Konzept zur Messung intertemporaler Verteilungswirkungen wird – vereinfacht ausgedrückt – für jede Kohorte (Geburtsjahrgang) die Nettobeitragszahlung aufsummiert, die den Barwert der Einzahlungen abzüglich des Barwerts der erwarteten Transfers über die verbleibende Lebenszeit erfasst. Die Summe der Generationenkonten der einzelnen Kohorten aller lebenden und zukünftigen Generationen ergibt die so genannte Nachhaltigkeitslücke. Diese veranschaulicht, in welchem Ausmaß die Ausgaben die Einnahmen insgesamt übersteigen, wenn alle Generationen auch in Zukunft das gegenwärtige Leistungsniveau der Sozialen Sicherungssysteme erhalten sollen. Eine nachhaltige Situation – auf der Grundlage der getroffenen Annahmen zur demografischen und ökonomischen Entwicklung – ist in dieser Betrachtungsweise dann gegeben, wenn die Nachhaltigkeitslücke einen Wert nahe null annimmt.

Die so ermittelte Nachhaltigkeitslücke kann aufgrund der Interdependenzen zwischen dem Steuer- und Sozialversicherungssystem nur im Rahmen einer gesamtstaatlichen Betrachtung bestimmt werden. Die in der Abbildung 6-1 dargestellte Nachhaltigkeitslücke bezieht sich daher nicht ausschließlich auf Finanzierungsunterdeckungen in der Renten- und Pflegeversicherung, sondern umfasst sämtliche staatlichen Ausgaben und Einnahmen, also z. B. auch die Staatsverschuldung. Bei der Bewertung der Reformpakete mit Hilfe dieser

Abbildung 6-1: Reduktion der Nachhaltigkeitslücke durch die Reformpakete



Quelle: Eigene Berechnungen

Methode geht es daher nicht um das absolute Niveau der Nachhaltigkeitslücke, sondern vielmehr um die Reduzierung derselben.

Auf der Grundlage des Kommissionsszenarios zur demografischen und ökonomischen Entwicklung (Kapitel 2) und unter der Annahme, dass die Gesundheitsausgaben langfristig um real 2 % p.a. wachsen, beträgt die Nachhaltigkeitslücke in der Referenzentwicklung etwa 450 % des Bruttoinlandsprodukts bezogen auf das Jahr 2000. Eine Differenzierung danach, in welchem Maß die Gesetzliche Rentenversicherung zu diesem Wert beiträgt, ist aufgrund der Finanzierung durch Beiträge und den staatlichen Bundeszuschuss nicht möglich. Durch die von der Kommission vorgeschlagenen Reformen zur Gesetzlichen Rentenversicherung – im Wesentlichen wirken hier die Anhebung der Altersgrenze und die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors – wird diese Nachhaltigkeitslücke um knapp 184 Prozentpunkte auf 271 % reduziert. Dabei entfallen 80 Prozentpunkte auf die Anhebung der Altersgrenzen und weitere 104 Prozentpunkte auf die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors. Durch diese Maßnahmen wird die langfristige Tragfähigkeit des Umlagesystems der Gesetzlichen Rentenversicherung und damit der Fortbestand des Generationenvertrags befördert.

Die Reformmaßnahmen Dynamisierung der Leistungen, finanzielle Gleichstellung von ambulanter und stationärer Pflege und intergenerativer Lastenausgleich im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung (Kapitel 5) bewirken eine gleichmäßigere Verteilung der aus dem demografischen Wandel resultierenden Lasten auf die Generationen. Entsprechend verringern diese Maßnahmen auch die gesamtstaatliche Nachhaltigkeitslücke, die dadurch um 76,5 Prozentpunkte reduziert wird. Damit ist es der Kommission gelungen, die Soziale Pflegeversicherung zumindest bis zum Jahr 2040 nachhaltig zu gestalten.

Die verbleibende Lücke in Höhe von 195 % kann weiter reduziert werden, wenn im Gesundheitswesen eine der von der Kommission vorgeschlagenen Reformoptionen (Bürgerversicherung oder Pauschalprämien) umgesetzt und durch wettbewerbsstimulierende Strukturreformen auf der Ausgabenseite zur Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen ergänzt wird. Da im Gesundheitsbereich die in der Bevölkerungsalterung angelegte Kostendynamik im Vergleich zu den Kosten des erwünschten medizinischen Fortschritts von deutlich geringerer Bedeutung ist, ist es durchaus umstritten, ob und inwieweit im Gesundheitswesen das Konzept der Generationenbilanzierung ein geeigneter Bewertungsmaßstab ist. Ohnehin ist vor allem die Finanzpolitik über die Konsolidierung der öffentlichen Haushalte (Schuldenabbau) zu einer Schließung der Nachhaltigkeitslücke gefordert.

Dies zeigt, dass die Kommission Empfehlungen vorgelegt hat, die einen relevanten Beitrag zur Erhöhung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme und zur Generationengerechtigkeit leisten.

Anhang

Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen

Gutachten von Dr. Christhart Bork

Wiesbaden, 2003

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung E-3

E-1 Reformszenarien E-3
E-1.1 Die pauschale Gesundheitsprämie E-3
E-1.2 Die Bürgerversicherung E-4

E-2 Theoretische Vorüberlegungen und einige Beispielsrechnungen E-7
E-2.1 Pauschale Gesundheitsprämie E-7
E-2.2 Bürgerversicherung E-10

E-3 Empirische Aufkommenswirkungen E-11
E-3.1 Pauschale Gesundheitsprämie E-11
E-3.2 Bürgerversicherung E-12

E-4 Empirische Verteilungswirkungen E-14
E-4.1 Pauschale Gesundheitsprämie E-15
E-4.1.1 Verteilungswirkungen differenziert nach sozialer Stellung E-17
E-4.1.2 Verteilungswirkungen differenziert nach Haushaltsgröße E-18
E-4.1.3 Verteilungswirkungen differenziert nach Haushaltstyp E-21
E-4.1.4 Effekte einer Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs E-22
E-4.1.5 Exkurs: Gesamte Umverteilungswirkungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung E-24
E-4.2 Bürgerversicherung E-25
E-4.2.1 Verteilungswirkungen differenziert nach sozialer Stellung E-27
E-4.2.2 Verteilungswirkungen differenziert nach Haushaltsgröße E-29
E-4.2.3 Verteilungswirkungen differenziert nach Haushaltstyp E-30

E-5 Vergleich der Verteilungswirkungen E-32

E-6 Vergleich der Grenzbelastungen E-33

E-7 Zusammenfassung E-35

Literatur E-38

Anhang

Vorbemerkung

Die Kommission hält es für erforderlich, dass die beiden Reformmodelle zur GKV-Finanzierung nicht nur auf Basis von qualitativen Überlegungen, sondern auch auf Basis von belastbaren quantitativen Berechnungen ihrer Wirkungen bewertet werden. Die fiskalischen und distributiven Effekte wurden bisher allerdings nur mit Hilfe von Beispielsrechnungen oder groben Abschätzungen quantifiziert. Zu keinem Reformvorschlag lag eine empirisch abgesicherte Verteilungsanalyse vor, die eine umfassende Bewertung der Belastungsverteilungen erlaubt.

Daher hat die Kommission ein Gutachten zur Quantifizierung von Aufkommens- und Verteilungswirkungen einer Finanzierungsreform in Auftrag gegeben. Gegenstand der Berechnungen waren zwei alternative Reformmodelle, nämlich das Modell einer Bürgerversicherung und das Modell pauschaler Gesundheitsprämien bei Realisierung des sozialen Einkommensausgleichs über Steuerzuschüsse für Bezieher niedriger Einkommen. Die Analyse beruht auf einem Mikrosimulationsmodell, das entsprechend der Fragestellung modifiziert worden ist.[1]

Als Ergebnis zeigt die Untersuchung zum einen auf, in welchem Umfang einzelne Bevölkerungsgruppen durch die Umstellung der Finanzierung begünstigt oder belastet werden. Zum anderen werden die aggregierten Aufkommenseffekte der Reform ermittelt.

E-1 Reformszenarien

Im Folgenden werden die beiden Reformszenarien kurz skizziert. Zum einen werden die wesentlichen Parameter des Modells der pauschalen Gesundheitsprämie dargestellt (E-2.1). Zum anderen erfolgt eine Beschreibung der Charakteristiken der Bürgerversicherung (E-2.2).

E-1.1 Die pauschale Gesundheitsprämie

Das Grundmodell der hier empirisch überprüften Reform im Gesundheitswesen ist die Abkopplung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung vom Arbeitseinkommen. Die bisherigen lohnbezogenen Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung werden aufkommensneutral durch ein pauschales Gesundheitsprämienmodell finanziert. Der soziale Ausgleich ist ebenfalls ein elementarer Bestandteil der Reform. Er wird im Rahmen von Prämienzuschüssen für Einkommensbezieher mit niedrigen Einkommen über das Steuersystem finanziert. Unterschiedliche Szenarien ergeben sich aus der Gestaltung der Zuschusskriterien.

Jede erwachsene Person, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, zahlt eine kasseneinheitliche pauschale Gesundheitsprämie, Kinder werden – wie bisher – beitragsfrei mitversichert. Zwischen den einzelnen Krankenkassen können die Prämienhöhen freilich unterschiedlich hoch ausfallen. Für die Analyse der Aufkommens- und Verteilungswirkungen wird analog zur bisherigen Finanzierung eine Durchschnittsprämie angenommen.

Der bisherige Arbeitgeberbeitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung wird für alle ab-

1 Zur detaillierten Beschreibung der Konstruktion des Simulationsmodells vgl. Bork (2000), S. 112 ff.

hängig Beschäftigten und Rentner unabhängig von der Form ihres Krankenversicherungsstatus als Bruttolohn ausbezahlt, versteuert und auch für die anderen Sozialversicherungszweige verbeitragt.[2]
Bei unverändertem Ausgabenniveau in den anderen Sozialversicherungszweigen[3] kann der Beitragssatz zu diesen entsprechend gesenkt werden. Dadurch wird für Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei Ausschüttung des Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung eine Belastungsneutralität gewährleistet. Hieraus ergibt sich eine Beitragssatzsenkung um insgesamt 1,662 Beitragssatzpunkte.

Parameter der simulierten Reformen

- Pauschale Gesundheitsprämie
  210 €/Monat
- Zumutbarer Eigenanteil
  Verschiedene Tarife
- Beitragssatzsenkung
  1,662 Beitragssatzpunkte
  - Gesetzliche Rentenversicherung
    1,170 Beitragssatzpunkte
  - Arbeitslosenversicherung
    0,390 Beitragssatzpunkte
  - Gesetzliche Pflegeversicherung
    0,102 Beitragssatzpunkte

Zusätzliche Belastungen entstehen für den Versicherten im Wesentlichen durch die Besteuerung der Arbeitgeberanteile. Diese gemäß der individuellen Leistungsfähigkeit aufgebrachten Mittel dienen der Finanzierung des sozialen Ausgleichs in Form von Prämienzuschüssen für Versicherte mit niedrigen Einkommen.[4] Dieser soziale Ausgleich stellt sicher, dass jeder Versicherte die Beiträge für die Krankenversicherung bezahlen kann und daraus keine finanziellen Überforderungen resultieren. Die Ausgestaltungsmöglichkeiten für die Zuschusskriterien erlauben es, Umverteilungsziele exakt zu unterstützen. Dies kann zum einen über einen linearen über alle Einkommen konstanten zumutbaren Eigenanteil, zum Beispiel in Höhe von 14 %, erfolgen, zum anderen ist hierzu ein Tarif denkbar, der unteren Einkommensbereichen einen niedrigeren zumutbaren Eigenanteil auferlegt. Dieser Eigenanteil könnte mit steigendem Einkommen zunehmen. Ferner ist eine Freigrenze denkbar, die speziell Niedrigeinkommen vollständig von einem zumutbaren Eigenanteil befreit. Knappe/Arnold bemessen den sozialen Ausgleich nach Äquivalenzeinkommen und berücksichtigen damit Haushaltsgrößenunterschiede als Zuschusskriterium.[5] Im Folgenden werden unterschiedliche Tariffunktionen empirisch untersucht.

Die nachfolgende Untersuchung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen beschränkt sich auf zwei Modelle des sozialen Ausgleichs (Abbildung E 1):

- Eigenanteil-Tarif 1: linearer zumutbarer Eigenanteil zur pauschalen Gesundheitsprämie in Höhe von 13,3 %.[6]
- Eigenanteil-Tarif 2: Tarif des zumutbaren Eigenanteils, der von 13,3 % auf 16 % ansteigt, in Verbindung mit einer vorgeschalteten Freigrenze in Höhe von 210 € je Monat.

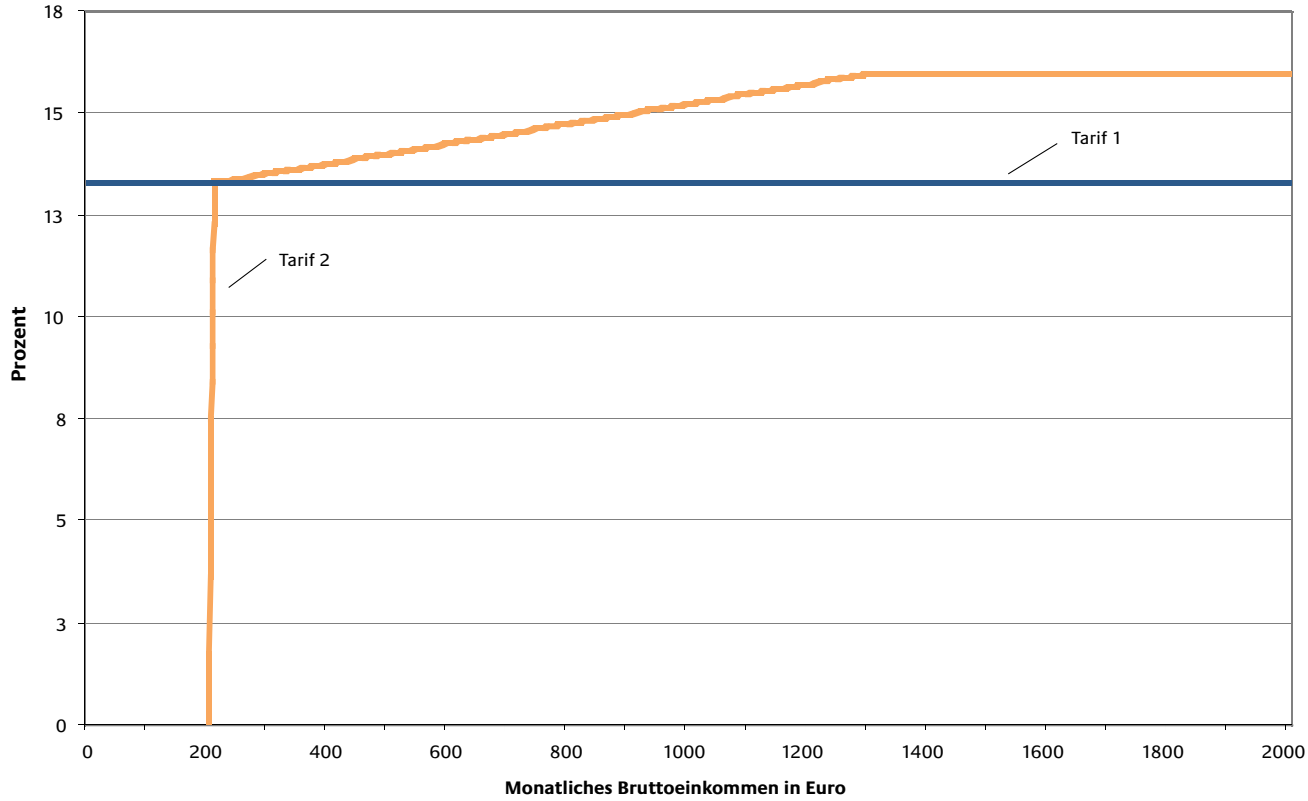
Die Grenzen, ab denen kein Zuschuss mehr gezahlt wird, liegen bei einer pauschalen Gesundheitsprämie von monatlich 210 € für den Eigenanteil-Tarif 1 bei rund 1.580 € und für den Eigenanteil-Tarif 2 bei rund 1.320 €. Für höhere Einkommen übersteigt der zumutbare Eigenanteil die Höhe der pauschalen Gesundheitsprämie.

E-1.2 Die Bürgerversicherung

Das Modell der Bürgerversicherung umfasst drei zentrale Komponenten,[7] die hauptsächlich auf eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung abzielen, das heißt, eine Vergrößerung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen.

2 Für Beamte und Pensionäre wird ein fiktiver Zuschuss des Arbeitgebers in Höhe des halben Beitrags zur Privaten Krankenversicherung beziehungsweise maximal des halben Höchstbeitrags zur Gesetzlichen Krankenversicherung unterstellt. Die Regelungen zum Sonderausgabenabzug in der Einkommensteuer bleiben unverändert.
3 Gesetzliche Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Gesetzliche Pflegeversicherung.
4 Vgl. zu dieser Vorgehensweise Knappe/Arnold 2002.
5 Vgl. Knappe/Arnold 2002.
6 Zur Begründung des zumutbaren Eigenanteils von 13,3 % vgl. Abschnitt E-4.
7 Die Spezifikation der Bürgerversicherung wurde einer kurzen Skizze, die vom Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln zur Verfügung gestellt wurde, entnommen. Unveröffentlichtes Manuskript.

Abbildung E 1: Tarife des zumutbaren Eigenanteils



- Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkommensarten.
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung in Westdeutschland in Höhe von 5.100 €.
- Erweiterung der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Einbeziehung von Beamten, Selbständigen und Landwirten sowie eine generelle Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze.

Die Charakteristika der drei Hauptkomponenten und deren Umsetzung im Rahmen der Mikrosimulation werden nachfolgend dargestellt.

Die Beitragsbemessungsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung wird im Modell der Bürgerversicherung für alle Versicherten um zwei zusätzliche Einkommensarten erweitert. Zusätzlich zu dem Einkommen aus abhängiger Beschäftigung werden „Arbeitseinkommen“ und „Vermögenseinkommen“ als weitere Einkommensarten in die Beitragspflicht der Bürgerversicherung einbezogen. Das „Arbeitseinkommen“ umfasst die nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelten Gewinne aus Land- und Forstwirtschaft, selbständiger Arbeit beziehungsweise Gewerbebetrieb. Diese Arbeitseinkommen werden dem Bruttoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit gleichgestellt. Der Beitrag auf Arbeitseinkommen umfasst den Arbeitgeber- und den Arbeitnehmerbeitrag, das heißt, sie werden dem vollen Beitragssatz unterworfen. Diese „Arbeitgeberbeiträge“ sind dann als Betriebsausgaben zu werten und folglich steuerlich absetzbar; mithin können die „Arbeitgeberbeiträge“ von ihrer eigenen Bemessungsgrundlage abgezogen werden, da sie die Gewinne vermindern. Dies wird jedoch hier zur Vereinfachung bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge nicht berücksichtigt. Das bedeutet, dass die steuerlich ermittelten Einkünfte direkt als Bemessungsgrundlage zur Bürgerversicherung herangezogen werden und im Rahmen der folgenden einkommensteuer-

lichen Veranlagung um einen fiktiven Arbeitgeberbeitrag reduziert werden. Dies impliziert eine steuerliche Subventionierung der Beitragszahlung von Selbständigen, Gewerbetreibenden sowie Land- und Forstwirten, die zuvor aus dem versteuerten Einkommen zu leisten waren. Würde man die Versicherungsbeiträge anhand der reduzierten Gewinneinkommen bemessen, fielen die unten errechneten Beitragssatzeffekte tendenziell etwas geringer aus.

Die „Vermögenseinkommen“ umfassen Einnahmen aus Kapitalvermögen nach § 20 Einkommensteuergesetz (EStG) nach Abzug der Werbungskosten, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung nach § 21 EStG nach Abzug der Werbungskosten sowie gegebenenfalls weitere Einkünfte (§ 22f EStG). Auf Vermögenseinkommen wird analog zu den oben definierten „Arbeitseinkommen“ der volle Beitragssatz erhoben. Allerdings ist der fiktive Arbeitgeberanteil im Rahmen der „Vermögenseinkommen“ nicht steuerlich absetzbar. Hieraus möglicherweise resultierende Verhaltensanpassungen, die beispielsweise in einer „Verschiebung“ von Einkommen aus Kapitalvermögen oder Vermietung und Verpachtung in die Gewinnermittlung eines Gewerbebetriebs und damit in den Bereich der „Arbeitseinkommen“ bestehen könnten, bleiben unberücksichtigt.

Sowohl im Rahmen der Ermittlung des „Arbeitseinkommens“ als auch des „Vermögenseinkommens“ wird ein horizontaler Verlustausgleich zwischen diesen einzelnen Einkommensarten ausgeschlossen, dies bedeutet, dass ausschließlich positive Einkommen in die Beitragsermittlung einfließen. Der Verlustausgleich als elementarer Bestandteil des Einkommensteuerrechts ist im Sozialrecht nicht vorgesehen.

Die zweite Komponente sieht die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung vor. Die Beitragsbemessungsgrenze wird bundeseinheitlich von derzeit 3.450 € je Monat auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung in Westdeutschland in Höhe von 5.100 € je Monat angehoben. Die Beitragsbemessungsgrenze soll für jede Person mit eigenem, beitragspflichtigem Einnahmen (Lohn/Gehalt, Kapitaleinkünfte, Miete/Pacht) gelten. Das Einkommen aus unterschiedlichen Quellen wird bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen. Analog zum derzeitig geltenden Recht erfolgt die Einbeziehung der beitragsfrei in der Familienversicherung Versicherten dann, wenn deren Einkommen ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße in Höhe von 340 € übersteigt.

Die dritte Komponente sieht die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze beziehungsweise eine deutliche Erweiterung der Versicherungspflicht vor. Es besteht eine generelle Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Private Krankenversicherung als Vollversicherung würde damit ausgeschlossen. Alle sozialen Gruppen wären gleichsam in einer Volksversicherung obligatorisch versichert.

Die Auswirkungen der Bürgerversicherung werden in zwei Schritten simuliert. Der erste Schritt umfasst die beiden ersten Komponenten, das heißt eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten und eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf einheitlich 5.100 € je Monat. Diese beiden Komponenten dürften bei einer Einführung zeitgleich wirksam werden. Zugleich wird der Beitragssatz zur Bürgerversicherung soweit gesenkt, dass eine Aufkommensneutralität im Vergleich zum Status quo gewährleistet ist (Stufe 1).

Der zweite Schritt enthält die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze inklusive der Einbeziehung von Beamten, Landwirten und Selbständigen (Stufe 2). Dies dürfte wegen verfassungsrechtlicher Probleme und aus Gründen des Vertrauensschutzes kaum ohne eine (lange) Übergangszeit umsetzbar sein, da damit der Privaten Krankenversicherung und der Krankenversicherung der Landwirte in ihrer bisherigen Form die Geschäftsgrundlage entzogen würde. Die Simulation der Stufe 2, in

der die gesamte Bevölkerung in der Bürgerversicherung versichert ist, stellt somit eher einen fiktiven Zustand dar, der sich im Jahre 2003 ergeben würde, wenn alle bisherigen privat Versicherten sowie alle Landwirte in die Bürgerversicherung einbezogen würden. Durch den erweiterten Versichertenkreis steigen natürlich auch die Gesamtausgaben der Bürgerversicherung im Vergleich zur derzeitigen Gesetzlichen Krankenversicherung. In der Simulation wird unterstellt, dass die ehedem privat Versicherten identische Ausgaben je Versicherten verursachen wie die gegenwärtigen Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung.[8] Der sich durch die Erweiterung des Versichertenkreises ergebende Beitragssatzsenkungsspielraum wird in der Simulation ebenfalls abgebildet. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass diese Beitragssatzsenkung wegen der genannten Gründe nur sehr langfristig wirksam wird.

E-2 Theoretische Vorüberlegungen und einige Beispielsrechnungen

Mit Hilfe des Mikrosimulationsmodells werden die Änderungen in der Einkommensverteilung gegenüber dem Status quo, also gegenüber dem derzeit geltenden Recht, bestimmt. Dabei kann nicht direkt aus der Tatsache, dass einzelne Gruppen gegenüber der Ausgangssituation entlastet oder belastet werden, eine unmittelbare Bewertung der Reform abgeleitet werden. Bei dieser Vorgehensweise würden nämlich die heutigen Verteilungswirkungen des Steuer- und Transfersystems als Bewertungsmaßstab für Reformen verwendet.

Reformen der heutigen Finanzierung werden jedoch zum Teil vorgeschlagen, um einzelne als „ungerecht“ empfundene Belastungsverteilungen zu reduzieren, etwa die im Verhältnis zum Gesamteinkommen geringere Belastung von Rentnern gegenüber Arbeitnehmern oder die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten eines Alleinverdieners gegenüber Haushalten mit zwei Einkommensbeziehern und identischem, über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden, Haushaltsgesamteinkommen. Daher muss bei der Interpretation der Ergebnisse stets beachtet werden, dass einige auf den ersten Blick als „ungerecht“ empfundene Verteilungseffekte durchaus gewollt sein können, weil sie bestehende „Ungerechtigkeiten“ beseitigen.

E-2.1 Pauschale Gesundheitsprämie

Um die grundsätzliche Richtung der Verteilungswirkungen einer Umstellung der Finanzierung auf eine pauschale Gesundheitsprämie aufzuzeigen, wird nachfolgend ein Fallbeispiel analysiert, das die grundsätzlichen Wirkungsmechanismen darlegt. Das Fallbeispiel geht von einer alleinstehenden Person aus, die ausschließlich Einkommen aus nichtselbständiger Arbeit bezieht. Hierzu wird das oben beschriebene Reformmodell in drei Elemente zerlegt. Das erste Element umfasst ausschließlich die Umstellung der Finanzierung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung auf ein pauschales Gesundheitsprämienmodell ohne einen sozialen Ausgleich. Im zweiten Element werden die Wirkungen des sozialen Ausgleichs aufgezeigt. In einem dritten wird der Effekt, der aus der Ausschüttung und Versteuerung der bisherigen Arbeitgeberbeiträge resultiert, dargestellt. Abschließend ergibt sich die Gesamtwirkung als Summe der einzelnen Elemente.

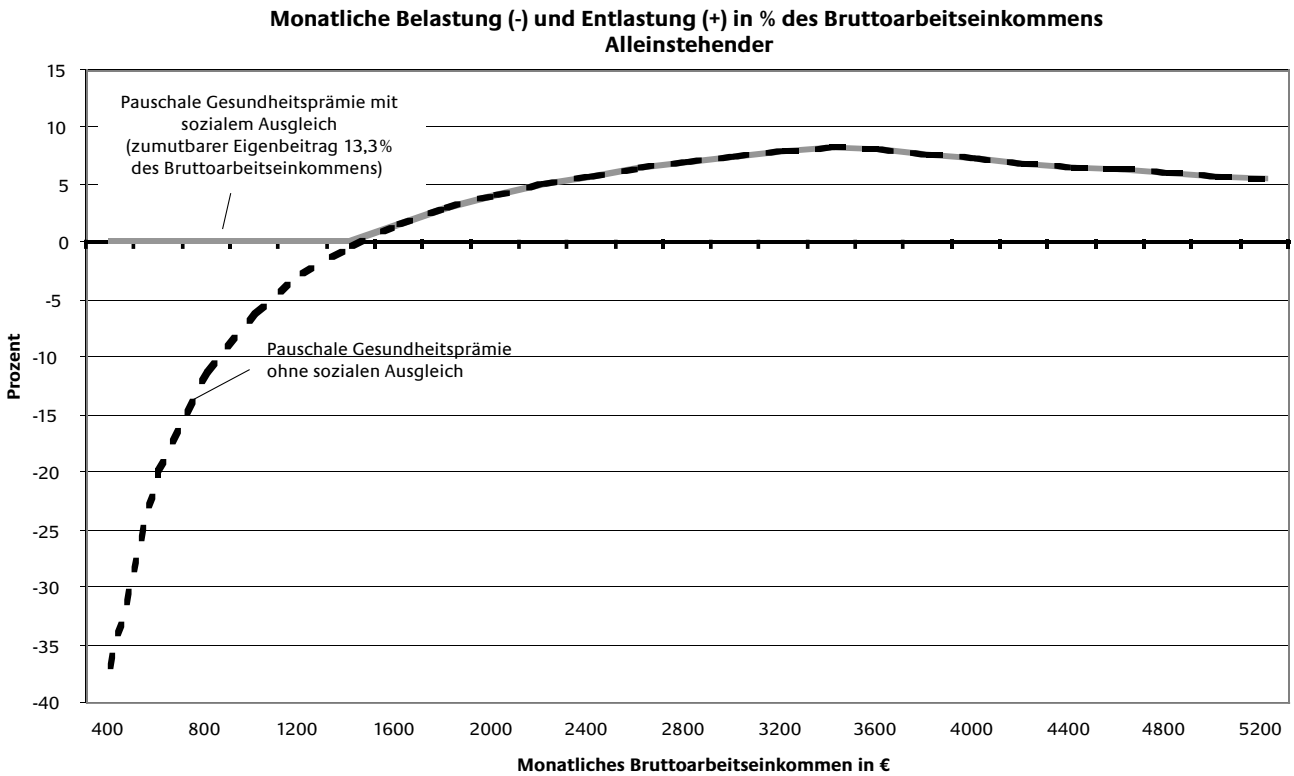
Aus dem ersten Schritt, der Umstellung der gegenwärtigen Finanzierung auf ein Pauschalprämien-Modell mit identischen Beiträgen in Höhe von 205 € je Erwachsenem ohne sozialen Ausgleich ergäben sich – bei typisierter Betrachtung – stark regressive finanzielle Verteilungseffekte (Abbildung E 2). Da ein Beitragssystem, das auf für jeden Versicherten einheit-

8 Ursprünglich war es vorgesehen, dass für die in die Bürgerversicherung hineinwachsenden Personen auch andere Ausgabenprofile in Ansatz gebracht werden. Hierzu sollten vom Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln entsprechende Daten zur Verfügung gestellt werden. Bis zur Erstellung dieses Berichts lagen jedoch keine spezifischen Ausgabenprofile vor.

lichen, identischen Prämien beruht, naturgemäß keinerlei Umverteilungseffekte auf der Finanzierungsseite hat, wird durch den Vergleich mit dem Status quo deutlich, dass die derzeitige lohnbezogene Finanzierungsart für sich genommen stark umverteilende Effekte hat. Diese Betrachtung lässt freilich die aus der Gesetzlichen Krankenversicherung zufließenden Sachleistungen beziehungsweise Geldleistungen unberücksichtigt. Die gemeinhin als negativ erachteten Verteilungseffekte einer Umstellung auf pauschale Gesundheitsprämien, die zu einer relativen Mehrbelastung der niedrigeren Einkommensklassen führen, lassen sich gänzlich beseitigen, wenn man im zweiten Schritt die Eigenleistung der Versicherten auf einen zumutbaren Eigenbeitrag in Höhe von 13,3 % des Bruttoarbeitseinkommens beschränkt. Dies stellt sicher, dass gegenüber der Ausgangssituation bezogen auf die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung kein Versicherter schlechter gestellt wird (graue Linie). Ab der Einkommenshöhe, bei der der durchschnittliche Beitrag der derzeitigen lohnbezogenen Finanzierung den einheitlichen Prämienbetrag übersteigt (ca. 1.458 € monatliches Bruttoarbeitseinkommen), nehmen die relativen Entlastungen bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung zu. Die maximale Entlastung beträgt knapp 8,4 % des Bruttoarbeitseinkommens. Übersteigt das Bruttoarbeitseinkommen die Beitragsbemessungsgrenze, geht die Entlastung merklich zurück (siehe Abbildung E-2).

Im dritten Schritt werden die Effekte, die sich aus einer Ausschüttung der bisherigen Arbeitgeberanteile ergeben, simuliert. In der Besteuerung wird unmittelbar der progressive Einkommensteuertarif ersichtlich (Abbildung E 3).[9] Entsprechend wird der soziale Ausgleich progressiv finanziert. Einkommen bis zum einkommensteuerlichen Grundfreibetrag erfahren keinerlei zusätzliche Belastung durch den ausgeschütteten Arbeitgeberanteil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ab einem monatlichen Bruttoarbeitseinkommen von etwa 850 € nehmen die relativen Belastungen durch die Besteuerung nahezu kontinuierlich bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung auf maximal gut 3 % des

Abbildung E 2: Finanzielle Wirkungen einer Umstellung auf Pauschalprämien und des sozialen Ausgleichs

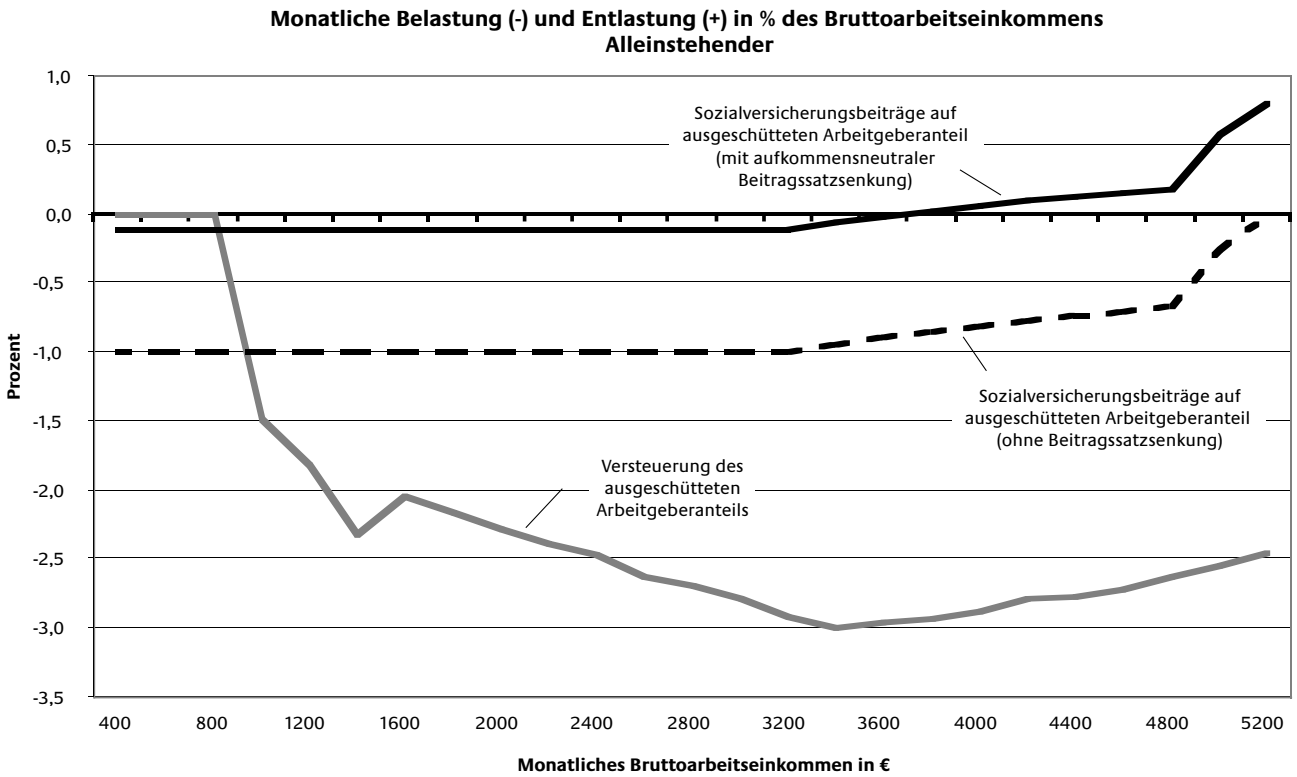


9 Die Einkommensteuerschuld wurde mit dem Lohnsteuerberechnungsmodell des Bundesministerium der Finanzen ermittelt. Vgl. www.bundesfinanzministerium.de.

Bruttoarbeitseinkommens zu, um mit weiter steigendem Einkommen leicht abzunehmen. Die ausgeschütteten Arbeitgeberanteile auch der Sozialbeitragspflicht werden unterworfen. Für sich genommen ergäbe sich für den Arbeitnehmer eine proportionale zusätzliche Belastung von knapp 1 % des Bruttoarbeitseinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung. Da ab dieser Beitragsbemessungsgrenze lediglich ein gleichbleibender Maximalbeitrag ausgeschüttet wird, nehmen die relativen Belastungen durch zusätzliche Sozialversicherungsbeiträge ab und sinken bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Rentenversicherung auf null. Durch die zusätzlichen Sozialversicherungsbeiträge würden auch die Belastungen der Arbeitgeber ebenso zunehmen. Daher sieht das Konzept eine lineare aufkommensneutrale Senkung der Beitragssätze zur Gesetzlichen Rentenversicherung, Pflegeversicherung und Arbeitslosenversicherung vor. Auf der Basis der empirischen Analyse impliziert dies eine Beitragssatzsenkung um insgesamt 1,662 Prozentpunkte beziehungsweise eine lineare Reduktion aller Sozialversicherungsbeitragssätze um 6 %. Hieraus ergibt sich eine Parallelverschiebung der Belastungskurve in Richtung Abszisse, so dass im Bereich der Sozialversicherungsbeiträge nur sehr geringe Umverteilungswirkungen abzusehen sind. Lediglich eine geringfügige Entlastung durch die Beitragssatzreduktion erfahren Versicherte an der Beitragsbemessungsgrenze zur Gesetzlichen Rentenversicherung.

Wird der Gesamteffekt einer Umstellung auf ein System der pauschalen Gesundheitsprämie betrachtet, ergeben sich für Alleinstehende im Einkommensbereich bis 800 € keine Mehrbelastungen (Abbildung E 4). Durch die Besteuerung des ausgeschütteten Arbeitgeberanteils entstehen in der Einkommensklasse von 800 € bis etwa 1.700 € leichte finanzielle Belastungen von bis zu 2,3 % des Bruttoarbeitseinkommens. Im darüber liegenden Einkommens-

Abbildung E 3: Finanzielle Wirkungen der Ausschüttung der Arbeitgeberanteile zur Gesetzlichen Krankenversicherung



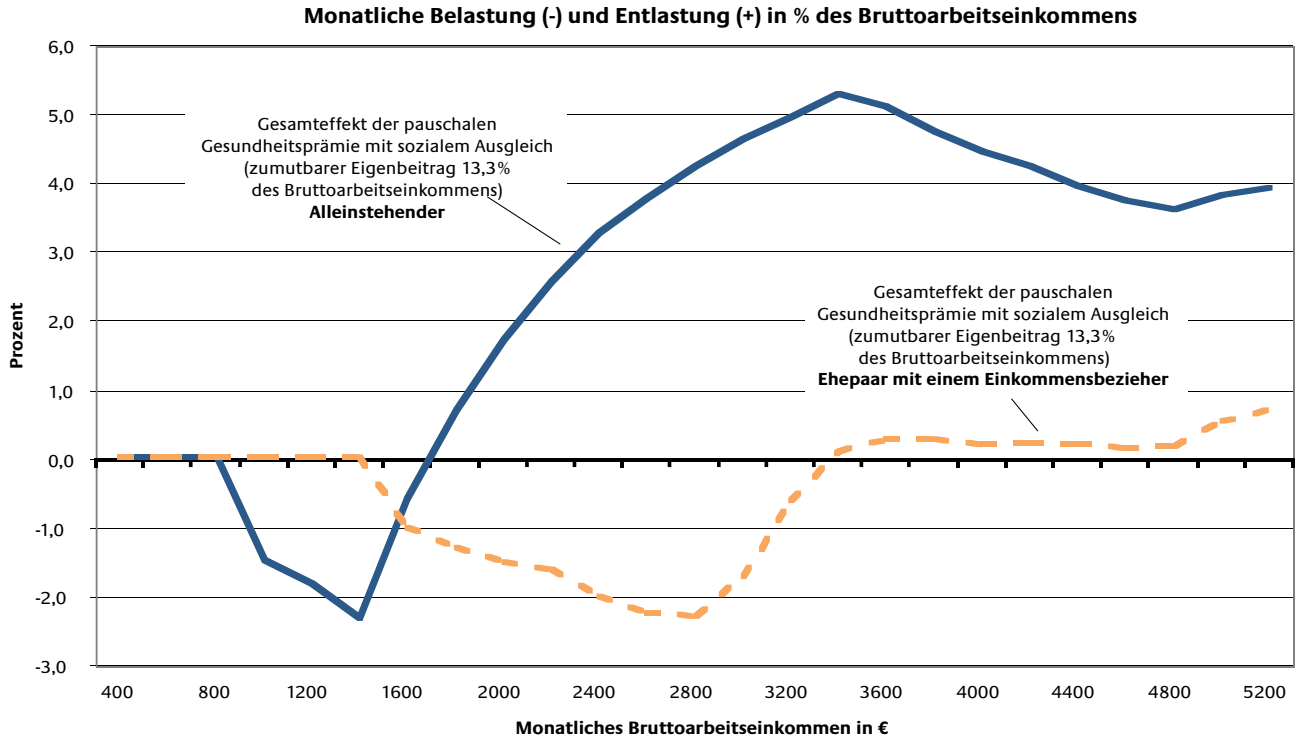
bereich steigen die Entlastungen bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung stetig auf bis zu 5,3 % des Bruttoarbeitseinkommens an, darüber hinaus geht die relative Entlastung wieder zurück. Im Vergleich zu einem Alleinstehenden unterscheiden sich die Belastungsveränderungen eines Ehepaares in drei Punkten. Der Bereich des verdoppelten einkommensteuerlichen Grundfreibetrags, in dem keinerlei Belastungsverschiebungen auftreten, wird auf ein monatliches Bruttoarbeitseinkommen von rund 1.600 € erweitert. Der steuerlich induzierte Belastungsbereich wird aufgrund des Splittingverfahrens auf der Einkommensskala ausgedehnt. In höheren Einkommensbereichen sind aufgrund des Wegfalls der beitragsfreien Mitversicherung des Ehepartners weder Belastungen noch Entlastungen vorzufinden. Lediglich an der Beitragsbemessungsgrenze zur Gesetzlichen Rentenversicherung kommt es zu geringen Entlastungen, die auf die Senkung der Sozialversicherungsbeiträge zurückzuführen sind.

E-2.2 Bürgerversicherung

Im Gegensatz zur pauschalen Gesundheitsprämie dürften die theoretischen Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung grundsätzlich weniger komplex sein, da hauptsächlich nur die Finanzierung der Krankenversicherung von der Reform tangiert wird. Durch die mit der Bürgerversicherung generierten Senkungen des allgemeinen Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung werden Arbeitnehmer und Rentner grundsätzlich entlastet, aber nur dann, wenn sie keine anderen Einkünfte haben, die nun zusätzlich verbeitragt werden. Durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten allein könnten sich generell zusätzliche Belastungen nur für Versicherte mit einem Arbeitseinkommen unter der Beitragsbemessungsgrenze ergeben. Andere Einkünfte von Personen mit einem Arbeitseinkommen über der Beitragsbemessungsgrenze würden nicht belastet. Wohl um diesen Effekt etwas abzumildern und um höhere zusätzliche Einnahmen zu generieren, wird die Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 € je Monat angehoben. Von diesem Heraufsetzen der Beitragsbemessungsgrenze sind insbesondere Versicherte mit einem Einkommen über der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze von 3.450 € je Monat betroffen.

Wenn mit der Aufhebung der Versicherungs-

Abbildung E 4: Finanzielle Wirkungen einer pauschalen Gesundheitsprämie



pflichtgrenze eine sofortige Einbeziehung der derzeit privat Versicherten verbunden ist, dann wird dieser Personenkreis schlechter gestellt, sofern ihre derzeitigen Beiträge zur Privaten Krankenversicherung unterhalb der künftigen Beiträge zur Bürgerversicherung liegen. Dies dürften im Wesentlichen Personen sein, die ein Einkommen über der derzeitigen Versicherungspflichtgrenze beziehen. Hinzu kommt, dass die Arbeitgeber dieser Privatversicherten ebenfalls Mehrbelastungen hinnehmen müssen. Im Hinblick auf bestimmte soziale Gruppen dürften insbesondere die Gruppe der Beamten und der Pensionäre von einer obligatorischen Bürgerversicherung negativ berührt sein, da sie hauptsächlich privat versichert sind. Da Rentner vielfach neben ihrer Sozialrente noch weitere Einkunftsquellen haben, werden auch sie stärker belastet. Auf eine ausführliche Beispielsrechnung wird bei der Bürgerversicherung verzichtet, da das System der Beitragserhebung im Grundsatz beibehalten wird; zudem wären für eine Beispielsrechnung zu viele Annahmen – beispielsweise über die Zusammensetzung der Einkünfte – erforderlich.

E-3 Empirische Aufkommenswirkungen

E-3.1 Pauschale Gesundheitsprämie

Die mit dem Mikrosimulationsmodell ermittelten empirischen Aufkommenseffekte, das heißt die aggregierten finanziellen Gesamteffekte, verschiedener Reformmaßnahmen für die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung werden grundsätzlich nach den Sektoren Staat, private Haushalte und Unternehmen differenziert. Für den Sektor des Staates werden sowohl die Sichtweise der Gebietskörperschaften als auch die der Gesetzlichen Krankenversicherung und der drei anderen Sozialversicherungszweige unterschieden. Da das Mehraufkommen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs und nicht zur allgemeinen Deckung der öffentlichen Haushalte zur Verfügung stehen soll, wird keine Zerlegung des zusätzlichen Aufkommens aus der Lohn- und Einkommensteuer entsprechend der Zerlegungsquoten dieser Gemeinschaftsteuer (42,5 : 42,5 : 15,0) an Bund, Länder und Gemeinden vorgenommen. Für die Gesetzliche Krankenversicherung wird eine Aufkommensneutralität sichergestellt. Die pauschale Gesundheitsprämie wird so bemessen, dass das gegebene Ausgabenvolumen der Gesetzlichen Krankenversicherung erreicht wird. Aufkommensdifferenzen von weniger als 500 Mio. € liegen innerhalb der üblichen Bandbreite von Schätzabweichungen und werden daher toleriert. Ferner werden empirische Aufkommensdaten für die Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Pflegeversicherung und Arbeitslosenversicherung ausgewiesen, wobei auch hier durch Beitragssatzsenkungen eine Aufkommensneutralität gewährleistet ist. Analog erfolgt die Analyse der Aufkommenseffekte für die privaten Haushalte und den Unternehmenssektor differenziert nach den jeweiligen Zahlungsströmen. Die Untersuchung wird aufgrund der geplanten Steuersatzsenkung ab dem Veranlagungsjahr 2005 für die Jahre 2003 und 2005 durchgeführt, wobei auf das Jahr 2003 der Hauptaugenmerk gerichtet ist, da für eine Simulation des Jahres 2005 erhebliche Unsicherheiten bezüglich der Fortschreibung der Einkommen bestehen.

In der Sichtweise des Fiskus und der Parafiski ergibt sich für das Jahr 2003 – unter Zugrundelegung des geltenden Rechts bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von 14,4 % – aus dem Mikrosimulationsmodell ein Beitragsaufkommen von 139,8 Mrd. €. Aus der pauschalen Gesundheitsprämie in Höhe von 210 € je Monat und je erwachsenem Versicherten resultiert ein Beitragsvolumen von 140,1 Mrd. € (Tabelle E 1). Damit ist eine Aufkommensneutralität für die Gesetzliche Krankenversicherung sichergestellt. Die Ausschüttung

der bisherigen Arbeitgeberanteile zur Gesetzlichen Krankenversicherung von knapp 70 Mrd. € und der Zuschüsse der Arbeitgeber für privat Versicherte führt zu einem zusätzlichen Aufkommen an Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag von 18,6 Mrd. €. Aufgrund der geplanten Steuersatzsenkung im Jahre 2005 reduzieren sich die Mehreinnahmen um etwa 1,6 Mrd. € auf rund 17 Mrd. €, so dass sich unter sonst gleichen Bedingungen ein entsprechender zusätzlicher Finanzierungsbedarf ergibt.[10] Etwa 2,5 Mrd. € dieses zusätzlichen Steueraufkommens entfallen auf die Steuerpflicht der Zuschüsse der Arbeitgeber für privat Versicherte. Da der zusätzliche Bruttolohn, sofern eine Versicherungspflicht gegeben ist, auch für die anderen Sozialversicherungszweige beitragspflichtig ist, kann durch eine Senkung der Beitragssätze von 27,7 % (19,5 + 6,5 + 1,7) auf 26,04 % eine weitgehende Aufkommensneutralität gewährleistet werden.

Der Zuschuss zur Begrenzung der Beitragsbelastung (sozialer Ausgleich) erreicht im **Tarif 1** (linearer zumutbarer Eigenbeitrag von 13,3 % des Bruttolohns) ein Volumen von 28,4 Mrd. €. Der **Tarif 2** (ansteigender zumutbarer Eigenbeitrag von 13,3 % auf 16 % des Bruttolohns) erfordert ein Zuschussvolumen von 22,6 Mrd. €. Saldiert man von diesen Größen das zusätzliche Steueraufkommen, beträgt das Nettovolumen, das durch allgemeine Mittel zu finanzieren ist, 9,9 Mrd. € beziehungsweise 4,1 Mrd. €. Durch einen geringfügigen Aufkommenseffekt in der Gesetzlichen Krankenversicherung und den anderen Sozialversicherungszweigen erhöht sich der Gesamteffekt um 0,3 Mrd. € leicht.

Betrachtet man die Reform aus der **Sichtweise der privaten Haushalte**, wird ersichtlich, dass die Nettozahlungen des Staates ausschließlich an die privaten Haushalte fließen. Je nach zu Grunde gelegtem Tarif des zumutbaren Eigenanteils erhalten die privaten Haushalte Mittel in Höhe von 9,9 Mrd. € beziehungsweise 4,1 Mrd. €. Der gesamte soziale Ausgleich im System einer pauschalen Gesundheitsprämie lässt sich nunmehr offen und transparent anhand des Zuschusses zur Begrenzung der Beitragsbelastung ablesen. Wird die Finanzierung des sozialen Ausgleichs aus dem Einkommensteueraufkommen bestritten, ist im Regelfall eine progressive Finanzierung gewährleistet.

Aus der Sichtweise der Arbeitgeber ist die Reform de facto belastungsneutral. Lediglich durch die nicht vollkommen exakt aufkommensneutrale Senkung der Beitragssätze in der Modellierung der Gesetzlichen Rentenversicherung, Gesetzlichen Pflegeversicherung und Arbeitslosenversicherung ergibt sich für diese Gruppe eine geringfügige Entlastung von rund 0,3 Mrd. €.

E-3.2 Bürgerversicherung

Die Aufkommenseffekte der Bürgerversicherung im Jahre 2003 sind in der ersten Stufe aufgrund der Beitragssatzsenkung definitionsgemäß nahezu null, da ein zusätzliches Aufkommen stets im Wege einer Beitragssatzsenkung den Erwerbstätigen zurückgegeben werden soll (Tabelle E 2). Die Erweiterung der Bemessungsgrundlage erbrächte ein zusätzliches Beitragsaufkommen von 5,3 Mrd. € beziehungsweise ermöglicht eine Senkung der Beitragssätze um ungefähr 0,5 Prozentpunkte. Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf monatlich 5.100 € würde zu einem zusätzlichen Beitragsaufkommen von 8,0 Mrd. € führen und damit eine weitere Beitragssatzsenkung um 0,8 Prozentpunkte ermöglichen. Beide Maßnahmen zusammengenommen erlauben eine Senkung der Beitragssätze um 1,3 Prozentpunkte, so dass der durchschnittliche Beitragssatz von 14,4 % auf 13,1 % vermindert werden könnte.

Wird die erste Stufe der Bürgerversicherung um die zweite Stufe erweitert, das heißt, um die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze in Verbindung mit der Einbeziehung der Beamten, Selbständigen und Landwirte, kann

10 Wegen der Unsicherheit bezüglich der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in den kommenden beiden Jahren wurde für die Simulation der Aufkommenswirkungen des Jahres 2005 ein unverändertes Einkommen der Haushalte unterstellt, das heißt, es wurde anstelle des Einkommensteuerrechts 2003 das künftige Recht angewandt. Im Hinblick auf die Verteilungswirkungen ergeben sich lediglich marginale Unterschiede, so dass auf eine entsprechende Darstellung verzichtet wurde.

Tabelle E 1: Aufkommenseffekte der pauschalen Gesundheitsprämie

	Tarif 1	Tarif 2
	Mrd. Euro	
SICHTWEISE DES FISKUS UND PARAFISCUS		
Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil zur GKV nach geltendem Recht	139,8	139,8
Aufkommen pauschale Gesundheitsprämie (210 Euro/Monat)	140,1	140,1
Finanzierungseffekt der GKV	0,3	0,3
Finanzierungseffekte in den Sozialversicherungszweigen	-0,7	-0,7
davon:		
Gesetzliche Rentenversicherung	-0,4	-0,4
Arbeitslosenversicherung	-0,2	-0,2
Gesetzliche Pflegeversicherung	-0,1	-0,1
Mehreinnahmen Einkommensteuer inkl. Solidaritätszuschlag	18,6	18,6
Zuschuss zur Begrenzung der Beitragsbelastung (Sozialer Ausgleich)	-28,4	-22,6
Steuern abzüglich Zulage	-9,9	-4,1
GKV-Mindereinnahmen	0,3	0,3
Finanzierungseffekte in den Sozialversicherungszweigen	-0,7	-0,7
Gesamteffekt	**-10,2**	**-4,4**
SICHTWEISE DER PRIVATEN HAUSHALTE		
Zusätzlicher Barlohn durch Ausschüttung der Arbeitgeberbeiträge zur GKV	69,9	69,9
Arbeitnehmerbeiträge zur GKV	69,9	69,9
Pauschale Gesundheitsprämie	-140,1	-140,1
Zuschuss zur Begrenzung der Beitragsbelastung (Sozialer Ausgleich)	28,4	22,6
Veränderung der Beitragsbelastung zu den anderen Sozialversicherungszweigen	0,3	0,3
davon:		
Gesetzliche Rentenversicherung	0,2	0,2
Arbeitslosenversicherung	0,1	0,1
Gesetzliche Pflegeversicherung	0,0	0,0
Zusätzliche Steuerbelastung (Einkommensteuer inkl. Solidaritätszuschlag)	-18,6	-18,6
Gesamteffekt	**9,9**	**4,1**
SICHTWEISE DER ARBEITGEBER		
Arbeitgeberbeiträge nach geltendem Recht zur GKV	69,9	69,9
Ausschüttung der Arbeitgeberbeiträge als Barlohn	-69,9	-69,9
Veränderung der Beitragsbelastung zu den anderen Sozialversicherungszweigen	0,3	0,3
davon:		
Gesetzliche Rentenversicherung	0,2	0,2
Arbeitslosenversicherung	0,1	0,1
Gesetzliche Pflegeversicherung	0,0	0,0
Gesamteffekt	**0,3**	**0,3**

Abweichungen in den Summen durch Rundung der Zahlen
(+) Entlastung (-) Belastung

durch das daraus generierte Mehraufkommen eine weitere Senkung der Beitragssätze um 0,7 Prozentpunkte auf durchschnittlich 12,4 % vorgenommen werden. Durch den Wegfall der Versicherungspflichtgrenze und die Ausweitung der Versicherungspflicht auf Beamte, Selbständige und Landwirte würde der Versichertenkreis der Bürgerversicherung im Vergleich zum derzeitigen System der Gesetzlichen Krankenversicherung um knapp 7,2 Millionen Personen vergrößert. Hierdurch steigen die Gesamtausgaben der Bürgerversicherung um knapp 18 Mrd. € (siehe Tabelle E 2).[11]

Im Status quo ergibt sich ein Beitragsaufkommen zur Gesetzlichen und zur Privaten Krankenversicherung von rund 155 Mrd. €. Für die Bürgerversicherung ist ein Beitragsaufkommen von 157,7 Mrd. € erforderlich, das mit einem Beitragssatz von 12,4 % finanziert werden kann. Durch die Erweiterung des Versichertenkreises verändert sich auch der Wert eines Beitragssatzpunkts. Ergeben sich im Status quo aus einer Erhöhung des Beitragssatzes um einen Prozentpunkt Mehreinnahmen von rund 10,6 Mrd. €, so erhöht sich dieser Wert infolge des größeren Versichertenkreises auf etwa 12,8 Mrd. €.

Die einkommensteuerliche Absetzbarkeit der vom Versicherten zu zahlenden Arbeitgeberbeiträge bei Selbständigen führt zu Steuermindereinnahmen von 0,2 Mrd. € in der ersten Stufe und von 0,7 Mrd. € in der zweiten Stufe der Bürgerversicherung.

E-4 Empirische Verteilungswirkungen

Die empirischen Verteilungswirkungen werden jeweils gemessen an den veränderten Finanzströmen einzelner Haushalte. Diese Veränderungen werden in Relation zum verfügbaren Einkommen gesetzt. Alternativ hätte man die

Tabelle E 2: Aufkommenseffekte der Bürgerversicherung

	Stufe 1			Stufe 2
	Einbeziehung weiterer Einkunftsarten a	Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze b	Insgesamt (a + b) c	Erweiterung d. Versichertenkreises (einschl. Stufe 1) d
	Mrd. Euro			
Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil zur GKV nach geltendem Recht	139,8			
Beitragsaufkommen Bürgerversicherung (ohne Beitragssatzsenkung)	145,1	147,8	153,1	183,4
Finanzierungseffekt der Krankenversicherung	5,3	8,0	13,3	25,7
Zusätzliche Ausgaben infolge der Erweiterung des Versichertenkreises	-	-	-	17,9
Einnahmen nach Senkung des Beitragsatzes	-	-	139,5	158,2
Finanzierungseffekt der Bürgerversicherung	-	-	-0,3	0,5
Wert eines Beitragssatzpunktes	-	-	10,6	12,8
Mindereinnahmen Einkommensteuer inkl. Solidaritätszuschlag	-	-	-0,2	-0,7
	Prozentpunkte			
Beitragssatzsenkung	0,5	0,8	1,3	2,0

11 Es wurden für den erweiterten Versichertenkreis identische Ausgabenprofile unterstellt. Vgl. Fn. 8.

Veränderungen auch ins Verhältnis zum Bruttoeinkommen setzen können; hierdurch würden sich die relativen Änderungen im Durchschnitt etwa halbieren. Um die Wirkungsrichtungen zu erfassen, erfolgt eine Aggregation zu Bruttoeinkommensklassen. Für die Haushalte in den jeweiligen Einkommensklassen werden dann die durchschnittlichen Belastungen und Entlastungen ermittelt. Eine aggregierte Betrachtungsweise ist erforderlich, um einige generalisierbare Aussagen bezüglich der erwarteten Verteilungswirkungen zu gewinnen. Da die Verteilungswirkungen aufgrund der heterogenen Zusammensetzung der Haushalte sehr unterschiedlich ausfallen können, sind weitere Differenzierungen erforderlich. Im Folgenden werden die Verteilungswirkungen differenziert nach sozialer Stellung, Haushaltsgröße und Haushaltstyp ausgewiesen. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss man stets berücksichtigen, dass als Basis der Analyse der finanzielle Status quo herangezogen wird, der zahlreiche Inkonsistenzen in den Verteilungswirkungen aufweist.[12] Im Folgenden werden die empirischen Verteilungswirkungen stets in Relation zum verfügbaren Einkommen, das heißt, dem Bruttoeinkommen abzüglich Steuern und Beiträgen zur Sozialversicherung, ausgewiesen. Dies hat den Vorteil, dass die Belastungen und Entlastungen an der zur individuellen Einkommensverwendung zur Verfügung stehenden Größe bemessen werden.

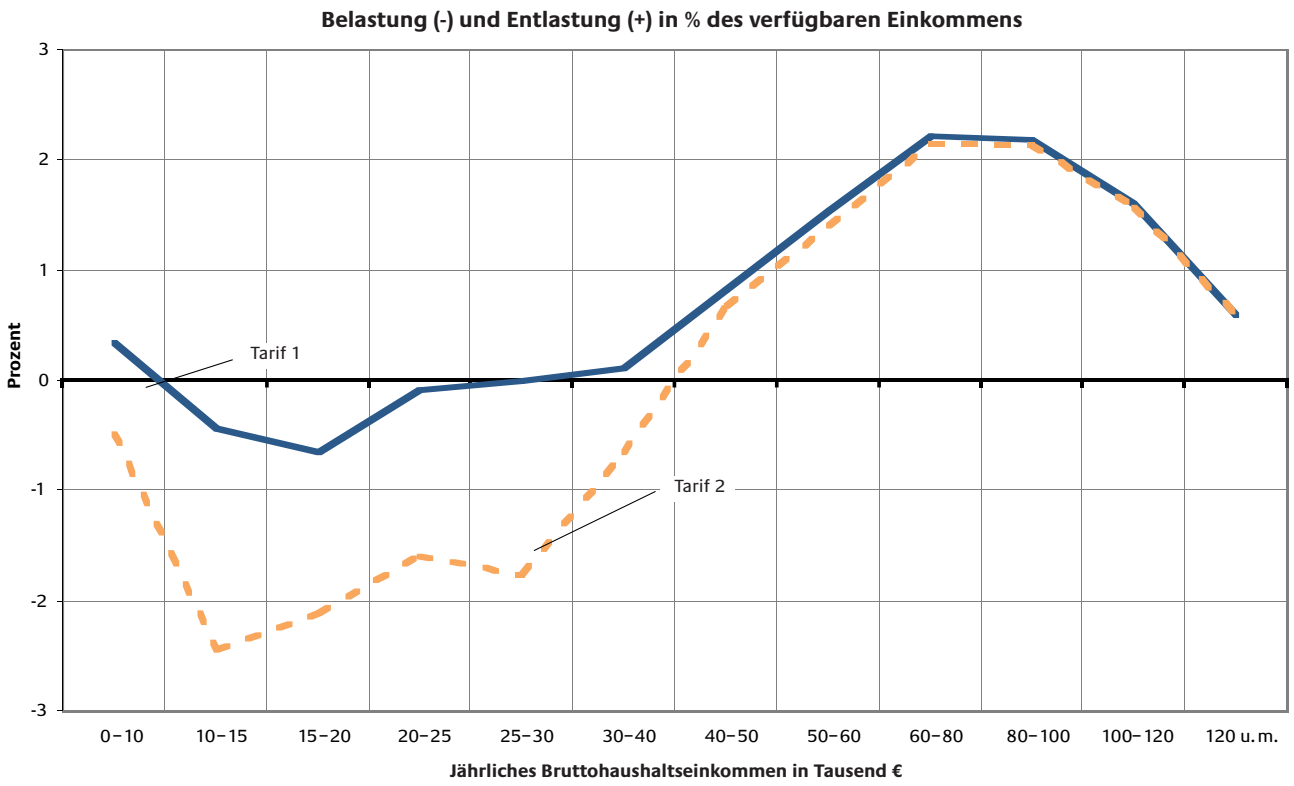
E-4.1 Pauschale Gesundheitsprämie

Bei den im Folgenden ausgewiesenen Verteilungseffekten der pauschalen Gesundheitsprämie muss stets beachtet werden, dass eine Gegenfinanzierung der Haushaltsbelastungen nicht ausführlich simuliert worden ist. Finanzierte man die zusätzlichen Belastungen der öffentlichen Haushalte zum Beispiel durch eine Anhebung des Umsatzsteuersatzes oder aber durch einen erhöhten Solidaritätszuschlag, so ergäben sich unterschiedliche Verteilungswirkungen.[13] Im Rahmen einer Finanzierung über die Umsatzsteuer würden sich regressive Effekte tendenziell verstärken. Umgekehrt, bei einer Finanzierung über einen höheren Solidaritätszuschlag, würden sich regressive Effekte abschwächen und progressive Effekte verstärken.

Für den Durchschnitt aller privaten Haushalte fallen die Veränderungen gegenüber dem Status quo durchweg moderat aus (Abbildung E 5, nächste Seite). Unter Zugrundelegung des **Tarifs 1** für den zumutbaren Eigenbeitrag werden die privaten Haushalte im Durchschnitt über weite Bereiche der Einkommensskala entlastet; lediglich im Bruttoeinkommensbereich zwischen 10.000 und 25.000 € jährlich existieren geringfügige Belastungen, die sich im Wesentlichen aus der Besteuerung des ausgeschütteten Arbeitgeberanteils zur Gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. In einigen Fällen dürfte auch die Bemessung des zumutbaren Eigenanteils anhand des weiter definierten Bruttoeinkommens – verglichen mit der Bemessungsgrundlage der Krankenversicherungsbeiträge nach geltendem Recht – zu geringfügigen Belastungen in diesem Einkommensbereich führen. Ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 20.000 bis unter 40.000 € können die privaten Haushalte im Durchschnitt mit weitgehend unveränderten Belastungen rechnen. Erst ab der Beitragsbemessungsgrenze zur Gesetzlichen Krankenversicherung von jährlich 41.400 € steigt die relative Entlastung auf knapp über 2 % des verfügbaren Einkommens für Haushalte mit einem Bruttoeinkommen zwischen 60.000 und 80.000 € an. Ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 80.000 € ist die relative Entlastung zunächst schwach, dann markant rückläufig. Würde man beispielsweise das nicht durch die zusätzliche Einkommensteuer abgedeckte Transfervolumen über einen auf 10 % angehobenen Solidaritätszuschlag finanzieren, verminderte sich die maximale Entlastung auf rund 1 % des verfügbaren Einkommens. Für Spitzeneinkommen über 120.000 €

12 Vgl. Abschnitt E-2.
13 Im Abschnitt E-4 erfolgt lediglich eine überschlägige Darstellung der Verteilungswirkungen, die sich aus einer fiktiven Gegenfinanzierung der erforderlich finanziellen Mittel über eine Anhebung des Solidaritätszuschlags ergäben.

Abbildung E 5: Gesamteffekt der pauschalen Gesundheitsprämie



jährlich ergäbe sich sogar eine Belastung. Durch Anwendung des **Tarifs 2**, der ein wesentlich geringeres Zuschussvolumen verglichen mit **Tarif 1** mit sich brächte, fallen die Verteilungswirkungen infolge des geringeren Umverteilungsvolumens „ungünstiger" aus. Zwar gelingt es mit Hilfe der Freigrenze von monatlich 210 € insbesondere die Belastung der niedrigsten Einkommensklasse abzumildern, aber ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 10.000 € werden die privaten Haushalte im Durchschnitt mit regressiven Verteilungswirkungen konfrontiert. Durch den raschen Anstieg des zumutbaren Eigenbeitrags von 13,3 % auf 16,0 % wird bereits Versicherten in der untersten Einkommensklasse ein Eigenanteil von über 14 % zugemutet. Dieser Eigenanteil übersteigt den Beitragssatz nach geltendem Recht, wenn dieser nicht auf den bisherigen Bruttolohn, sondern auf den Bruttolohn einschließlich der Arbeitgeberbeiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung bezogen wird. Rechnerisch ergäbe sich bereits im geltenden Recht anstatt eines Beitragssatzes von 14,3 % durch die Einbeziehung des bisherigen Arbeitgeberanteils in den Bruttolohn und dem bisherigen absoluten Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung ein Beitragssatz von 13,35 %. Sobald der zumutbare Eigenbeitrag, der im Reformkonzept auf den „neuen" Bruttolohn einschließlich des bisherigen Arbeitgeberbeitrags zur Gesetzlichen Krankenversicherung bezogen wird, diese Größe übersteigt, ergibt sich eine Belastung des Versicherten im Vergleich zur Ausgangssituation. Umgekehrt resultieren aus einem zumutbaren Eigenbeitrag von weniger als 13,35 % Entlastungen. Leichte Belastungsunterschiede ergeben sich auch in höheren Einkommensbereichen. Dies ist durch die Haushaltszusammensetzung begründet: Es existieren beispielsweise Haushalte mit einem vergleichsweise hohen Bruttoeinkommen, die aus mehreren Steuerpflichtigen beziehungsweise Versicherten mit stark differierenden Einkommen bestehen. So können trotz des hohen Haushaltsgesamteinkommens Versicherte mit niedrigem Einkommen enthalten sein, die weiterhin zuschussberechtigt sind.

Insgesamt bleiben jedoch auch bei der Anwendung des **Tarifs 2** die relativen Belastungen im Durchschnitt der privaten Haushalte

moderat und verbleiben im Rahmen von maximal 2,5 % des verfügbaren Einkommens. Bezöge man die Belastungen und Entlastungen auf das Bruttoeinkommen, würden sich die durchschnittlichen relativen Lastveränderungen etwa halbieren.

E-4.1.1 Verteilungswirkungen differenziert nach sozialer Stellung

Wendet man sich den Verteilungswirkungen der pauschalen Gesundheitsprämie differenziert nach der sozialen Stellung der Bezugsperson des Haushalts zu, kann nicht für jede soziale Gruppe über den gesamten Einkommensbereich ein Ergebnis ausgewiesen werden, da für einige Untergruppen – beispielsweise Haushalte von Arbeitslosen mit sehr hohem Einkommen – nicht genügend hohe Fallzahlen in der Stichprobe vorhanden sind, um den Zufallsfehler in einem vertretbaren Rahmen zu halten. Als Faustregel werden in dieser Untersuchung nur Daten für Teilgruppen der Stichprobe nachgewiesen, die eine Besetzungszahl von mindestens 100 Fällen haben.

Unter Verwendung des **Tarifs 1** für den zumutbaren Eigenbeitrag liegen die relativen Belastungen und Entlastungen durchschnittlich in einer Bandbreite zwischen −1,9 % und 3,1 % des verfügbaren Einkommens (Abbildung E 6, nächste Seite). Haushalte von Arbeitern und Angestellten, die zahlenmäßig am stärksten besetzte soziale Stellung, werden ab einem Bruttoeinkommen von 25.000 € im Durchschnitt entlastet. Im Einkommensbereich zwischen 10.000 und 25.000 € sind diese Haushalte mit finanziellen Belastungen konfrontiert, was vor allem durch die steuerliche Belastung der ausgeschütteten Arbeitgeberanteile zur Gesetzlichen Krankenversicherung begründet ist. Die Gruppen der Beamten und der Pensionäre, die häufig privat gegen Krankheit abgesichert sind, erfahren insbesondere im oberen Einkommensbereich überwiegend eine geringe Belastung. Begründet ist die Belastung in der Versteuerung von Zuschüssen der Arbeitgeber zur Krankenversicherung.[14] Betrachtet man die unterste Einkommensklasse, zeigt sich, dass diese im Wesentlichen mit Haushalten von Rentnern sowie Arbeitslosen, Studierenden und sonstigen Nichterwerbstätigen besetzt ist, wobei letztere zahlenmäßig dominierend sind.

Mit dem sozialen Ausgleichs des **Tarifs 1** ergibt sich für die Gruppe der Rentnerhaushalte in der untersten Einkommensklasse im Durchschnitt eine geringfügige Belastung gegenüber dem Status quo von etwa 0,2 % des verfügbaren Einkommens, während die Gruppe der Arbeitslosen, Studierenden und sonstigen Nichterwerbstätigen durchschnittlich eine Entlastung von 0,6 % des verfügbaren Einkommens erfahren. Diese Entlastung ist durch die Ausschüttung des bisherigen Gesamtbeitrags der Bundesanstalt für Arbeit zur Gesetzlichen Krankenversicherung an die Empfänger von Arbeitslosengeld begründet. Dieser übersteigt den zumutbaren Eigenbeitrag des Versicherten. Die Ausschüttung erhöht das empfangene Arbeitslosengeld, das einkommensteuerlich lediglich dem Progressionsvorbehalt unterliegt, wodurch sich keine nennenswerten steuerlichen Mehrbelastungen ergeben.

Die Gruppe der Rentnerhaushalte wird bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 20.000 € und in der Einkommensklasse von 30.000 bis unter 40.000 € leicht belastet, was in der Einbeziehung des gesamten Bruttoeinkommens für die Bemessung des zumutbaren Eigenanteils und teilweise im Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung der Ehegatten begründet ist. Die durchschnittlichen Belastungen für die Gruppe der Arbeitslosen, Studierenden und sonstigen Nichterwerbstätigen sind bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 30.000 € progressiv, was durch die Einbeziehung des gesamten Bruttoeinkommens für die Bemessung des zumutbaren Eigenanteils begründet ist. Die Belastungskurve der Haus-

14 Vgl. Fn. 2.

halte von Selbständigen, sie umfassen Gewerbetreibende, Landwirte und Selbständige, weist einen ähnlichen Verlauf wie diejenige der Arbeiter und Angestellten auf, allerdings einem niedrigeren Niveau. Hier spiegelt sich der höhere Anteil von privat Krankenversicherten in dieser Gruppe wider (siehe Abbildung E 6).

Wird der soziale Ausgleich nach **Tarif 2** ausgestaltet, sind – verglichen mit **Tarif 1** – regressivere Verteilungswirkungen sichtbar (Abbildung E 7). Das Spektrum der Belastungen und Entlastungen für einzelne soziale Gruppen reicht von -3,9 % bis 3,0 % des verfügbaren Einkommens. Bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 40.000 € sehen sich fast alle Haushalte mit durchschnittlichen Belastungen konfrontiert. Die relativ höchsten Belastungen im Einkommensbereich bis 10.000 € erfahren die Haushalte von Rentnern. Haushalte von Arbeitern und Angestellten sehen sich bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 100.000 € nahezu durchgängig mit einer regressiven Belastung beziehungsweise mit einer regressiven Entlastung konfrontiert. Der **Tarif 2** des zumutbaren Eigenbeitrags vermag die Belastungen durch die pauschale Gesundheitsprämie im Vergleich zur Verteilungssituation des geltenden Rechts nicht auszugleichen. Abgesehen von Rentnerhaushalten ergeben sich ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von mehr als 40.000 € und für die Haushalte von Pensionären und Beamten keine wesentlichen Veränderungen gegenüber dem sozialen Ausgleich mit Hilfe des linearen zumutbaren Eigenbeitrags in Höhe von 13,3 %. Lediglich für die Gruppe der Rentnerhaushalte ist in diesem Einkommensbereich eine geringfügige Verschlechterung verglichen mit dem sozialen Ausgleich nach **Tarif 1** feststellbar.

E-4.1.2 Verteilungswirkungen differenziert nach Haushaltsgrösse

Differenziert man die Verteilungseffekte der pauschalen Gesundheitsprämie mit dem sozialen Ausgleich des **Tarifs 1** nach der Haushaltsgröße (Abbildung E 8, nächste Seite), entspricht der Belastungsverlauf für durchschnitt-

Abbildung E 6: Verteilungswirkungen der pauschalen Gesundheitsprämie, differenziert nach sozialer Stellung, Tarif 1

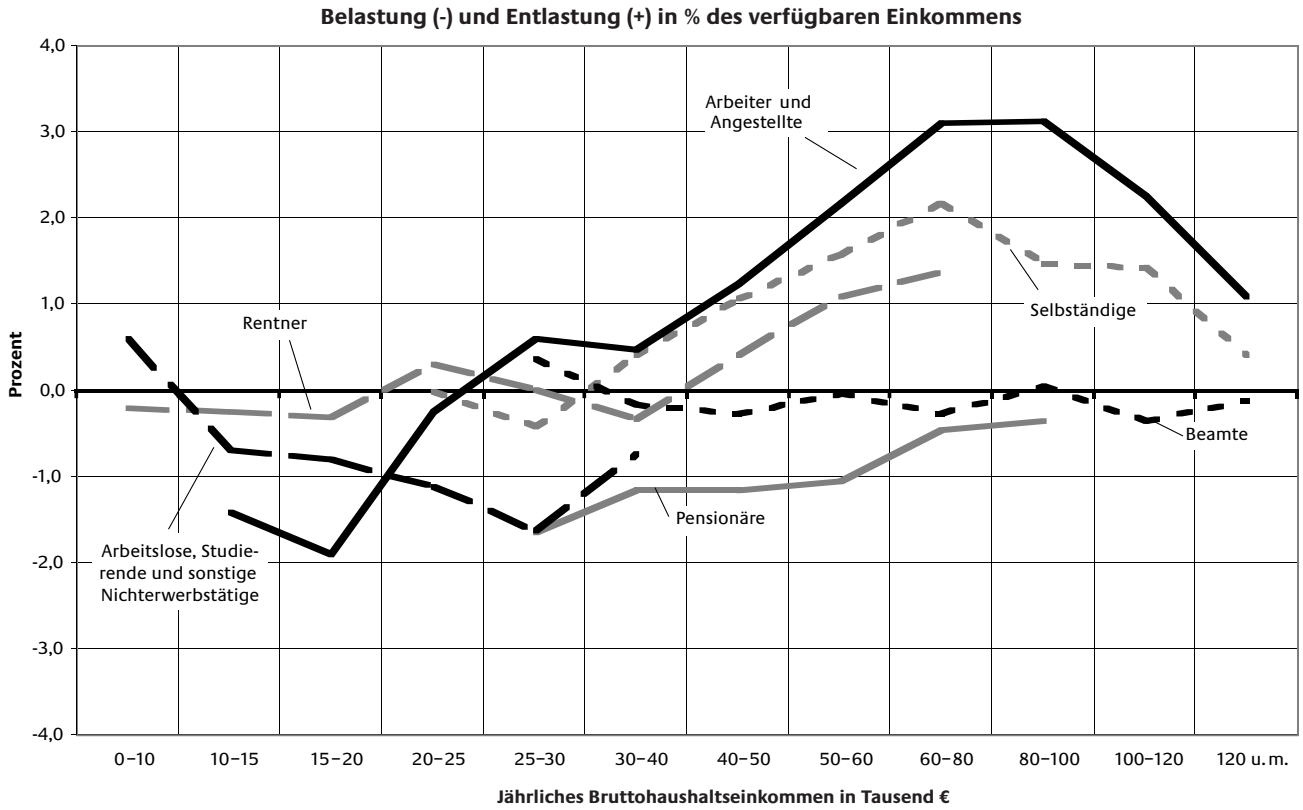
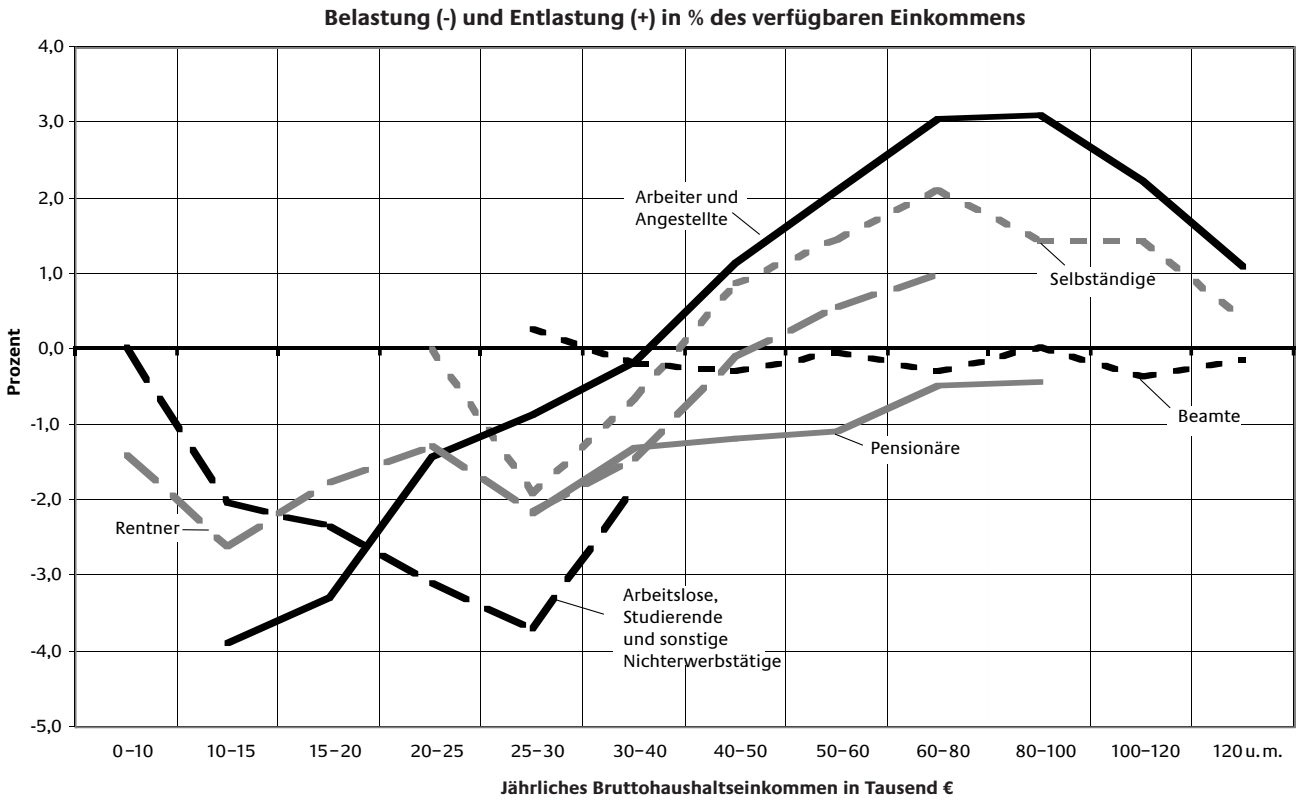


Abbildung E 7: Verteilungswirkungen der pauschalen Gesundheitsprämie, differenziert nach sozialer Stellung, Tarif 2



liche Ein-Personen-Haushalte derjenigen der Beispielsrechnung,[15] wenngleich im unteren Einkommensbereich die relative Belastung etwas weniger stark ausgeprägt ist. Die niedrigere Belastung im Vergleich zur Beispielsrechnung ist durch die steuerlichen Abzugsmöglichkeiten im Rahmen von individuellen Sonderausgaben und Werbungskosten begründet, die die Einkommensteuerlast vermindern. Die maximale Entlastung in der Einkommensklasse von 30.000 bis 50.000 € beträgt etwa 4,3 % des verfügbaren Einkommens. Zwei-Personen-Haushalte haben – verglichen mit dem Ehepaar mit einem Einkommensbezieher in der Beispielsrechnung – ebenfalls einen ähnlichen Belastungsverlauf. Die für die Ein-Personen-Haushalte charakteristische Entlastung im mittleren Einkommensbereich weicht bei diesen Haushalten aufgrund des Wegfalls der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten und der Einbeziehung des gesamten Bruttoeinkommens zur Ermittlung des zumutbaren Eigenbeitrags einer leichten Belastung von etwa 1 % des verfügbaren Einkommens. Die Belastungsverläufe von größeren Haushalten ähneln dem der Zwei-Personen-Haushalte.

Bei der Anwendung des sozialen Ausgleichs nach **Tarif 2** erhöhen sich die relativen Belastungen für Ein-Personen-Haushalte bis zu einem Bruttoeinkommen von jährlich 20.000 € (Abbildung E 9, nächste Seite); vereinzelt ergeben sich marginale Belastungsverschlechterungen in Höhe von 0,1 % des verfügbaren Einkommens auch bis in den Bruttoeinkommensbereich von 20.000 bis 25.000 €. Das bedeutet, dass der soziale Ausgleich für diese Haushalte lediglich bis in diesen Einkommensbereich hineinwirkt. Folglich sind die Verteilungswirkungen für diese Haushalte ab einem Einkommen von 25.000 € identisch mit denen des sozialen Ausgleichs nach **Tarif 1**. Das Maximum der durchschnittlichen Belastung für Ein-Personen-Haushalte ist mit 2,4 % des

15 Vgl. Abschnitt E-2.

Abbildung E 8: Verteilungswirkungen der pauschalen Gesundheitsprämie, differenziert nach Haushaltsgrösse, Tarif 1

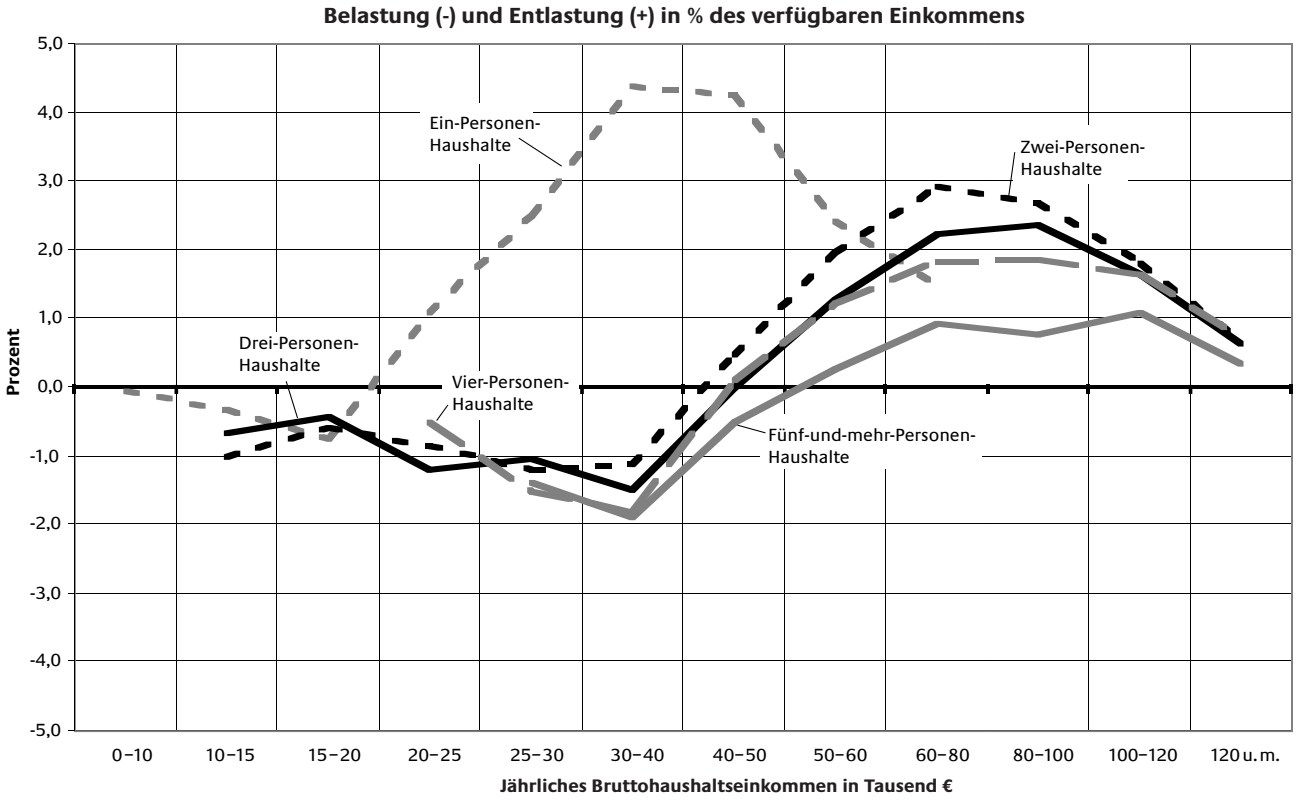
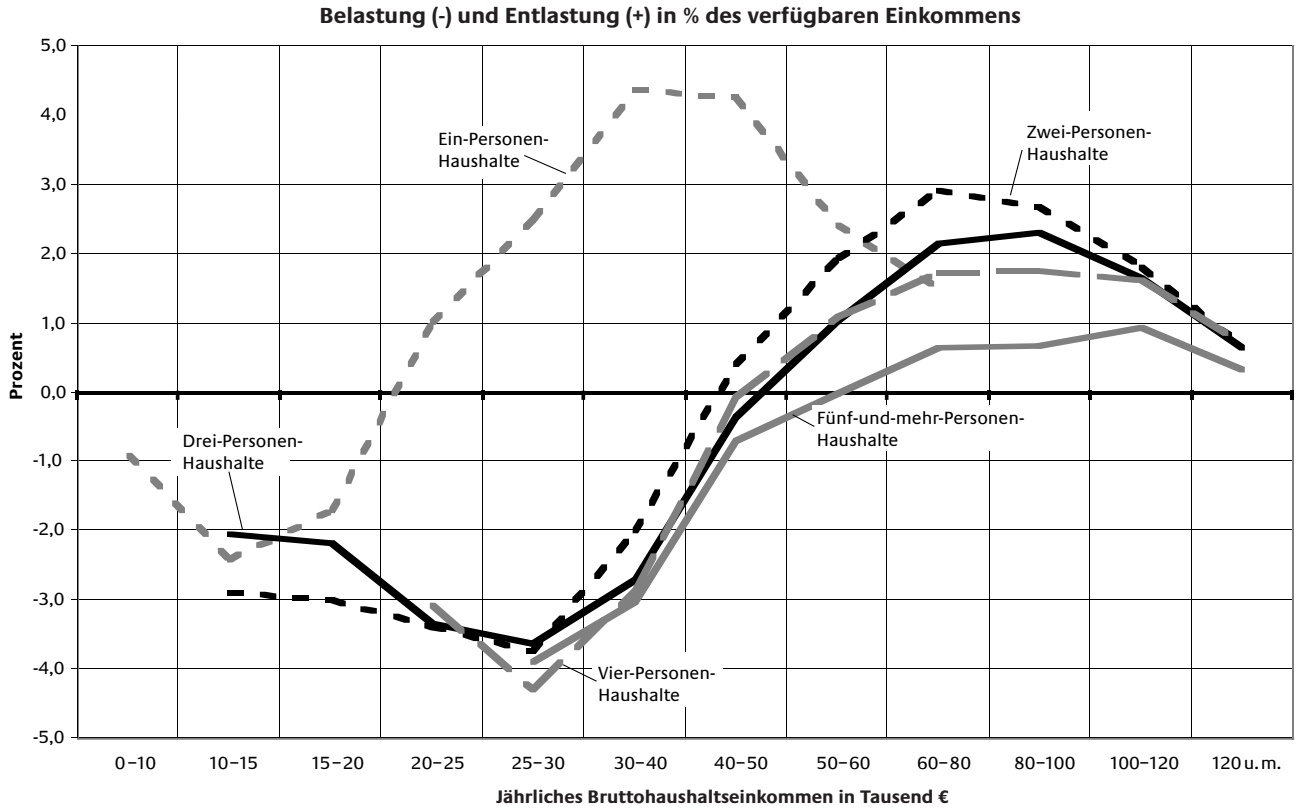


Abbildung E 9: Verteilungswirkungen der pauschalen Gesundheitsprämie, differenziert nach Haushaltsgrösse, Tarif 2

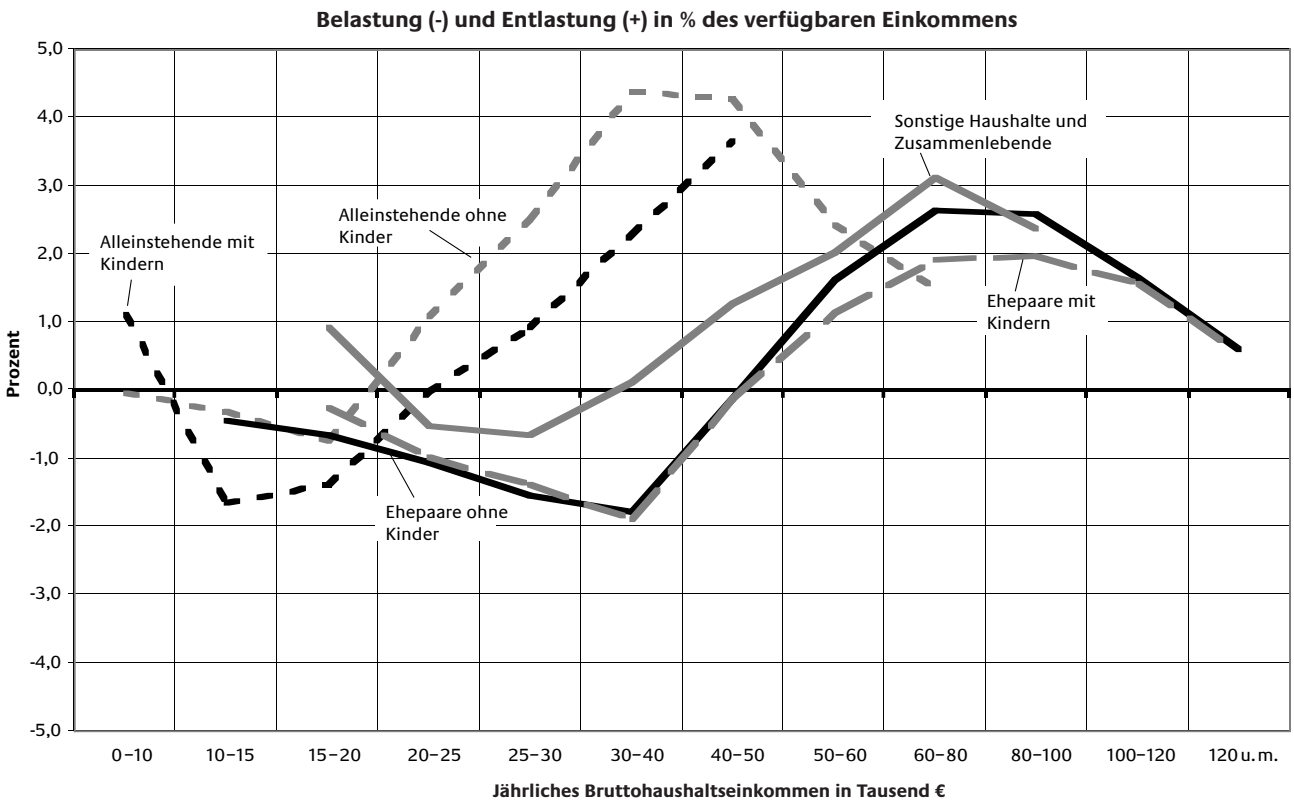


verfügbaren Einkommens im Einkommensbereich von 10.000 bis 15.000 € erreicht. In den Einkommensklassen von 10.000 bis 30.000 € nimmt die Belastung von knapp 3,0 % auf 3,5 % des verfügbaren Einkommens zu. Für Mehr-Personen-Haushalte mit bis zu vier Haushaltsmitgliedern entfaltet der soziale Ausgleich ab einem Bruttoeinkommen von 40.000 € keine Wirkung; dies ist ersichtlich an den identischen Belastungsverläufen beider Tarife des sozialen Ausgleichs. Für größere Haushalte hingegen sind noch für höhere Einkommen leichte Auswirkungen des veränderten sozialen Ausgleichs feststellbar.

E-4.1.3 Verteilungswirkungen differenziert nach Haushaltstyp

Betrachtet man die Verteilungswirkungen der pauschalen Gesundheitsprämie mit einem sozialen Ausgleich nach **Tarif 1** differenziert nach dem Haushaltstyp (Abbildung E 10), ergibt sich für Alleinstehende ohne Kinder – wie erwartet – ein identischer durchschnittlicher Belastungsverlauf wie derjenige von Ein-Personen-Haushalten. Alleinstehende mit Kindern haben im Prinzip einen ähnlichen Belastungsverlauf wie Alleinstehende ohne Kinder. Die Belastungskurve ist – abgesehen von Haushalten in der niedrigsten Einkommensklasse – jedoch aufgrund der geringeren Erwerbstätigkeit von Alleinerziehenden etwas nach unten verschoben. Für Ehepaare ohne Kinder ergibt sich wiederum ein ähnlicher Verlauf der Belastungen wie für Zwei-Personen-Haushalte, allerdings ist im mittleren Einkommensbereich eine geringfügig höhere Belastung vorzufinden. Hierbei handelt es sich vielfach um Rentnerhaushalte, die durch die Einbeziehung des gesamten Bruttoeinkommens bei der Bemessung des zumutbaren Eigenanteils belastet werden. Haushalte von Ehepaaren mit Kindern sehen sich im Durchschnitt einem ähnlichen Belastungsverlauf wie Haushalte von Ehepaa-

Abbildung E 10: Verteilungswirkungen der pauschalen Gesundheitsprämie, differenziert nach Haushaltstyp, Tarif 1



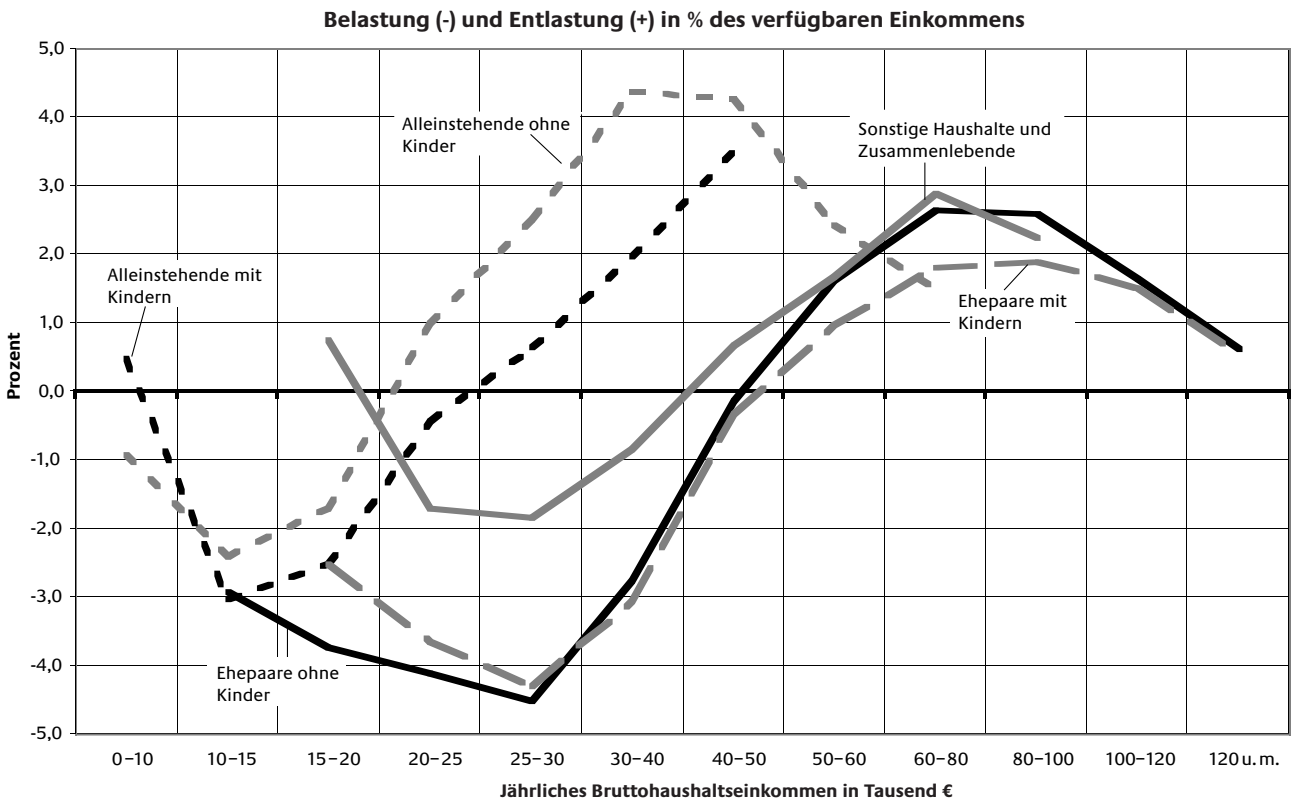
ren ohne Kinder gegenüber. Lediglich im oberen Einkommensbereich ist die Entlastung niedriger, was an der geringeren Anzahl der Einkommensbezieher in diesen Haushalten liegt. Ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 50.000 € werden auch hier alle Haushalte im Durchschnitt entlastet.

Die Verteilungswirkungen der pauschalen Gesundheitsprämie, differenziert nach Haus--haltstyp, mit einem sozialen Ausgleich nach **Tarif 2** führen wiederum zu einer verschlechterten durchschnittlichen Belastung für Haushalte im unteren Einkommensbereich (Abbildung E 11). Ebenso wie schon bei dem sozialen Ausgleich nach **Tarif 1** sind die Verteilungseffekte für Alleinstehende ohne Kinder identisch mit denen der Ein-Personen-Haushalte. Der soziale Ausgleich nach **Tarif 2** verstärkt auch bei dieser Sichtweise die Belastungen im unteren Einkommensbereich. Die Verteilungswirkungen der pauschalen Gesundheitsprämie von Zusammenlebenden und von sonstigen Haushalten verfügen im mittleren Einkommensbereich über den charakteristischen Belastungsverlauf von Alleinlebenden mit Kindern und im oberen Einkommensbereich über den von Ehepaaren ohne Kinder. Bei dieser Gruppe spiegelt sich die sehr unterschiedliche Haushaltszusammensetzung wider. Die höchsten durchschnittlichen relativen Belastungen erfahren mit knapp 4,5 % des verfügbaren Einkommens Ehepaare ohne Kinder in der Einkommensklasse von 25.000 bis 30.000 €.

E-4.1.4 Effekte einer Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs

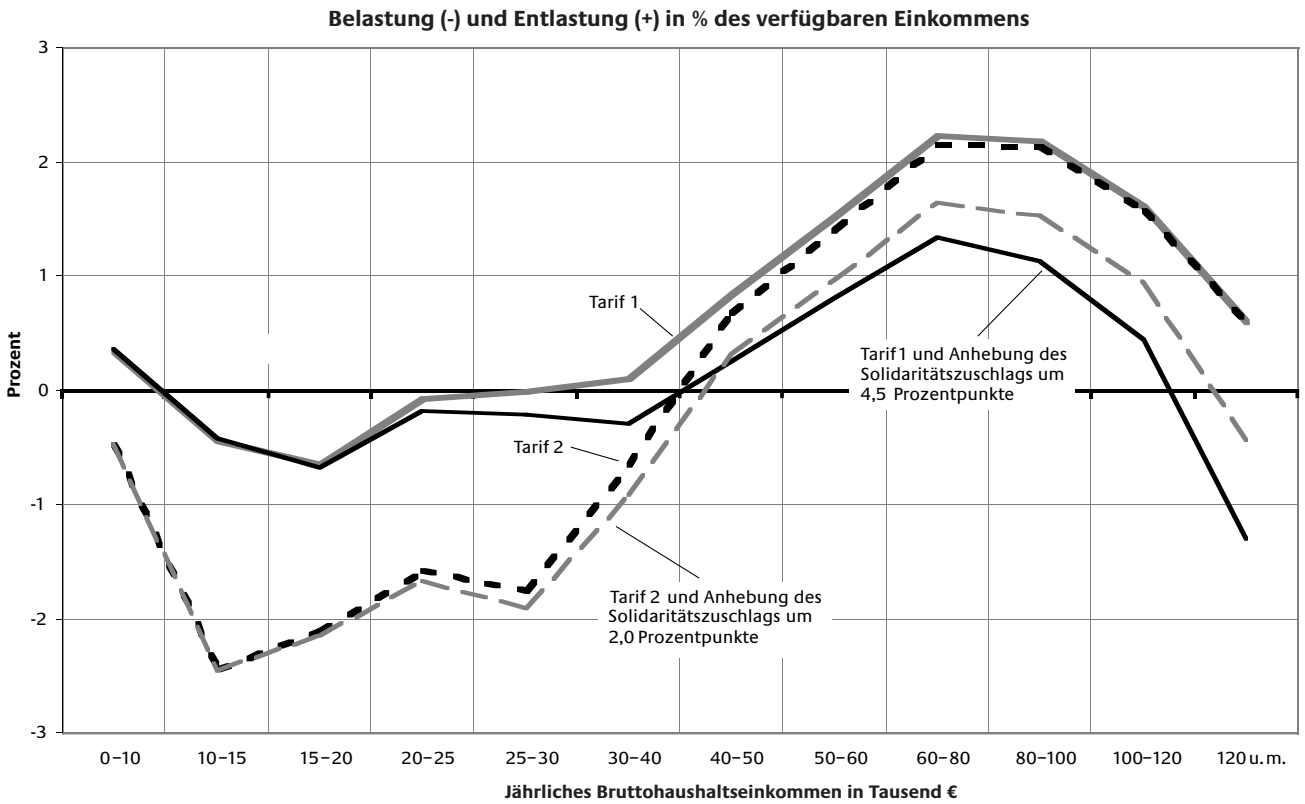
Alle bisherigen Betrachtungen haben die Verteilungswirkungen außer Acht gelassen, die durch die Finanzierung des Anteils des sozialen Ausgleichs entstehen, der nicht durch die Besteuerung der Arbeitgeberbeiträge aufgebracht wird. Abschließend werden diese Wirkungen noch kurz betrachtet. Dabei wird angenommen, dass der Nettofinanzierungsbedarf auf Seiten des Fiskus über eine Anhebung des Solidaritätszuschlags zur Lohn- und Einkommensteuer gedeckt würde (Abbildung E 12).[16] Die Zuschlagssätze des

Abbildung E 11: Verteilungswirkungen der pauschalen Gesundheitsprämie, differenziert nach Haushaltstyp, Tarif 2



Solidaritätszuschlags wurden so angepasst, dass der soziale Ausgleich vollständig durch das zusätzliche Einkommensteueraufkommen auf die ausgezahlten Arbeitgeberanteile und das entsprechende zusätzliche Aufkommen aus einem fiktiv angehobenen Solidaritätszuschlag finanziert wird. Für eine Gestaltung des sozialen Ausgleichs nach **Tarif 1** wäre eine Anhebung des Zuschlagssatzes von 5,5 % auf 10 % erforderlich. Um den sozialen Ausgleich nach Tarif 2 zu finanzieren, ist eine Erhöhung um zwei Prozentpunkte auf 7,5 % erforderlich. Durch eine Finanzierung des sozialen Ausgleichs nach **Tarif 1** mittels eines höheren Solidaritätszuschlags werden die Entlastungen im mittleren Einkommensbereich erheblich abgeschmolzen. Die maximale durchschnittliche Entlastung im Bruttoeinkommensbereich von 60.000 bis unter 80.000 € sinkt um knapp einen Prozentpunkt auf 1,3 %. Insbesondere sehr hohe Einkommen von jährlich über 120.000 € werden durch die Art und Weise der Gegenfinanzierung deutlich belastet; diese Haushalte profitieren kaum von der Umstellung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, werden jedoch im Rahmen des hypothetisch erhöhten Solidaritätszuschlags entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zum sozialen Ausgleich herangezogen. Da die zusätzliche Gegenfinanzierung bei dem **Tarif 2** geringer ausfällt, ist die zusätzliche Belastung durch den Solidaritätszuschlag – verglichen mit **Tarif 1** – in diesem Fall deutlich weniger ausgeprägt. Generell halten sich sowohl Belastungen als auch Entlastungen einer aufkommensneutralen Umstellung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung in engen Grenzen. Bei **Tarif 1** bewegen sich diese weitgehend im Bereich von 1 % des verfügbaren Einkommens.

Abbildung E 12: Verteilungswirkungen einer aufkommensneutralen Finanzierung der pauschalen Gesundheitsprämie



16 Diese Anhebung gilt nur für die Lohn- und Einkommensteuer. Ein erhöhter Satz des Solidaritätszuschlags würde sich freilich auch auf die Steuerbelastung der Kapitalgesellschaften auswirken, was im Mikrosimulationsmodell nicht abgebildet ist. Die Wahl der Gegenfinanzierung drückt weder die Präferenz des Autors noch die des Auftraggebers bezüglich der Gegenfinanzierung aus, sondern erfolgt vielmehr ausschließlich aus modellierungstechnischen Gründen. Man hätte genauso einen veränderten Einkommensteuertarif oder einen erhöhten Umsatzsteuersatz heran-ziehen können, was allerdings den Berechnungsumfang deutlich erhöht hätte.

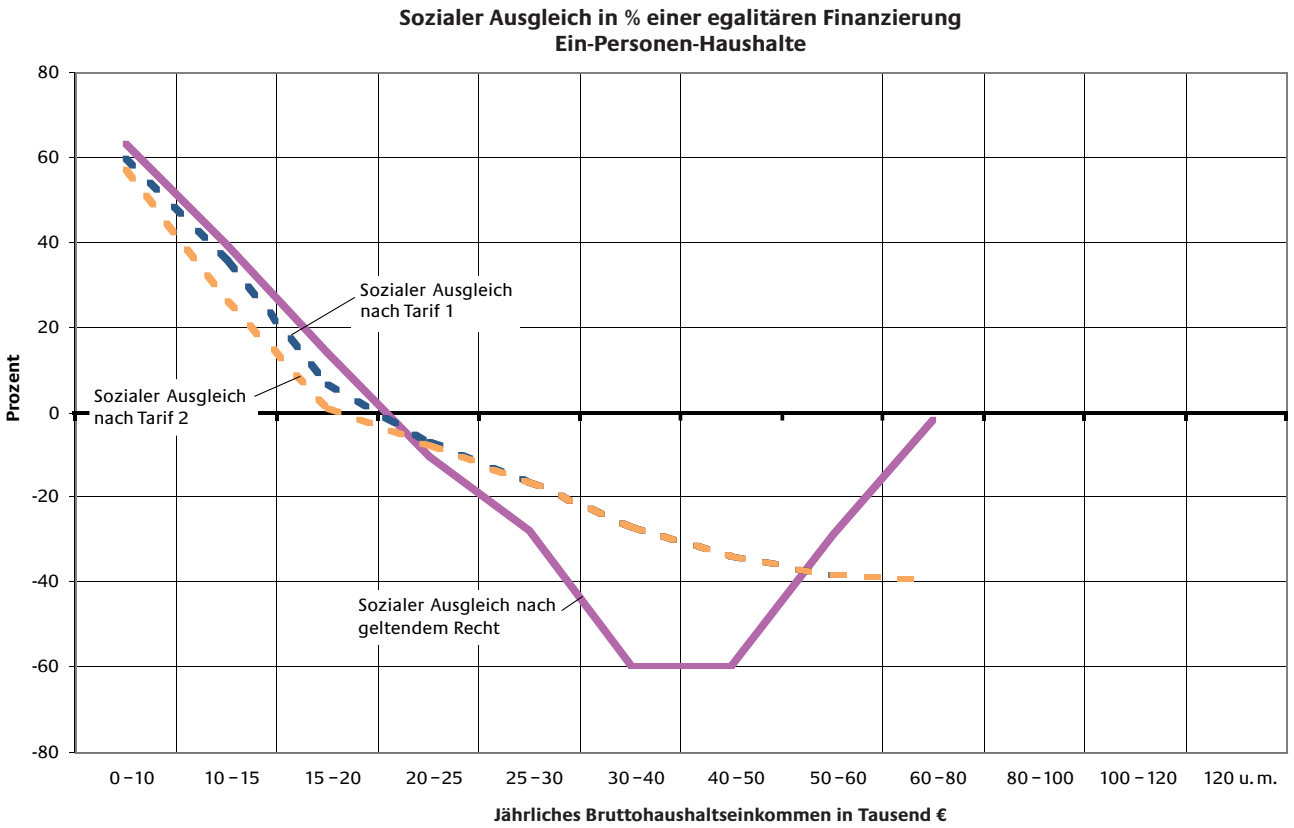
E-4.1.5 Exkurs: Gesamte Umverteilungswirkungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Abschließend erfolgt eine kurze Analyse der gesamten Umverteilung in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung beispielhaft für Ein- und Zwei-Personen-Haushalte; sie entsprechen etwa 2/3 der gesamten Haushalte. Eine Einbeziehung aller Haushalte würde die Ergebnisse verzerren, da diese Haushalte häufig aus mehreren Steuerpflichtigen beziehungsweise Versicherten bestehen, so dass vermeintliche Transfers auch in hohen Bruttoeinkommensbereichen vorzufinden sind. Referenzsystem zur Messung der Umverteilungen der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung bildet eine egalitäre Finanzierung über für alle Versicherten gleich hohe Beiträge, also eine bezogen auf das gesamte Leben durchschnittliche risikoäquivalente Prämie. Der Umfang der Umverteilung wird als Differenz der heutigen GKV-Beitragszahlungen beziehungsweise der Nettobelastungen aus pauschalen Gesundheitsprämien unter Berücksichtigung des steuerfinanzierten sozialen Ausgleichs ermittelt und das Ausmaß bestimmt, in dem diese Differenzen ins Verhältnis zur egalitären Finanzierung gesetzt werden. Ein positiver Prozentsatz kennzeichnet Empfänger der Umverteilung, ein negativer Prozentsatz beschreibt die Zahler der Umverteilung.

Ein-Personen-Haushalte erhalten nach geltendem Recht bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 20.000 € eine Subvention ihrer Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung (Abbildung E 13). Demgegenüber finanzieren Ein-Personen-Haushalte mit einem Bruttoeinkommen von 20.000 bis 40.000 € den sozialen Ausgleich innerhalb des geltenden Rechts mit zunehmender Intensität.

Ab einem Bruttoeinkommen von 50.000 € geht die Intensität der Umverteilung deutlich zurück, da der Anteil von privat krankenversicherten Haushalten stark zunimmt. Im Rahmen der pauschalen Gesundheitsprämie wird

Abbildung E 13: Umverteilung in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung für Ein-Personen-Haushalte



für Haushalte mit einem niedrigen Bruttoeinkommen eine vergleichbare Umverteilung wie im Status quo gewährleistet. Mit dem **Tarif 1** des zumutbaren Eigenbeitrags ist freilich der soziale Ausgleich etwas intensiver als durch **Tarif 2.** Durch den progressiven Einkommensteuertarif steigt die Belastung mit zunehmendem Bruttoeinkommen stetig an. Insbesondere Haushalte mit einem Bruttoeinkommen von jährlich mehr als 50.000 €, die sich im geltenden Recht der Finanzierung der Umverteilung innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung entziehen konnten, werden stärker als bisher zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs herangezogen.

Für Zwei-Personen-Haushalte ergibt sich ein ähnliches Bild der Umverteilung in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Abbildung E 14). Der charakteristische Verlauf der Umverteilungskurve entspricht dem der Ein-Personen-Haushalte. Verglichen mit diesen ist allerdings eine Streckung der Kurven über die Einkommensskala zu beobachten.

E-4.2 Bürgerversicherung

Bei der Analyse der Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung wird wieder stufenweise vorgegangen. In Stufe 1 werden die Verteilungswirkungen betrachtet, die aus der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und aus der Einbeziehung weiterer Einkunftsarten resultieren. In der zweiten Stufe werden zusätzlich die Effekte betrachtet, die sich aus der Ausweitung des Versichertenkreises ergeben. Die Analyse geschieht in beiden Stufen ausschließlich aus der Sicht des Versicherten. In Stufe 1 ist diese Sichtweise vergleichsweise unproblematisch, für Stufe 2 ist eine Annahme über die Zahllast der Beiträge zur Privaten Krankenversicherung notwendig; im Folgen-

Abbildung E 14: Umverteilung in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung für Zwei-Personen-Haushalte

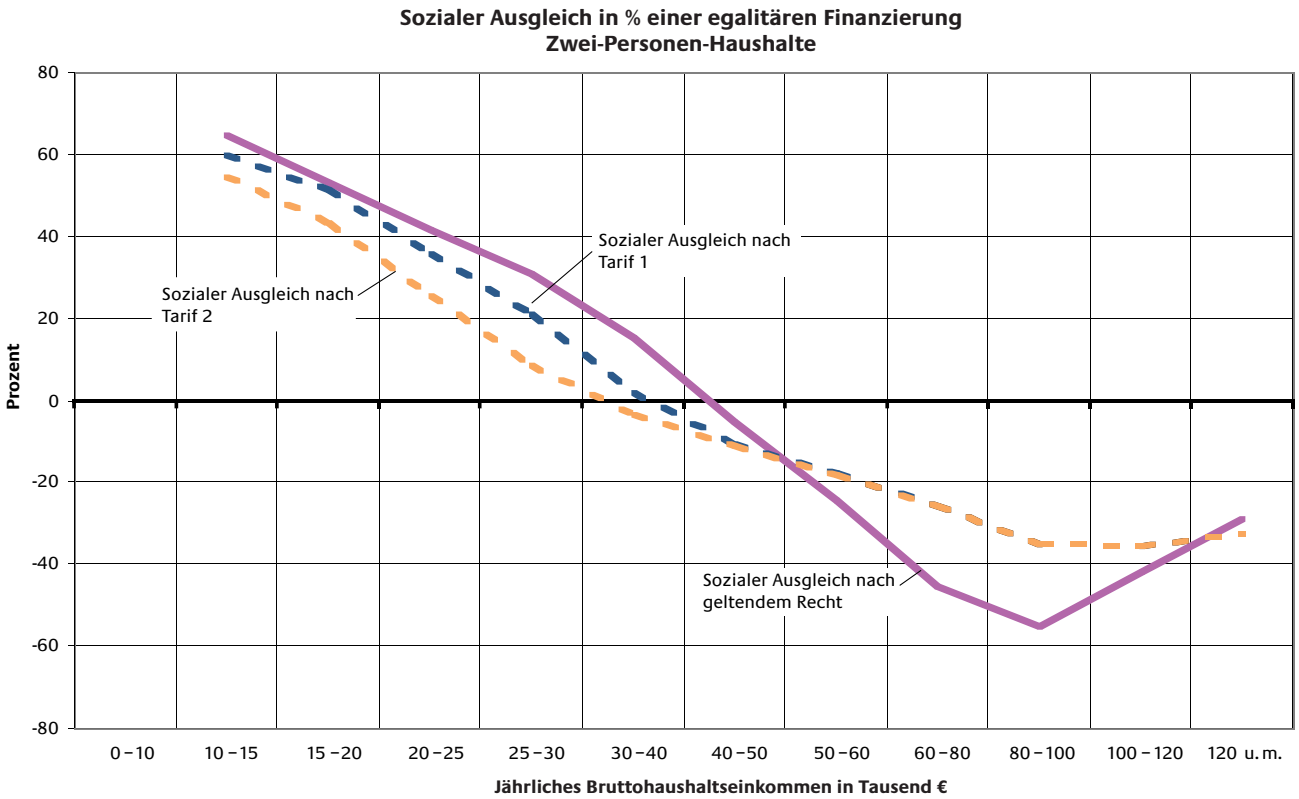
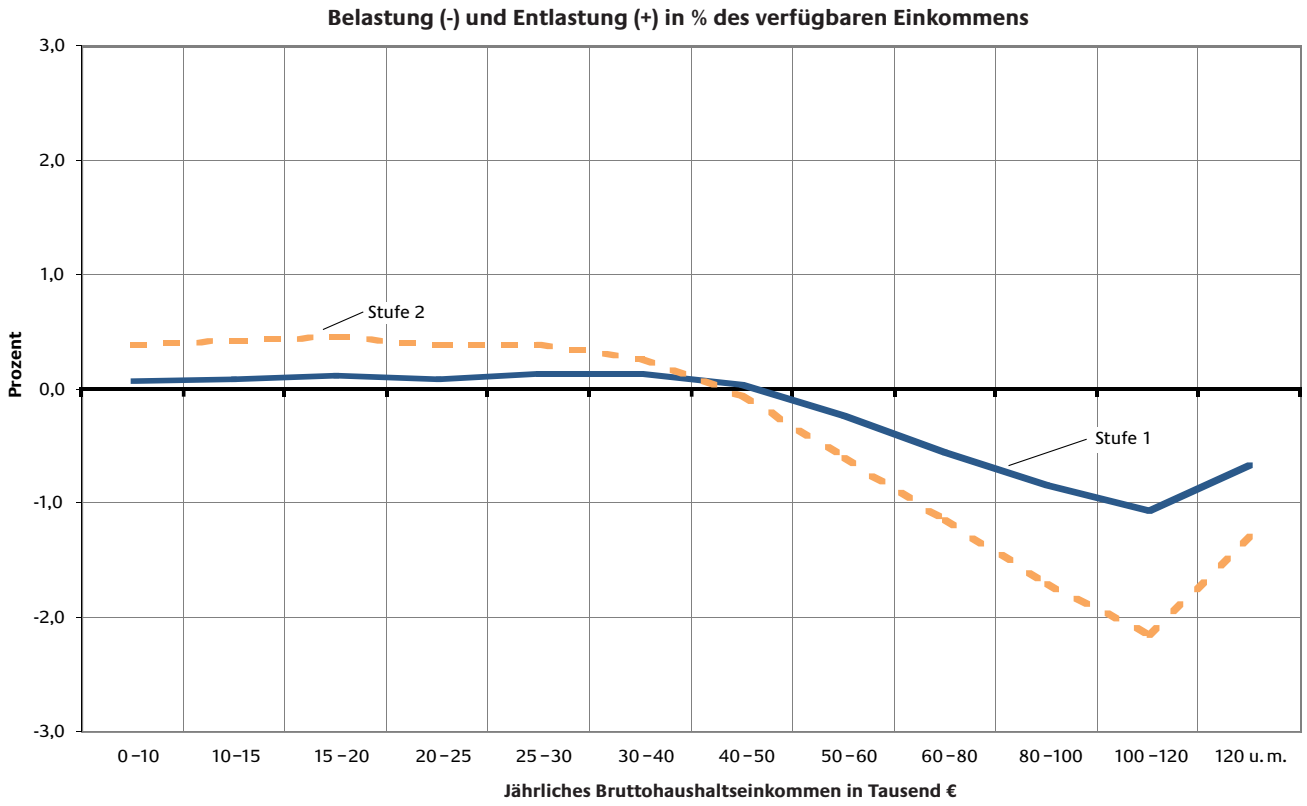


Abbildung E 15: Gesamteffekt der Bürgerversicherung



den wird, sofern ein Arbeitgeber vorhanden ist, von einer hälftigen Beteiligung des Arbeitgebers an diesen Beiträgen ausgegangen. Die Verteilungswirkungen durch Stufe 2 werden folgendermaßen ermittelt: Arbeitnehmerbeitrag im Status quo zuzüglich dem halben Beitrag zur Privaten Krankenversicherung abzüglich dem Arbeitnehmerbeitrag der Bürgerversicherung. Für Selbständige wird demgegenüber der volle Beitrag zur Privaten Krankenversicherung in die Berechnung einbezogen. Insgesamt ergeben sich sowohl in Stufe 1 als auch in Stufe 2 durchschnittlich proportionale wie auch progressive Verteilungseffekte (Abbildung E 15).

Im Einkommensbereich bis zur Beitragsbemessungsgrenze des Staus quo resultieren aus der Stufe 1 im Durchschnitt lediglich geringfügige Entlastungen, da der Entlastung durch den geringeren Beitragssatz eine Belastung durch die Verbeitragung von anderen Einkunftsarten gegenübersteht. Haushalte mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze des Status quo sind – abgesehen von dem obersten Einkommensbereich – im Durchschnitt mit zunehmenden Belastungen konfrontiert. Diese resultierten aus der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und – für solche Haushalte, deren Arbeitseinkommen unter der neuen Beitragsbemessungsgrenze von jährlich 61.200 € liegt – aus der zusätzlichen Heranziehung von anderen Einkunftsarten bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Die maximale durchschnittliche Belastung von etwa 1 % des verfügbaren Einkommens erfahren Haushalte mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von 100.000 bis 120.000 €.

Durch die zusätzliche Berücksichtigung der Stufe 2 der Bürgerversicherung werden die durchschnittlichen Entlastungen bis zur Beitragsbemessungsgrenze des Status quo etwas verstärkt, da den Vorteilen der weiteren Beitragssatzsenkung kaum Belastungen durch eine Ausweitung des Versichertenkreises gegenüberstehen. Denn ehemals Privatversicherte (zum Beispiel Beamte oder Pensionäre) mit relativ geringen Einkommen müssen – da die Beiträge in der Bürgerversicherung nach Maßgabe des Einkommens erhoben werden – nun keine oder nur geringe Beitragsmehrbelastun-

gen hinnehmen. Die Entlastungen der Einkommen unter der alten Beitragsbemessungsgrenze erreichen insgesamt einen Wert von maximal 0,5 % des verfügbaren Einkommens. Für Haushalte mit einem Bruttoeinkommen oberhalb der alten Beitragsbemessungsgrenze werden die Belastungen in der zweiten Stufe gegenüber der ersten etwas verschärft, da die neu in der Bürgerversicherung Versicherten tendenziell hohe Einkommen haben, die wiederum zu Beitragslasten führen, die die vorherigen Prämien zur privaten Krankenversicherung übersteigen. Die Mehrbelastungen betragen für Haushalte mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von 100.000 bis 120.000 € im Durchschnitt knapp 2,2 % des verfügbaren Einkommens.

E-4.2.1 Verteilungswirkungen differenziert nach sozialer Stellung

Differenziert man die Verteilungseffekte nach der sozialen Stellung, halten sich die Auswirkungen der Stufe1 der Bürgerversicherung in Grenzen (Abbildung E 16, nächste Seite). Die zahlenmäßig umfangreichste soziale Gruppe, die Arbeiter und Angestellten, werden bis zu einem Bruttoeinkommen von jährlich 50.000 € im Durchschnitt nur leicht entlastet. Dies zeigt, dass bei den Arbeitnehmern die zusätzliche Verbeitragung von zum Beispiel Vermögenseinkommen recht bedeutend ist und die Entlastungseffekte der Beitragssatzsenkung fast aufhebt. Arbeitnehmerhaushalte mit einem höheren Bruttoeinkommen werden demgegenüber durchschnittlich belastet. Diese Belastung resultiert im Wesentlichen aus der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und erreicht Größenordnungen von im Durchschnitt bis zu 1,1 % des verfügbaren Einkommens. Haushalte von Beamten, Pensionären sowie Arbeitslosen, Studenten und sonstigen Nichterwerbstätigen sind durch die Stufe 1 der Bürgerversicherung kaum betroffen. Haushalte von Rentnern werden bis zu einem Bruttoeinkommen von 20.000 € durchschnittlich geringfügig entlastet; der Beitragssatzsenkungseffekt überkompensiert also auch hier die Mehrbelastungen aufgrund der Verbeitragung zusätzlicher Einkommensquellen. Ist das Bruttoeinkommen höher, wird auch der Anteil der Sozialrente am Gesamteinkommen kleiner, so dass die Heranziehung anderer Einkunftsarten bei der Beitragsbemessung bedeutender und diese Gruppe im Vergleich zum Status quo stärker belastet wird. Im Bruttoeinkommensbereich von 80.000 bis 120.000 € sind die Haushalte von Selbständigen am stärksten negativ betroffen, trotz der einkommensteuerlichen Absetzbarkeit der Beiträge zur Krankenversicherung, da deren andere Einkommen offenbar recht hoch sind. Sie müssen mit einer durchschnittlichen Einkommenseinbuße von bis zu 1,5 % des verfügbaren Einkommens rechnen.

Nimmt man **Stufe 2** der Bürgerversicherung hinzu, fallen die Verteilungswirkungen progressiver aus als in Stufe 1 (Abbildung E 17, nächste Seite). Dies gilt aber weniger für die Haushalte von Arbeitern und Angestellten. Mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von bis zu 60.000 € können sie im Durchschnitt Entlastungen von bis zu 1 % des verfügbaren Einkommens erwarten. Haushalte dieser Gruppe mit einem höheren Einkommen werden – wie auch in der Stufe 1 – belastet. Durch die Ausweitung des Versichertenkreises und die faktische Abschaffung der Privaten Krankenversicherung als Vollversicherung sind erwartungsgemäß die Haushalte von Selbständigen, Beamten und Pensionären negativ betroffen. Beamte und Pensionäre verlieren im Durchschnitt bis zu 4 % beziehungsweise bis zu 2,3 % des verfügbaren Einkommens. Auch die Einkommensverluste der Haushalte von Selbständigen werden ausgeweitet. In höheren Bruttoeinkommensbereichen verlieren diese Haushalte rund 3 % ihres verfügbaren Einkommens. Grundsätzlich gilt, dass diese Personengruppen relativ hohe Gesamteinkommen haben, die zu hohen, ihre ehemaligen PKV-Prämien teilweise weit übersteigenden Beiträgen und zur Bürgerversicherung führen.

Abbildung E 16: Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung, differenziert nach sozialer Stellung, Stufe 1

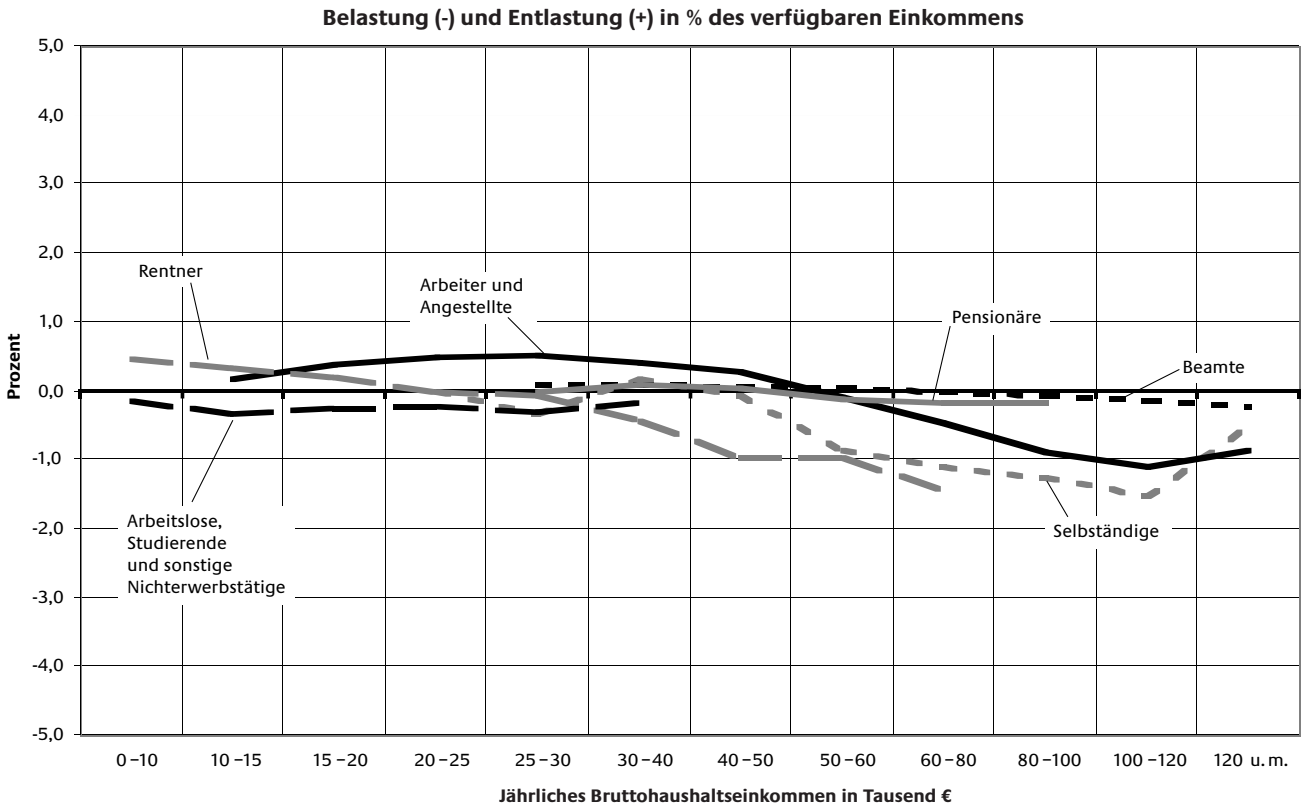
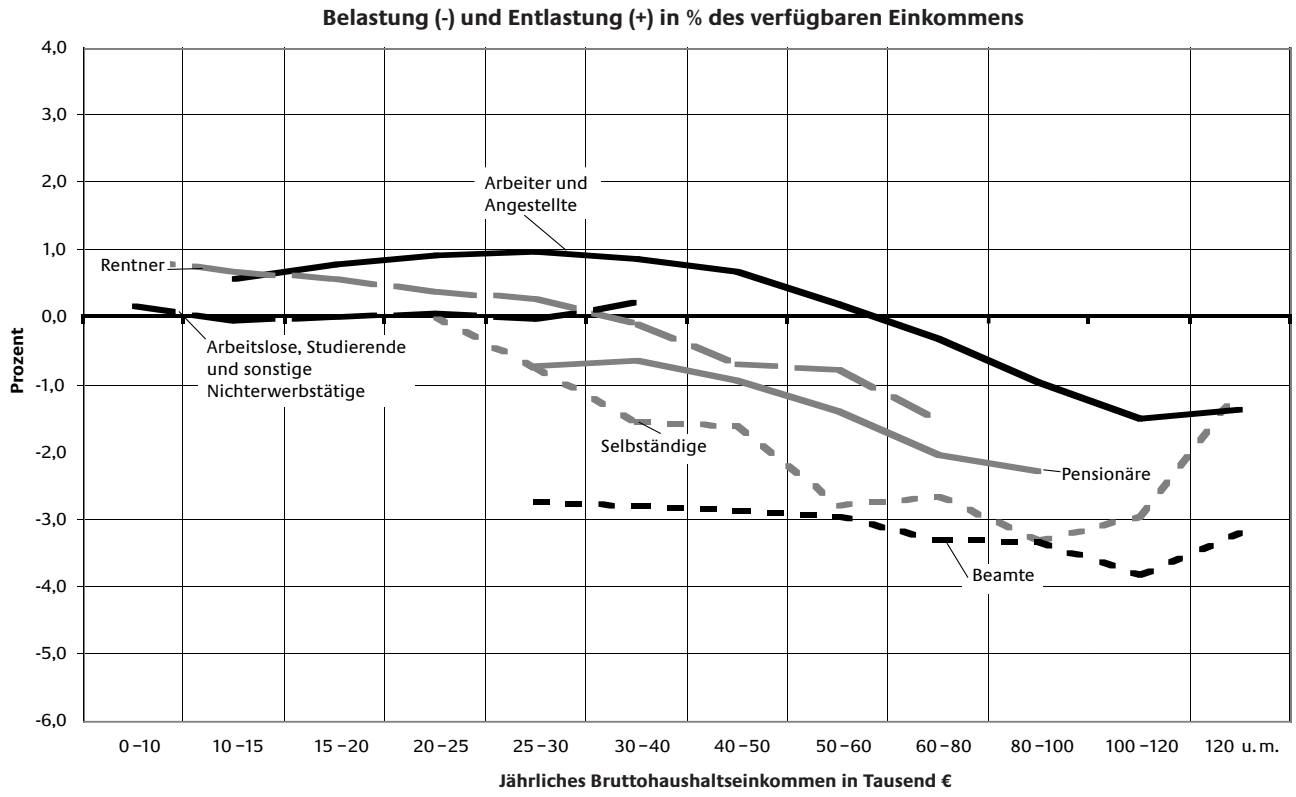


Abbildung E 17: Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung, differenziert nach sozialer Stellung, Stufe 2



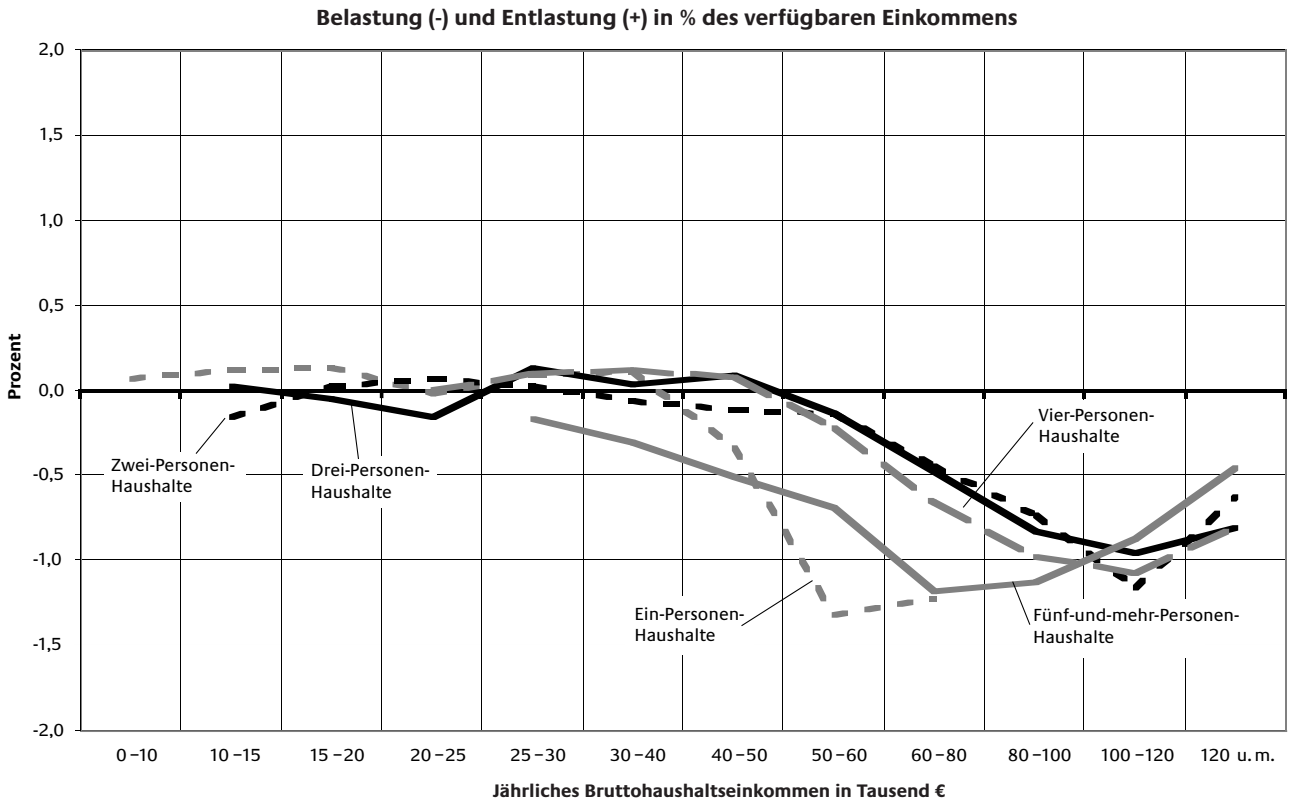
Haushalte von Rentnern im unteren Bruttoeinkommensbereich sind von der Ausweitung des Versichertenkreises kaum betroffen und erfahren infolge des stärker gesenkten Beitragssatzes eine weitere Entlastung.

E-4.2.2 Verteilungswirkungen differenziert nach Haushaltsgrösse

Betrachtet man die Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung in **Stufe 1** differenziert nach der Haushaltsgröße, ergeben sich bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 30.000 € durchschnittlich lediglich geringfügige Effekte (Abbildung E 18). Insbesondere durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sind Haushalte mit einem höheren Einkommen negativ von der Bürgerversicherung betroffen. Zwei-, Drei- und Vier-Personenhaushalte haben einen sehr ähnlichen Belastungsverlauf, der dem durchschnittlichen Verlauf annähernd entspricht.[17] Für Ein-Personen-Haushalte steigen die Belastungen bei einem Bruttoeinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze sprunghaft an, was auf die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrenze zurückzuführen ist. Für diese Personengruppe resultieren aus Stufe 1 der Bürgerversicherung durchschnittliche Belastungen von bis zu 1,3 % des verfügbaren Einkommens. Für die Fünf-und-mehr-Personen-Haushalte ergeben sich im Durchschnitt durchweg Belastungen, die Größenordnungen von 1,2 % des verfügbaren Einkommens erreichen können.

Nimmt man die **Stufe 2** der Bürgerversicherung hinzu, erfahren alle Haushaltsgrößen bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 40.000 € eine durchschnittliche Entlastung, da hier die positive Wirkung der Beitragssatzsenkung dominiert (Abbildung E 19). Im Vergleich zu Stufe 1 werden Ein-Personen-Haushalte mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von über 40.000 € noch stärker negativ betroffen; sie

Abbildung E 18: Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung, differenziert nach Haushaltsgrösse, Stufe 1



17 Vgl. Abbildung E 15.

verlieren bis zu 3,8 % ihres verfügbaren Einkommens. Hier zeigen sich im Wesentlichen die Auswirkungen der Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze und die mit ihr verbundenen Einbeziehung der Privatversicherten. Offenbar und wenig überraschend macht dieser Haushaltstyp bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze im derzeitigen System besonders von seiner Wechselmöglichkeit in die Private Krankenversicherung Gebrauch und erzeugt Entlastungen, die wieder rückgängig gemacht werden, wenn er wieder durch Einführung der Bürgerversicherung in das System einbezogen wird. Zwei-, Drei- und Vier-Personen-Haushalte haben analog zu Stufe 1 der Bürgerversicherung einen ähnlichen, im unteren Einkommensbereich nach oben und im oberen Einkommensbereich nach unten verschobenen, Belastungsverlauf. Die Mehr-Personen-Haushalte haben – im Vergleich zu den Ein-Personen-Haushalten – ihre höchste Belastung in einer höheren Bruttoeinkommensklasse. Dies ist insbesondere auf Haushalte mit mehreren Einkommensbeziehern zurückzuführen. So finden sich beispielsweise Haushalte mit zwei Einkommensbeziehern jeweils knapp unter der neuen Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von monatlich 5.100 € im Bruttoeinkommenssegment von 100.000 bis 120.000 €.

E-4.2.3 Verteilungswirkungen differenziert nach Haushaltstyp

Betrachtet man die Verteilungswirkungen der **Stufe 1** der Bürgerversicherung differenziert nach dem Haushaltstyp (Abbildung E 20), ergibt sich für Alleinstehende ohne Kinder – wie erwartet – ein identischer durchschnittlicher Belastungsverlauf wie derjenige von Ein-Personen-Haushalten. Alleinstehende mit Kindern haben kaum veränderte Belastungen, da sie eher niedrige Einkommen haben, für die der Beitragssatzeffekt überwiegt. Für Ehepaare ohne Kinder ergibt sich wiederum ein ähnlicher Verlauf der Belastungen wie für Zwei-Personen-Haushalte, allerdings ist im mittleren Einkommensbereich eine geringfügig höhere Belastung vorzufinden. Hierbei handelt es sich vielfach um Rentnerhaushalte, die

Abbildung E 19: Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung, differenziert nach Haushaltsgrösse, Stufe 2

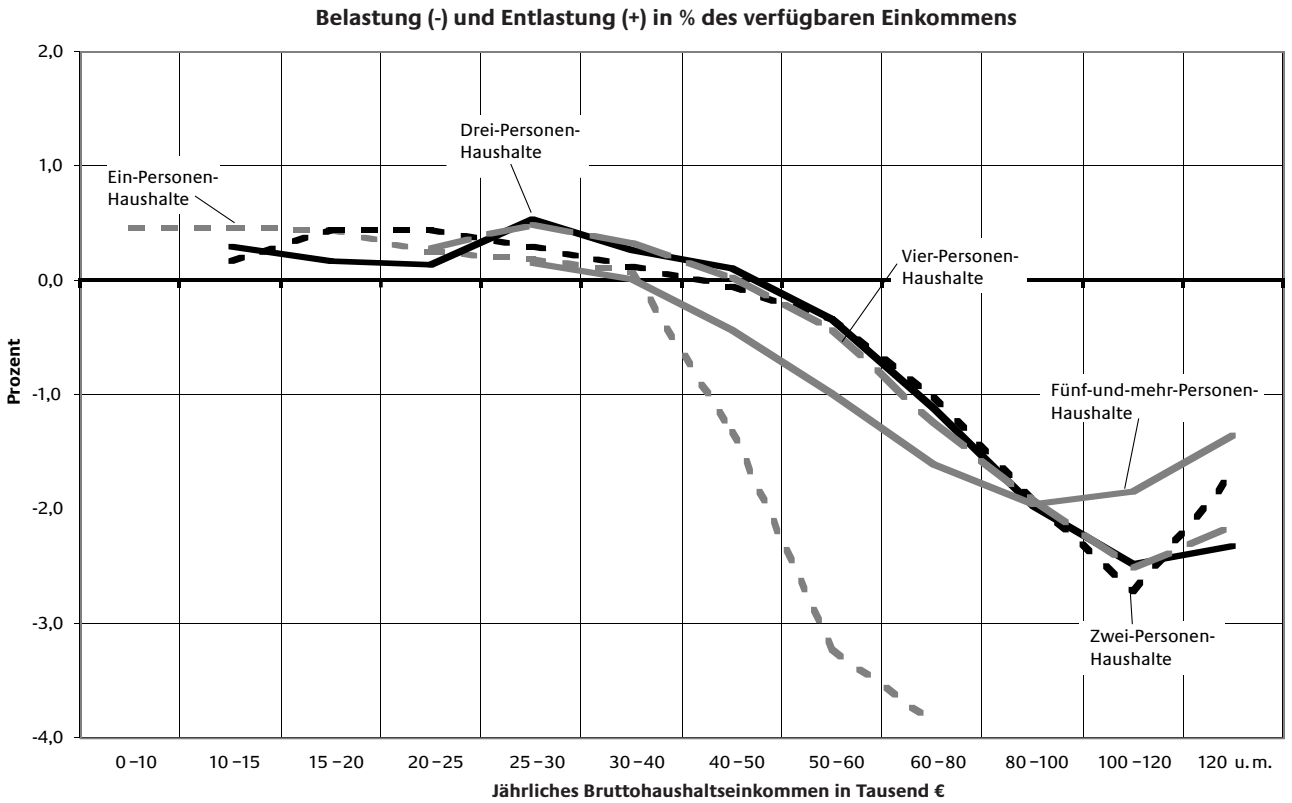


Abbildung E 20: Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung, differenziert nach Haushaltstyp, Stufe 1

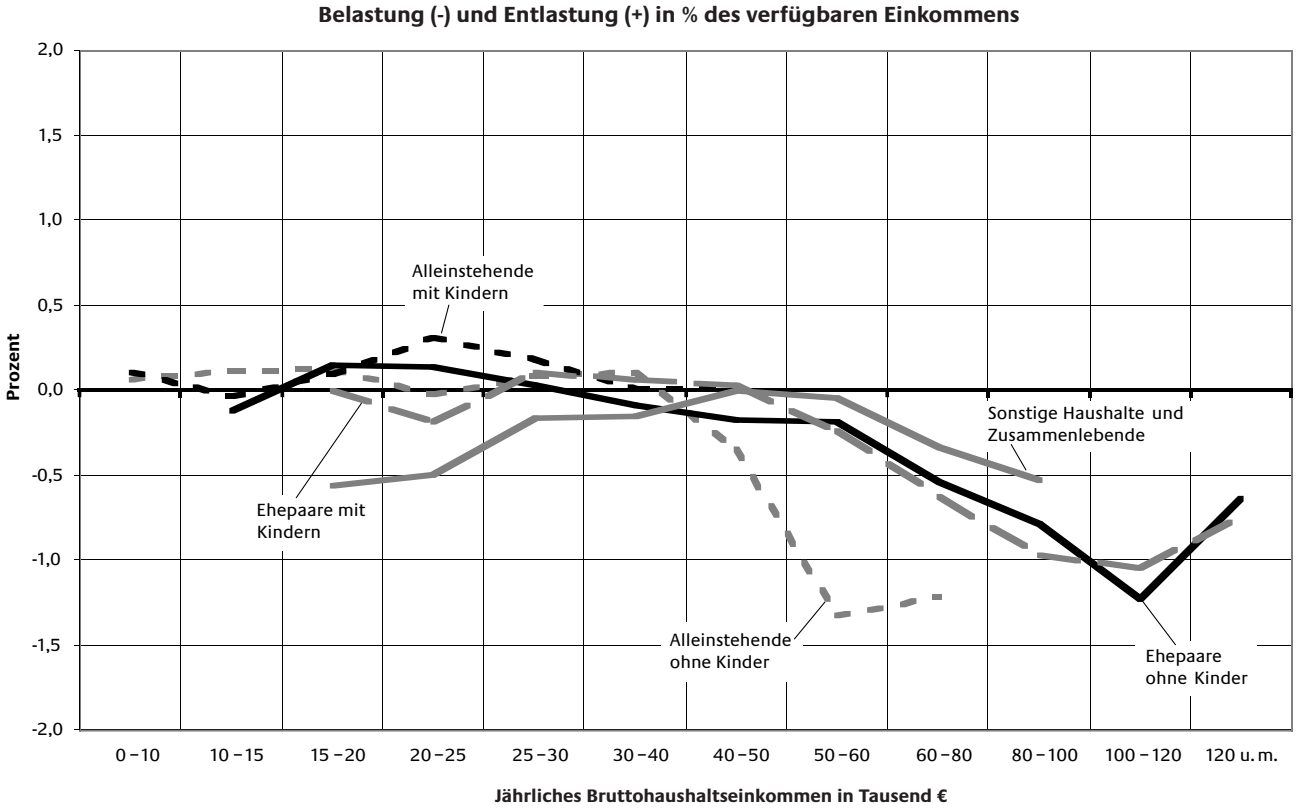
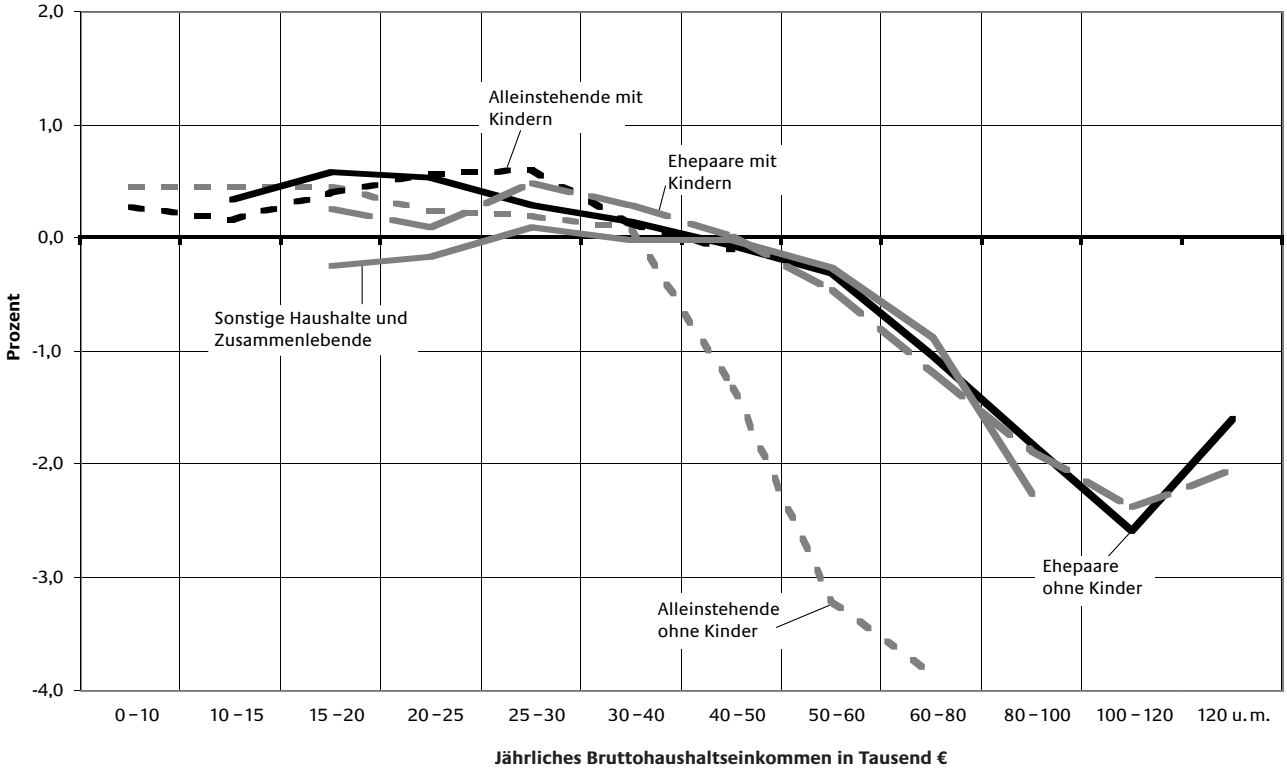


Abbildung E 21: Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung, differenziert nach Haushaltstyp, Stufe 2



durch die Einbeziehung weiterer Einkommensbestandteile in die Bemessungsgrundlage der Bürgerversicherung belastet werden. Haushalte von Ehepaaren mit Kindern sehen sich im Durchschnitt einem ähnlichen Belastungsverlauf wie Haushalte von Ehepaaren ohne Kinder gegenüber. Insgesamt werden ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 50.000 € alle Haushaltstypen im Durchschnitt belastet.

Untersucht man schließlich die Verteilungseffekte unter zusätzlicher Berücksichtigung der **Stufe 2** der Bürgerversicherung, werden Haushalte von Alleinstehenden und Ehepaaren bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 40.000 € im Durchschnitt mehr oder minder stark entlastet (Abbildung E 21). Die durchschnittliche Entlastung bewegt sich in einem engen Band zwischen 0 % und 0,6 % des verfügbaren Einkommens. Lediglich die sonstigen Haushalte und Zusammenlebende müssen im unteren Bruttoeinkommensbereich mit einer geringfügigen Belastung rechnen. Ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 50.000 € verlaufen die Belastungen von allen Haushaltstypen außer den Alleinstehenden ohne Kinder in einem engen Band. Die Alleinstehenden ohne Kinder sind ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 40.000 € am stärksten von Stufe 2 der Bürgerversicherung negativ betroffen, da in dieser Gruppe der Anteil der bisher Privatversicherten besonders hoch ist.

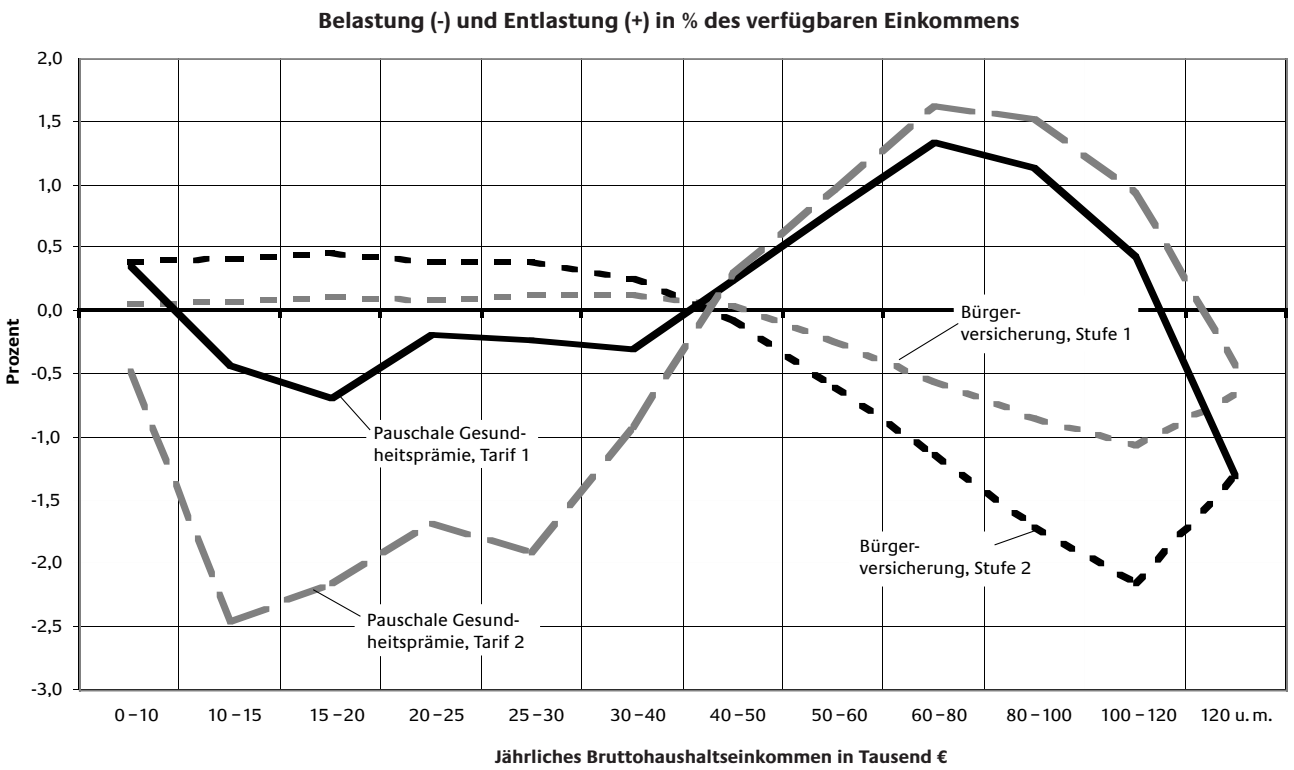
E-5 Vergleich der Verteilungswirkungen

Vergleicht man abschließend die Verteilungswirkungen der pauschalen Gesundheitsprämie einschließlich der Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs über eine Anhebung des Solidaritätszuschlags mit denen der Bürgerversicherung, werden nochmals die Unterschiede deutlich: Die pauschale Gesundheitsprämie mit einem sozialen Ausgleich nach Tarif 1 führt im untersten Einkommensbereich im Durchschnitt zu Entlastungen in den Größenordnungen von 0,5 % des verfügbaren Einkommens und hat damit etwa die gleichen Verteilungseffekte wie die Bürgerversicherung in der Stufe 2, die von einer Abschaffung der Privaten Krankenversicherung und einer Senkung der Beitragssätze um 2,0 Beitragssatzpunkte ausgeht.

Im Bruttoeinkommenssegment von 10.000 bis 40.000 € führt die pauschale Gesundheitsprämie in Verbindung mit dem sozialen Ausgleich nach Tarif 1 durchschnittlich zu geringfügigen Belastungen. Wird der soziale Ausgleich der pauschalen Gesundheitsprämie nach Tarif 2 ausgestaltet, ergeben sich für Haushalte in diesem Bruttoeinkommenssegment durchschnittliche Belastungen von bis zu 2,5 % des verfügbaren Einkommens. Dem stehen bei der Bürgerversicherung in Stufe 1 marginale und in Stufe 2 geringfügige Entlastungen gegenüber (Abbildung E 22).

Haushalte mit einem Bruttoeinkommen von 40.000 bis 50.000 € werden im Durchschnitt weder von der einen noch von der anderen Reform wesentlich tangiert. In dem Bruttoeinkommensbereich von 60.000 bis 120.000 € werden Haushalte durch die pauschale Gesundheitsprämie nach beiden Tarifen im Durchschnitt relativ entlastet und durch die Bürgerversicherung in beiden Stufen im Durchschnitt relativ belastet, wobei allerdings die Entlastungen bei der pauschalen Gesundheitsprämie betragsmäßig geringfügiger ausfallen als die Belastungen durch die Bürgerversicherung. Für Haushalte in der höchsten Bruttoeinkommensklasse ergeben sich für alle untersuchten Reformansätze im Durchschnitt relative Belastungen, die für die pauschale Gesundheitsprämie in Verbindung mit einem sozialen Ausgleich nach **Tarif 2** am niedrigsten ausfallen. Insgesamt zeigt sich in Bezug auf die Verteilungswirkungen der Umstellung der Finanzierungsart ein fast spiegelbildlicher Verlauf.

Abbildung E 22: Vergleich der Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung mit denen der pauschalen Gesundheitsprämie



E-6 Vergleich der Grenzbelastungen

Für die allokativen Auswirkungen einer Reform spielen die Grenzbelastungen eine tragende Rolle. Der Vergleich der Grenzbelastungen erfolgt beispielhaft für einen alleinstehenden Versicherten, der ausschließlich über Lohneinkommen verfügt.[18] Der Grenzbelastungsvergleich berücksichtigt die tarifliche Einkommensteuer, Solidaritätszuschlag sowie alle Sozialversicherungsbeiträge und erfolgt zum einen aus der Sichtweise des Arbeitnehmers und zum anderen bezogen auf den Produzentenlohn.[19] Aus den durchgeführten Berechnungen zu den empirischen Auswirkungen der Bürgerversicherung ergibt sich die Möglichkeit zur Beitragssatzsenkung in Höhe von insgesamt 1,3 Prozentpunkten bei der Berücksichtigung der ersten Stufe der Bürgerversicherung. Für die pauschale Gesundheitsprämie geschieht der Vergleich unter Zugrundelegung des Eigenanteiltarifs 1.

Auf der Abszisse der Abbildungen ist das Brutto(arbeits)einkommen des Arbeitnehmers beziehungsweise das Arbeitgeber-Bruttoeinkommen (Produzentenlohn) in der Ausgangssituation abgetragen, auf der Ordinate die Grenzbelastung, das heißt, die Abgabenlast auf einen zusätzlichen Euro an Einkommen der Arbeitnehmer (Abbildung E 23 und Abbildung E 24).

Durch die pauschale Gesundheitsprämie ergibt sich – aus der Sicht des Arbeitnehmers – weitgehend eine Verminderung der Grenzbelastung. In dem Einkommensbereich bis monatlich rund 1.440 € steigt die Grenzbelastung

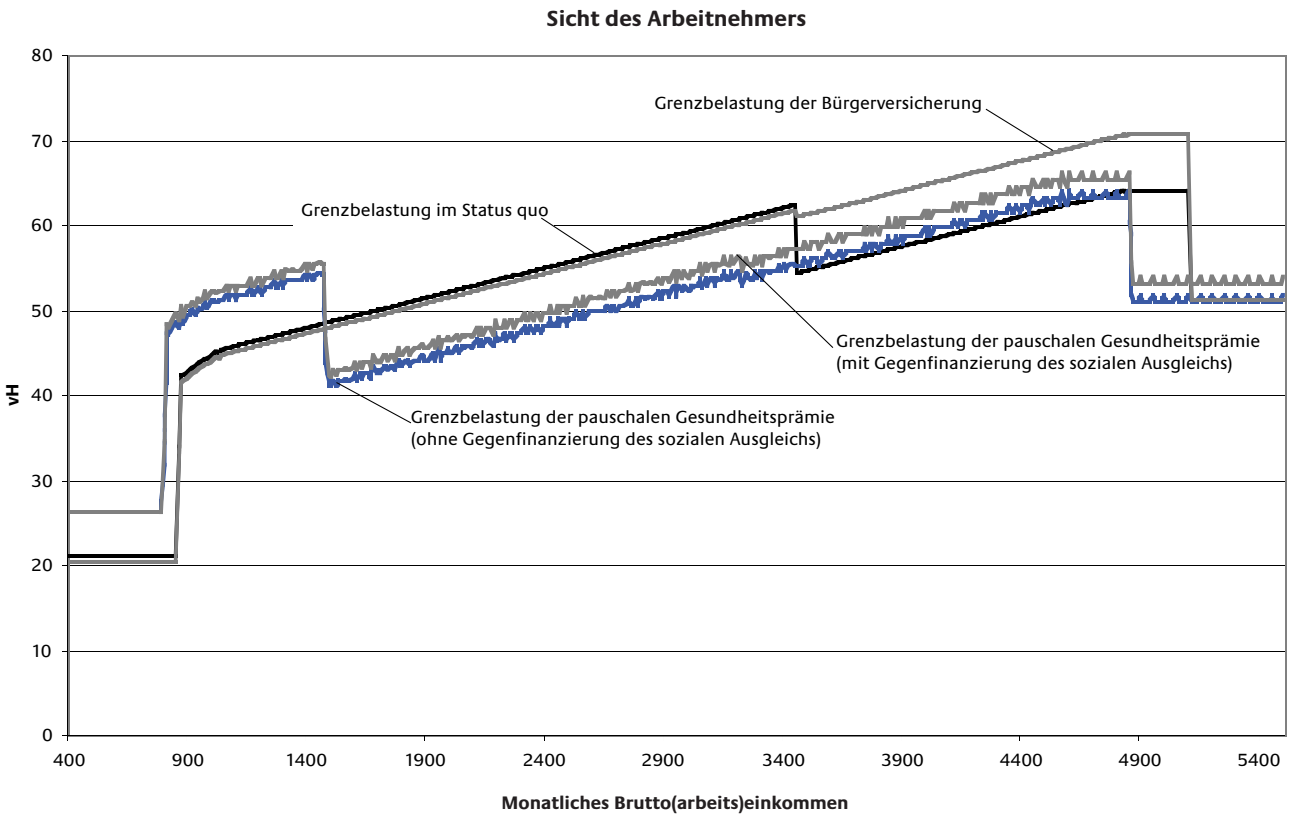
18 Hierbei handelt es sich um eine Vereinfachung aus rein technischen Gründen; eine Einbeziehung von weiteren Einkommensbestandteilen verändert den Verlauf der Grenzbelastung nicht, soweit die zusätzliche Abgabenbelastung einer Erhöhung des Bruttoarbeitseinkommens gemessen werden soll.

19 Die Regelungen zu den Mini- und Midi-Jobs sind dabei nicht berücksichtigt. Es wird der Rechtsstand zum 1. Januar 2003 zu Grunde gelegt.

des Arbeitnehmers um etwa 6 Prozentpunkte (Abbildung E 23). Dies ist durch die Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs begründet: Aufgrund der Tatsache, dass eine Erhöhung des Bruttoeinkommens um einen Euro den zumutbaren Eigenanteil erhöht und entsprechend der Zuschuss um 13,3 Cent sinkt, steigt die Grenzbelastung hervorgerufen durch die Gesetzliche Krankenversicherung von 7,2 % auf 13,3 %. Dieser Anstieg wird jedoch um etwa 0,8 Prozentpunkte – zurückzuführen auf die Beitragssatzsenkung in den anderen Sozialversicherungszweigen – vermindert. Da auf der Abszisse das Bruttoeinkommen der Ausgangssituation abgetragen ist, ist die Grenzbelastungskurve der pauschalen Gesundheitsprämie etwas nach links verschoben, wodurch in einem Einkommensbereich um etwa 800 € die Grenzbelastung allein infolge der Besteuerung höher ausfällt. Ab dem Bruttoeinkommen, bei dem kein Zuschuss mehr bezahlt wird (ca. 1.600 €), sinkt die Grenzbelastung bis zu einem Bruttoeinkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze von 3.450 € um rund 7 Prozentpunkte. Im Einkommensbereich zwischen 3.500 und 4.700 € bleibt die Grenzbelastung – im Vergleich zum Status quo – weitgehend unverändert; die Verminderung durch die Beitragssatzsenkung zu den anderen Sozialversicherungszweigen wird durch eine höhere Grenzbelastung bei der Einkommensbesteuerung infolge der Auszahlung des Arbeitgeberanteils zur Gesetzlichen Krankenversicherung weitgehend kompensiert. Im oberen Einkommensbereich sinkt die Grenzbelastung, da durch die Auszahlung des Arbeitgeberanteils zur Gesetzlichen Krankenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze der Renten- und Arbeitslosenversicherung früher erreicht wird. Berücksichtigt man ferner eine erforderliche Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs durch eine Erhöhung des Solidaritätszuschlags um 4,5 Prozentpunkte, erhöht sich die Grenzbelastung der pauschalen Gesundheitsprämie um bis zu 2,3 Prozentpunkte in den obersten Einkommensbereichen.

Demgegenüber resultiert aus der Bürgerversicherung in Stufe 1 bis zu einem Einkommen von 3.450 € eine Verminderung der Grenzbe-

Abbildung E 23: Grenzbelastung im Status quo und in den Reformmodellen aus der Sicht des Arbeitnehmers



lastung um durchgängig 0,65 Prozentpunkte. Allerdings steigt durch die Heraufsetzung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 € die Grenzbelastung in dem Einkommensbereich von 3.500 € bis 5.000 € im Vergleich zum Status quo um 6,55 Prozentpunkte sprunghaft an. Sie erreicht einen Spitzenwert von 70,7 % bei einem Bruttoeinkommen von rund 5.000 €. Dies bedeutet, dass von jedem zusätzlichen Euro um den das Bruttoeinkommen des Arbeitnehmers erhöht wird, 70 Cent zusätzliche Abgaben gezahlt werden müssen. Würde die Beitragsbemessungsgrenze auch für die Gesetzliche Pflegeversicherung angehoben, ergäbe sich eine maximale Grenzbelastung durch die Einkommensteuer, den Solidaritätszuschlag und die Sozialversicherungsbeiträge von annähernd 72 %. Aus Grenzbelastungen in diesen Größenordnungen dürften sich erhebliche negative Anreizwirkungen ergeben, die negative Beschäftigungswirkungen in diesem Einkommenssegment erzeugen dürften. In der Stufe 2 der Bürgerversicherung wird der Verlauf der Grenzbelastungen um 0,7 Prozentpunkte nur geringfügig abgemildert.

Betrachtet man abschließend die gesamte Grenzbelastung, die aus einer Erhöhung des Arbeitgeber-Bruttoeinkommens um einen Euro resultiert, ergibt sich ein ähnliches Bild. Auf der Abszisse ist nun, anstelle des Bruttoeinkommens des Arbeitnehmers, der Betrag abgetragen, den der Arbeitgeber für seinen Arbeitnehmer aufbringen muss, das heißt Bruttoeinkommen des Arbeitnehmers zuzüglich der Arbeitgeberanteile (Abbildung E 23). Die Grenzbelastung wird nun in Relation zum Arbeitgeber-Bruttoeinkommen gesetzt.

Gegenüber dem Staus quo erhöht sich die Grenzbelastung bei der pauschalen Gesundheitsprämie im unteren zuschussberechtigten Einkommensbereich um etwa 2 Prozentpunkte. Ab einem Arbeitgeber-Bruttoeinkommen von monatlich knapp 1.800 € reduziert sich die Grenzbelastung um gut 10 Prozentpunkte bis zu einem monatlichen Arbeitgeber-Bruttoeinkommen von etwa 4.200 €; bei Gegenfinanzierung des Zuschussbedarfs im Wege einer Erhöhung des Solidaritätszuschlags vermindert sich die Grenzbelastung in diesem Einkommenssegment – verglichen mit dem Status quo – um etwa 8,5 Prozentpunkte.

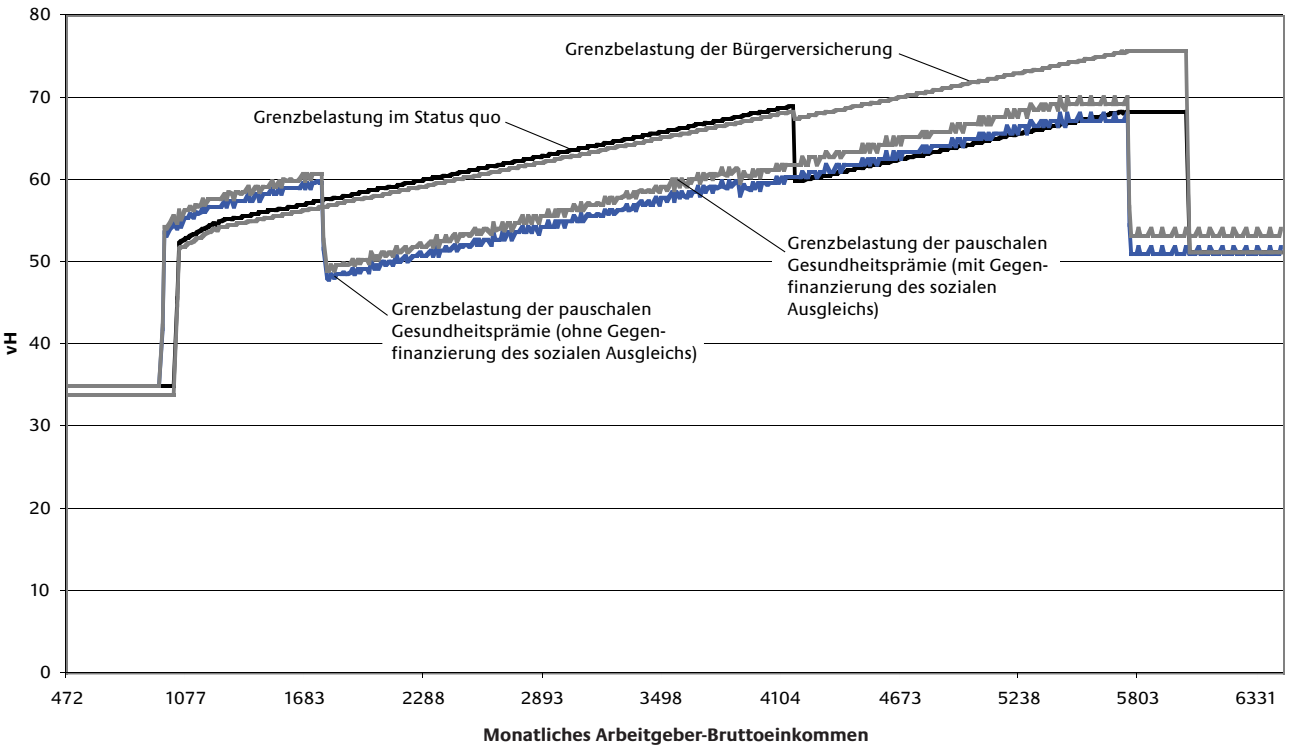
Bei der Bürgerversicherung reduziert sich die Grenzbelastung bis zu einem Arbeitgeber-Bruttoeinkommen von etwa 4.200 € um bis zu 0,9 Prozentpunkte. Für den darüber liegenden Einkommensbereich bis zu einem Arbeitgeber-Bruttoeinkommen von rund 6.000 € steigt die Grenzbelastung um etwa 7,5 Prozentpunkte und erreicht einen maximalen Betrag von 75,5 %. Das bedeutet, dass von jedem Euro, den der Arbeitgeber in das Einkommen seines Arbeitnehmers investiert, lediglich 25 Cent Nettolohn dem Arbeitnehmer zugute kommt.

Hinsichtlich der allokativen Effekte verhalten sich die beiden Reformvorschläge somit entgegengesetzt: Während die pauschale Gesundheitsprämie die Grenzbelastungen in weiten Bereichen reduziert und deshalb tendenziell positive Beschäftigungseffekte hervorruft, führt die Bürgerversicherung kaum zu einer Senkung, sondern sogar zu einem Anstieg der Grenzbelastungen, der negative Beschäftigungswirkungen induzieren dürfte.

E-7 Zusammenfassung

Das vorliegende Gutachten analysiert die Aufkommens- und Verteilungswirkungen von zwei Reformen zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung: eine Umstellung der lohnbezogenen Beitragserhebung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf pauschale Gesundheitsprämien mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich und eine Erweiterung der derzeitigen Gesetzlichen Krankenversicherung auf eine Bürgerversicherung. Die Aufkommenseffekte wurden anhand der

Abbildung E 24: Grenzbelastung im Status quo und in den Reformmodellen in Bezug auf das Arbeitgeber-Bruttoeinkommen (Produzentenlohn)



aggregierten Auswirkungen auf die einzelnen Haushalte der zu Grunde liegenden Stichprobe errechnet. Die Verteilungswirkungen werden durch die Änderungen der finanziellen Position bei Umsetzung der verschiedenen Reformen ermittelt. Dazu werden die finanziellen Belastungen nach der Reform mit dem Status quo verglichen, also der Verteilungssituation des derzeit geltenden Rechts. Dieser Ansatz erfasst nicht, dass das geltende Recht unter Umständen inkonsistente Belastungsverteilungen verursacht und somit als Maßstab zur Beurteilung von Reformmaßnahmen problematisch ist. Daher kann aus dem Vergleich keine Aussage abgeleitet werden, ob eine Reformvariante gemessen an der Ausgangssituation eine gleichmäßigere Belastungsverteilung bewirkt oder nicht. Insgesamt wird durch die Untersuchung der Verteilungswirkungen deutlich, dass die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung im geltenden Recht zu fragwürdigen Belastungsverteilungen führt. Besonders belastet sind Alleinstehende im mittleren Einkommensbereich.

Pauschale Gesundheitsprämie

Eine Finanzierung über pauschale Gesundheitsprämien ohne einen sozialen Ausgleich würde stark regressiv wirken. Die Modellierung zeigt, dass durch steuerfinanzierte Prämienzuschüsse bei entsprechender Gestaltung der Zuschusskriterien der soziale Ausgleich in Umfang und Wirkungsrichtung zielgenau entsprechend vorgegebener Verteilungszielsetzungen ausgestaltet werden kann. Insgesamt ergeben sich keine großen Änderungen gegenüber der heutigen Belastungsverteilung. Die durchschnittliche maximale Belastung beträgt je nach gewähltem Tarif des zumutbaren Eigenbeitrags 0,6 % beziehungsweise 2,4 % des verfügbaren Haushaltseinkommens oder rund 0,3 % beziehungsweise 1,2 % des Bruttoeinkommens. Dies entspricht etwa den Belastungen eines Beitragssatzanstiegs um etwa 0,6 beziehungsweise 2,4 Beitragssatzpunkte. Keine soziale Gruppe – abgesehen von Haushalten der Beamten und Pensionäre – wird systematisch durch die Reform benachteiligt. Durch die Reform werden insbesondere Haushalte von Alleinstehenden im mittleren Einkommensbereich entlastet, da

diese nach dem geltenden Recht überproportional zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung beigetragen haben und auch sonst im Steuer- und Transfersystem hohen Grenzbelastungen ausgesetzt sind. Im Einzelnen ergeben sich jedoch sehr unterschiedliche Wirkungen in Abhängigkeit von Haushaltstyp und Haushaltsgröße.

Wie der soziale Ausgleich zur Prämiensubventionierung von Beziehern niedriger Einkommen gestaltet werden soll, ist eine politische Entscheidung, die von der Zielsetzung der Verteilungspolitik bestimmt wird. Bei den beiden dargestellten Varianten des sozialen Ausgleichs entstehen für den Staat nach Abzug der Mehreinnahmen durch die Versteuerung des ausbezahlten Arbeitgeberanteils zusätzliche Belastungen von 4,4 Mrd. € beziehungsweise 10,2 Mrd. €. Wenn diese Belastungen mit einer progressiven Steuer gegenfinanziert würden, fielen die Entlastungen im mittleren bis oberen Einkommensbereich deutlich niedriger aus, teilweise käme es in diesem Einkommensbereich sogar zu Belastungen. Würde umgekehrt eine regressive Steuer zur Finanzierung herangezogen, dürften sich die geringfügigen Belastungen im unteren Einkommensbereich tendenziell verstärken.

Mit Hilfe des Mikrosimulationsmodells kann die Umverteilung durch eine Umstellung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung gut quantifiziert werden. Gleichzeitig lässt sich das Volumen der Umverteilung durch die Festlegung der Zuschusskriterien zielgenau bestimmen. Insgesamt kann durch eine entsprechende Ausgestaltung ein System einer pauschalen Gesundheitsprämie – bei einer entsprechenden Gegenfinanzierung – eine gleichmäßigere Belastungsverteilung über die gesamte Bevölkerung hinweg erreichen, da durch eine Finanzierung des sozialen Ausgleichs mit einer progressiven Steuer auch sehr hohe Einkommen hierzu einen Beitrag leisten. Im Hinblick auf die Grenzbelastungen des Systems der Einkommensteuer und der Sozialbeiträge werden diese durch die pauschale Gesundheitsprämie für weite Einkommensbereiche vermindert, was positive Effekte auf die Beschäftigung haben könnte.

Bürgerversicherung

Die Analyse der Aufkommens- und Verteilungswirkungen einer Bürgerversicherung erfolgt in zwei Stufen. Stufe 1 umfasst eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage um zusätzliche – bisher nicht der Beitragsbemessung zu Grunde liegenden – Einkommensbestandteile und eine deutliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von derzeit monatlich 3.450 € auf monatlich 5.100 €. Die Stufe 2 der Bürgerversicherung sieht zusätzlich zur Stufe 1 eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und eine Einbeziehung von Beamten, Selbständigen und Landwirten in die Bürgerversicherung vor. Dies impliziert die Abschaffung der Privaten Krankenversicherung in ihrer bisherigen Form. Die Bürgerversicherung wird stets so ausgestaltet, dass eine Aufkommensneutralität gewährleistet ist. Durch die Stufe 1 könnte der durchschnittliche Beitragssatz von derzeit 14,4 % auf 13,1 % gesenkt werden. Die Stufe 2, die erst langfristig wirksam werden kann, würde eine weitere Verminderung der Beitragssätze um 0,7 Prozentpunkte ermöglichen.

Die Einführung einer Bürgerversicherung ist im unteren Einkommensbereich mit proportionalen Entlastungen und ab einem Bruttoeinkommen in Höhe der gegenwärtigen Beitragsbemessungsgrenze bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 120.000 € mit progressiven Verteilungswirkungen verbunden. In Stufe 1 halten sich die durchschnittlichen Entlastungen allerdings in sehr engen Grenzen. Der Entlastungseffekt infolge der Beitragssatzsenkung wird durch die Heranziehung zusätzlicher, bisher nicht verbeitragter Einkommensbestandteile weitgehend

kompensiert. Nennenswerte Entlastungen im unteren Einkommensbereich von durchschnittlich bis zu 0,5 % des verfügbaren Einkommens ergeben sich lediglich durch Stufe 2 der Bürgerversicherung. Demgegenüber werden insbesondere Haushalte mit einem Einkommen, das über der gegenwärtigen Beitragsbemessungsgrenze liegt, deutlich belastet. Besonders stark negativ betroffen durch Stufe 2 der Bürgerversicherung sind Haushalte von Beamten, Pensionären, Selbständigen und Alleinstehenden, die bisher in der Privaten Krankenversicherung versichert sind. Sie haben im Durchschnitt mit einer Verminderung ihres verfügbaren Einkommens um bis zu 3,8 Prozentpunkte zu rechnen.

Durch die Bürgerversicherung wird die bestehende Umverteilung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung manifestiert beziehungsweise weiter ausgebaut. Mit der Bürgerversicherung ist ein Anstieg der Grenzbelastungen des Systems der Einkommensbesteuerung und der Sozialbeitragserhebung trotz Absenkung der Beitragssätze verbunden. Für Einkommen an der Beitragsbemessungsgrenze kommt es hierdurch zu Grenzbelastungen – aus der Sicht des Arbeitnehmers – von über 70 %. Dies bedeutet, dass von jedem zusätzlichen Euro, um den das Bruttoeinkommen erhöht wird, der Arbeitnehmer 70 Cent zusätzliche Abgaben zahlen muss. Aus Grenzbelastungen in diesen Größenordnungen dürften sich erhebliche negative Anreizwirkungen ergeben, die negative Beschäftigungswirkungen in diesem Einkommenssegment erzeugen dürften.

Literatur

BORK, CHRISTHART (2000): Steuern, Transfers und private Haushalte – Eine mikro-analytische Simulationsstudie der Aufkommens- und Verteilungswirkungen, in: Finanzwissenschaftliche Schriften, Band 99, Frankfurt am Main u. a.: Peter Lang Verlag.

GALLER, HEINZ PETER/OTT, NOTBURGA (1994): Das dynamische Mikrosimulationsmodell des Sonderforschungsbereichs 3, in: HAUSER, RICHARD/OTT, NOTBURGA/WAGNER, GERT (Hrsg.): Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik: Ergebnisse des gleichnamigen Sonderforschungsbereichs, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Band 2, Erhebungsverfahren, Analysemethoden und Mikrosimulation, Berlin: Akademie Verlag, S. 399-427.

HARBORDT, STEFFEN (1974): Computersimulation in den Sozialwissenschaften, Band 1, Einführung und Anleitung, Reinbek: Rowohlt.

HARDING, ANN (1993): Lifetime Income Distribution and Redistribution – Application of a Microsimulation Model, Amsterdam/London/New York/Tokyo: North-Holland.

HAUSER, RICHARD/OTT, NOTBURGA/WAGNER, GERT (Hrsg., 1994): Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik: Ergebnisse des gleichnamigen Sonderforschungsbereichs, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Band 2, Erhebungsverfahren, Analysemethoden und Mikrosimulation, Berlin: Akademie Verlag.

KNAPPE/ARNOLD (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, hrg. von der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V.

KRUPP, HANS-JÜRGEN/WAGNER, GERT (1982): Grundlagen und Anwendungen mikroanalytischer Simulationsmodelle, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, Vol. 20, S. 5-27.

LANDT, JOHN/HARDING, ANN/PERCIVAL, RICHARD/SADKOWSKY, KRYS (1994): Reweighting a Base Population for a Microsimulation Model, NATSEM (National Centre for Social and Economic Modeling), Faculty of Management, University of Canberra, Discussion Paper No. 3.

MERZ, JOACHIM (1994a): Microsimulation – A Survey of Methods and Applications for Analyzing Economic and Social Policy, Discussion Paper No. 9, Department of Economics and Social Science, University of Lüneburg.

MERZ, JOACHIM (1994 b): Microdata adjustment using the minimum information loss principle, FFB-Discussion Paper No. 9 (Forschungsinstitut Freie Berufe), Department of Economics and Social Science, University of Lüneburg.

SPAHN, PAUL BERND/GALLER, HEINZ PETER/KAISER, HELMUT/KASSELLA, THOMAS/MERZ, JOACHIM (1992): Mikrosimulation in der Steuerpolitik, Heidelberg: Physica.

Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Öffentlichkeitsarbeit
11017 Berlin
Stand: August 2003

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr: C 318
Telefon: 0180 / 51 51 51 0 (0,12 EUR / Min.)
Fax: 0180 / 51 51 51 1 (0,12 EUR / Min.)
Schriftlich: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Information, Publikation, Redaktion
Postfach 500
53108 Bonn
E-Mail: info@bmgs.bund.de
Internet: http://www.bmgs.bund.de

Für Gehörlose und Hörgeschädigte:

Schreibtelefon: 0800 / 111 000 5 (zum Nulltarif)
Fax: 0800 / 111 000 1 (zum Nulltarif)
E-Mail: info.gehoerlos@bmgs.bund.de / info.deaf@bmgs.bund.de

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Mißbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin