



FORSCHUNGS
ZENTRUM
GENERATIONEN
VERTRÄGE

Fehlfinanzierung in der deutschen Sozialversicherung

Studie des Forschungszentrums Generationenverträge
im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft

Bernd Raffelhüschen
Stefan Moog
Johannes Vatter

Juni 2011



Zusammenfassung

Der deutsche Sozialstaat ist hinsichtlich seines Umfangs und seiner Ausdifferenzierung nahezu einmalig. Eine zentrale Rolle nimmt dabei die Sozialversicherung ein. Sie garantiert eine breite Risikovorsorge für große Teile der Bevölkerung und ermöglicht eine soziale Lastenaufteilung im Sinne des Solidarprinzips. Im Zuge der vergangenen 150 Jahre haben sich dabei fünf Zweige der Sozialversicherung herausgebildet, wobei die Leistungen zur Sozialen Sicherung in Deutschland inzwischen mehr als ein Fünftel des Bruttoinlandproduktes ausmachen.

Die zunehmend schwierige Arbeitsmarktlage im ausgehenden 20. Jahrhundert und die drohenden Zusatzlasten aufgrund der gesellschaftlichen Alterung haben allerdings zu einem Paradigmenwechsel in der Sozialpolitik geführt. Sieht man von der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung ab, ist die Politik seit mehr als zwei Jahrzehnten bestrebt, weitere Beitragssatzanstiege zu verhindern. Während es im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung dabei bereits zu beträchtlichen Erfolgen gekommen ist, bleiben insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung erhebliche Baustellen bestehen.

Als zentrales Leitprinzip für weitere Reformen im Bereich der Sozialversicherung kann dabei das Äquivalenzprinzip gelten. Denn die Übereinstimmung von Beitragszahlung und Leistungsanspruch stellt auch für die Sozialversicherung einen elementaren Grundsatz dar, sei es im Aggregat oder im Zuge der Teilhabeäquivalenz für einzelne Versicherte. Die Gültigkeit des Äquivalenzprinzips garantiert die Trennung von Beitrags- und Steuermitteln, verhindert eine unsystematische Umverteilung und schafft ein höheres Maß an Transparenz innerhalb der öffentlichen Finanzen. Nicht zuletzt sieht das Äquivalenzprinzip im Rahmen der Sozialversicherung bei konsequenter Umsetzung auch die Gleichbehandlung verschiedener Generationen vor. Faktisch wird das Äquivalenzprinzip jedoch an zahlreichen Stellen und auf verschiedene Weisen durchbrochen. Als Folge kommt es in den einzelnen Sozialversicherungszweigen zu einer nicht unerheblichen Fehlfinanzierung.

Im Rahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung besteht der Ausgangspunkt der Fehlfinanzierung in den zahlreichen versicherungsfremden Leistungen. Insgesamt belief sich das Volumen der Fremdleistungen in der allgemeinen Rentenversicherung im Jahr 2009 auf ca. 90 Mrd. Euro. Gemäß dem Äquivalenzprinzip sind diese Leistungen nicht durch allgemeine Beitragsmittel, sondern durch Steuern zu finanzieren. In Folge der Ausweitung der Fremdleistungen hat der Bund in den vergangenen zwei Jahrzehnten reagiert und die Steuerfinanzierung deutlich ausgeweitet. Der allgemeinen Rentenversicherung flossen im Jahr 2009 Bundesmittel in Höhe von 71 Mrd. Euro zu. In den kommenden Jahren ist zudem mit einer relativen Angleichung von Fremdleistungen und Steuermitteln zu rechnen, da sich zahlreiche versicherungsfremde Leistungspositionen verringern, während sich die Bundeszuschüsse hauptsächlich an der künftigen Lohnentwicklung orientieren. Um die Fehlfinanzierung zügig und dauerhaft zu reduzieren, ist sowohl eine Hinterfragung der

bestehenden Fremdleistungen als auch eine gesetzliche, am Umfang der Fremdleistungen orientierte Bemessung künftiger Bundeszuschüsse zweckmäßig.

Aufgrund des deutlich breiter definierten Versicherungszwecks, bestehen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung im Gegensatz zur Rente grundsätzlich nur relativ wenige versicherungsfremde Leistungen. Auch ist deren Umfang mit 3,6 Mrd. Euro in Relation zu den Gesamtausgaben der GKV von 170,8 Mrd. Euro in 2009 von untergeordneter Bedeutung. Wesentlich bedeutsamer sind im Kontext der GKV dagegen die sozialversicherungsfremden Umverteilungsströme, welche nicht dem Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Gesundheitsrisiken dienen, sondern primär andere Ziele verfolgen. Hierzu zählen die aus der einkommensabhängigen Beitragsbemessung begründete Umverteilung zwischen Versicherten mit hohen und niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen sowie der in der Beitragsfreiheit der mitversicherten Familienangehörigen begründete Umverteilungsstrom zwischen Mitgliedern und mitversicherten Familienangehörigen. In der Einzelbetrachtung belief sich der familienpolitische Umverteilungsstrom im Jahr 2008 auf 44,2 Mrd. Euro, während der Umfang der Einkommensumverteilung zu Gunsten von Mitgliedern mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen einem Betrag von 40,6 Mrd. Euro entsprach. In der Summe fällt der Umfang der sozialversicherungsfremden Umverteilung mit insgesamt 59,2 Mrd. Euro jedoch deutlich geringer aus. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Mitglieder mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen durch die einkommensabhängige Beitragsbemessung zwar entlastet, infolge der Lasten zur Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung der Familienangehörigen jedoch belastet werden.

Der Umfang der versicherungsfremden Leistungen in der Sozialen Pflegeversicherung ist mit einem Umfang von etwa 0,5 Mrd. Euro von einer ähnlich untergeordneten Bedeutung wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Von großer Bedeutung sind jedoch auch hier die sozialversicherungsfremden Umverteilungsströme. Analog zur Gesetzlichen Krankenversicherung sind diese auf die einkommensabhängige Bemessung der Beiträge und die Beitragsfreiheit der mitversicherten Familienangehörigen zurückzuführen. In der SPV bezifferte sich die familienpolitische Umverteilung im Jahr 2008 dabei auf 5,3 Mrd. Euro, der Umfang der Einkommensumverteilung in der Einzelbetrachtung hingegen auf 5,5 Mrd. Euro. In der Summe fällt der Umfang der sozialversicherungsfremden Umverteilung mit 8,1 Mrd. Euro jedoch auch in der SPV geringer aus.

In der Arbeitslosenversicherung sind – im Gegensatz zu den Bereichen Gesundheit und Pflege – zwar keine wesentlichen sozialversicherungsfremden Umverteilungsströmen zu verzeichnen; wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung besteht jedoch keine gesetzliche Grundlage für eine sachgerechte Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Im Jahr 2009 umfassten die Fremdleistungen rund 18 Mrd. Euro. Die Bundeszuschüsse beliefen sich hingegen lediglich auf gut 10 Mrd. Euro. Diese Diskrepanz von rund 8 Mrd. Euro zeigt ebenso wie die stetige Diskussion um die Lastenaufteilung zwischen dem Bund und der Bundesanstalt für Arbeit, dass eine am Äquivalenzprinzip orientierte gesetzlich geregelte

Bemessung der Steuermittel notwendig ist. In diesem Zusammenhang würde auch der heutige Eingliederungsbeitrag von ca. 5 Mrd. Euro entfallen.

Ausgehend von den Analysen der einzelnen Sozialversicherungszweige ergeben sich vier umfassende Schlussfolgerungen. Erstens, durch eine Reduzierung unwesentlicher versicherungsfremder Leistung ergeben sich in Teilen der Sozialversicherung erhebliche Finanzierungsspielräume. Zweitens, eine systematische Bemessung der Steuermittel am Umfang der weiterhin bestehenden versicherungsfremden Leistungen würde das Äquivalenzprinzip in der Sozialversicherung nachhaltig stärken. Drittens, ein Abbau umverteilungspolitisch motivierter Fehlfinanzierungstatbestände innerhalb der Sozialversicherung und eine Kompensation im Rahmen des Einkommensteuer- und Transferwesens würde den der Umverteilungspolitik zugrunde liegenden Gerechtigkeitsprinzipien entsprechen und das Abgabensystem transparenter gestalten. Viertens, eine ebenmäßige Verteilung der demografischen Zusatzlasten auf mehrere Generationen erscheint auch unter Berücksichtigung Äquivalenzprinzips geboten.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	i
Inhaltsverzeichnis	iv
Abbildungsverzeichnis	vi
Tabellenverzeichnis	vii
1 Einleitung	1
TEIL A: Normative und methodische Grundlagen	3
2 Die Grundprinzipien der Finanzierung sozialer Sicherungssysteme	3
2.1 Zur Legitimation einer Sozialversicherung	3
2.2 Solidar- und Versicherungsprinzip als Leitlinien einer Sozialversicherung	4
3 Fehlfinanzierung aufgrund versicherungsfremder Umverteilung	9
3.1 Versicherungsfremde Umverteilung	9
3.2 Versicherungsfremde Umverteilung in einer dynamischen Perspektive.....	10
TEIL B: Art und Umfang der Fehlfinanzierung	13
4 Gesetzliche Rentenversicherung	13
4.1 Versicherungszweck und Versicherungsleistung	13
4.2 Umfang und Versicherungskreis.....	14
4.3 Versicherungsfremde Leistungen.....	15
4.3.1 Fremdleistungen mit familien- oder arbeitsmarktpolitischem Bezug.....	16
4.3.2 Fremdleistungen im Zusammenhang mit der Deutschen Einheit	17
4.3.3 Kriegsfolgelasten	19
4.3.4 Sonstige versicherungsfremde Leistungen	20
4.3.5 Summe der versicherungsfremden Leistungen im Rahmen der GRV.....	23
4.4 Bundesmittel in der Gesetzlichen Rentenversicherung	24
4.5 Fehlfinanzierung aufgrund ungedeckter versicherungsfremder Leistungen.....	28
4.6 Sozialversicherungsfremde Umverteilung in der GRV	29
4.7 Zur Reform der Gesetzlichen Rentenversicherung	31
5 Gesetzliche Krankenversicherung	34
5.1 Versicherungszweck und Versicherungsleistung	34
5.2 Umfang und Versichertenkreis.....	35
5.3 Versicherungsfremde Leistungen.....	36
5.4 Fehlfinanzierung aufgrund ungedeckter versicherungsfremder Leistungen.....	37
5.5 Versicherungsfremde Umverteilung	39
5.5.1 Sozialversicherungstypische Umverteilung in der GKV	40

5.5.2	Sozialversicherungsfremde Umverteilung in der GKV	42
5.5.3	Intergenerative Umverteilung.....	46
5.6	Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	47
6	Soziale Pflegeversicherung	50
6.1	Versicherungszweck und Versicherungsleistung	50
6.2	Umfang und Versichertenkreis.....	50
6.3	Versicherungsfremde Leistungen.....	51
6.4	Fehlfinanzierung aufgrund ungedeckter versicherungsfremder Leistungen	52
6.5	Versicherungsfremde Umverteilung	52
6.5.1	Sozialversicherungstypische Umverteilung in der SPV	52
6.5.2	Sozialversicherungsfremde Umverteilung in der SPV.....	53
6.5.3	Intergenerative Umverteilung.....	54
6.6	Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung	55
7	Arbeitsförderung.....	57
7.1	Versicherungszweck und Versicherungsleistung	57
7.2	Umfang und Versichertenkreis.....	58
7.3	Versicherungsfremde Leistungen.....	58
7.4	Fehlfinanzierung aufgrund ungedeckter versicherungsfremder Leistungen	62
7.5	Versicherungsfremde Umverteilung	63
7.6	Zur Reform der Arbeitslosenversicherung	64
8	Gesetzliche Unfallversicherung.....	66
8.1	Versicherungszweck und -leistung	66
8.2	Umfang und Versicherungskreis.....	66
8.3	Versicherungsfremde Elemente innerhalb der GUV.....	67
TEIL C: Implikationen einer Korrektur der Fehlfinanzierung		69
9	Implikationen für das Einkommensteuersystem.....	69
10	Resümee	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Literaturverzeichnis		73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versicherungsfremde Leistungen im Überblick	7
Abbildung 2: Fehlfinanzierung aufgrund versicherungsfremder Leistungen	10
Abbildung 3: Ausgaben und versicherungsfremde Leistungen in der allg. RV in 2009.....	23
Abbildung 4: Anteil der Bundesmittel an den Einnahmen der allg. RV.....	28
Abbildung 5: Versicherungsfremde Leistungen und Bundesmittel in der allg. RV	29
Abbildung 6: Beitragssatzentwicklung in der GRV	30
Abbildung 7: Reale durchschnittliche Rendite in der GRV	31
Abbildung 8: Bundesmittel in der GKV	38
Abbildung 9: Ausgaben der GKV nach Alter und Geschlecht in 2008	41
Abbildung 10: Sozialversicherungstypische Umverteilung in der GKV in 2008	42
Abbildung 11: Sozialversicherungsfremde Umverteilung in der GKV in 2008	43
Abbildung 12: Beitragssatzentwicklung in der GKV	47
Abbildung 13: Ausgaben der SPV nach Alter und Geschlecht in 2008	53
Abbildung 14: Sozialversicherungstypische Umverteilung in der SPV in 2008	53
Abbildung 15: Sozialversicherungsfremde Umverteilung in der SPV in 2008.....	54
Abbildung 16: Beitragssatzentwicklung in der SPV	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Drei Ausprägungen des Äquivalenzprinzips	5
Tabelle 2: Versicherungsfremde Leistungen in der GRV	22
Tabelle 3: Bundesmittel und sonstige Erstattungen in der allg. RV	25
Tabelle 4: Versicherungsfremde Leistungen in der GKV	37
Tabelle 5: Umfang der Fehlfinanzierung in der GKV	39
Tabelle 6: Versicherungsfremde Leistungen der BA.....	61
Tabelle 7: Umfang der Fehlfinanzierung in der BA.....	63

1 Einleitung

Das Modell des deutschen Sozialstaates ist auch heute – knapp eineinhalb Jahrhunderte nach seiner Entstehung – für große Teile der Welt immer noch wegweisend und erstrebenswert. In nur wenigen anderen Staaten konnte ein solches Ausmaß an sozialer Sicherung hergestellt werden wie in der Bundesrepublik. Insbesondere die deutsche Sozialversicherung – bestehend aus ihren fünf Versicherungszweigen – hat sich dabei in vielerlei Hinsicht bewährt und stets ein hohes Maß an demokratischer Zustimmung erhalten.

Wesentlich für den langfristigen Erfolg der Sozialversicherung waren dabei auch die zahlreichen Anpassungen und Reformen angesichts der sich rasant verändernden sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Seit Beginn der 1990er Jahre befindet sich die Sozialversicherung erneut in einem grundlegenden Anpassungsprozess. Insbesondere die zunehmend problematische Lage am deutschen Arbeitsmarkt und die gesellschaftliche Alterung haben zu der Einsicht in die Notwendigkeit weitreichender Reformen geführt. Vor allem die Tatsache, dass es ohne Dämpfung der Ausgabenentwicklung zukünftig zu einer drastischen Erhöhung der Beiträge kommen würde und damit einerseits zu einer weiteren Belastung des Arbeitsmarktes und andererseits zu einer erheblichen Ungleichbehandlung einzelner Generationen, hat wesentlich zu einem Paradigmenwechsel in der Sozialpolitik beigetragen.

Der daraus entstandene Reformprozess hin zu einer beschäftigungsfreundlichen und nachhaltigeren Ausrichtung der Sozialversicherung verläuft je nach Sozialversicherungszweig unterschiedlich schnell und war bislang nur in Teilen erfolgreich. Während es in der Gesetzlichen Rentenversicherung bereits zu erheblichen Anpassungen gekommen ist, blieben weitreichende Reformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung bislang aus. Die Frage, auf welche Weise die bevorstehenden Belastungen der Sozialversicherungssysteme finanziert werden, bleibt somit in vielerlei Hinsicht weiterhin ungelöst.

Die langwierige und nicht unproblematische Anpassung der einzelnen Sozialversicherungen an die demografischen Gegebenheiten entspricht aber nicht nur einem historischen Umbruch in der Entwicklungsgeschichte des deutschen Sozialstaats. Sie birgt auch die Möglichkeit einer konzeptionellen Neuausrichtung seiner Finanzierung. Denn wie in der Steuerpolitik lässt sich auch für die Sozialpolitik feststellen, dass die Prinzipientreue und Transparenz der einzelnen Sicherungssysteme in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten häufig anderen in der Regel kurzfristigeren Zielsetzungen untergeordnet wurden. Neben der Aufgabe die finanzielle Tragfähigkeit zu gewährleisten ist die Politik somit auch aufgefordert, Sozialpolitik wieder stärker an logischen Grundsätzen zu orientieren.

Die faktische Abwesenheit eines ordnungspolitischen Leitfadens in der Sozialpolitik wird vor allem anhand des vielfach durchbrochenen Äquivalenzprinzips deutlich. Dieses Grundprinzip einer jeden Versicherung, nämlich die Äquivalenz von Versicherungsbeiträgen und dem zu versichernden Risikovolumen, findet in der deutschen Sozialversicherung nur randläufig

Beachtung. Vielmehr wurde die Sozialversicherung im Zuge ihrer jahrzehntelangen Genese Spielball einer fehlgeleiteten Haushalts- und Umverteilungspolitik. So richten sich die Steuerzuschüsse an die Sozialversicherungen keineswegs nach der Höhe versicherungsfremder Leistungen. Stattdessen kommt es vielfach zu einer unbegründeten Vermengung von Beitrags- und Steuermitteln. Gleichzeitig fließen jedes Jahr zahlreiche und umfangreiche Umverteilungsströme, die nicht dem Zweck der Sozialversicherung folgen, und darüber hinaus wesentliche Grundsätze einer gerechten Verteilungspolitik verletzen.

Diese Fehlfinanzierung der deutschen Sozialpolitik führt zu verschiedenen Problemen, die selten im Zentrum der politischen Aufmerksamkeit stehen aber entscheidend für Funktionsfähigkeit und Zielgenauigkeit unseres Sozialstaates sind. Sie schafft doppelte Umverteilungsstrukturen und Transaktionskosten, erschwert die Gewährleistung von Wettbewerb in Teilen der Sozialversicherung und beeinträchtigt ihre Effizienz. Der häufige Bruch mit dem Äquivalenzprinzip erzeugt außerdem Intransparenz und verkompliziert die politische Handhabung und Reform der Sozialversicherung. Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, Fehlfinanzierungstatbestände darzustellen und den weiteren Reformprozess hin zu einem tragfähigeren Sozialstaat ordnungspolitisch zu begleiten.

Um die Finanzierung der deutschen Sozialversicherung auf den Prüfstand zu stellen, ist es zunächst sinnvoll, sich den Zweck sowie die allgemeinen Prinzipien einer Sozialversicherung in Erinnerung zu rufen. Der erste Teil der Studie gibt daher einen Überblick über diese normativen Grundprinzipien. Dabei findet das Äquivalenzprinzip als zentrales Kriterium Verwendung um sowohl in einer statischen als auch in einer dynamischen Perspektive Fehlfinanzierungstatbestände zu erfassen. Die dynamische Perspektive ist somit nicht allein geeignet, um auf die Notwendigkeit weiterer Reformschritte hinzudeuten. Sie verdeutlicht auch das Ausmaß der intergenerativen Fehlfinanzierung.

Der zweite Teil der Studie stellt daraufhin das Ausmaß und die Struktur der Fehlfinanzierung in den einzelnen Sozialversicherungszweigen dar. Dabei findet jeweils eine Abgrenzung der versicherungsfremden Leistungen sowie der versicherungsfremden Umverteilung statt. Eine Analyse letzterer wird dabei insbesondere für die Gesetzliche Krankenversicherung und die Soziale Pflegeversicherung durchgeführt. Schließlich werden für jeden Teilbereich grundsätzliche Reformüberlegungen zur Aufhebung der Fehlfinanzierung erörtert.

Im dritten und letzten Teil der Studie werden die Ergebnisse gebündelt. Dabei werden auch die Auswirkungen erörtert, die eine grundlegende Reduktion der Fehlfinanzierung in der Sozialversicherung für angrenzende Politikfelder hätte. Insbesondere die Einkommensbesteuerung und der Arbeitsmarkt sind dabei von Interesse. Auf diesem Weg ergibt sich ein umfassendes Bild einer systematischen Neuordnung der Finanzierung des deutschen Sozialstaates.

TEIL A: Normative und methodische Grundlagen

2 Die Grundprinzipien der Finanzierung sozialer Sicherungssysteme

Die Finanzierung des deutschen Sozialstaats wird nur selten einer systematischen Prüfung unterzogen. Und falls doch, stoßen die Ergebnisse nur begrenzt auf öffentliches Interesse. Dabei werden im deutschen Sozialstaat zentrale Prinzipien missachtet, wodurch die Sozialpolitik an Transparenz und Zielgenauigkeit einbüßt. Um die Fehlfinanzierung in den einzelnen Sozialversicherungszweigen darstellen zu können, sollen die wesentlichen Prinzipien der Finanzierung sozialer Versicherungssysteme und damit die Voraussetzungen für eine sachgerechte Finanzierung aufgezeigt werden.

2.1 Zur Legitimation einer Sozialversicherung

Sozialpolitik besitzt im Wesentlichen zwei Funktionen: den Schutz vor zentralen Lebensrisiken und ein gewisses Maß an Einkommensumverteilung.¹ Die erste Funktion folgt in Deutschland unmittelbar aus dem Grundgesetz und gewährleistet eine materielle Existenzsicherung in verschiedensten Lebenslagen. Letztere dient dem sozialen Frieden und spiegelt das Gerechtigkeitsempfinden einer Gesellschaft wider. Als ganzes kann Sozialpolitik auf diesem Weg zu einem deutlich höheren Grad an gesamtgesellschaftlicher Zufriedenheit führen.²

Im Kern wird sowohl die Soziale Sicherung als auch die Umverteilungspolitik mittels eines Steuer- und Transfersystems erreicht. Für die Umverteilung von Einkommen und Vermögen hat sich dabei das *Leistungsfähigkeitsprinzip* als zweckmäßig erwiesen, wobei als Maßstab von Leistungsfähigkeit für gewöhnlich das gesamte Einkommen einer Person herangezogen wird.³ Die Progression des Steuertarifs führt dabei zu einer asymmetrischen Lastenverteilung und damit zu einer partiellen Angleichung der verfügbaren Einkommen, wobei Haushalte, deren Einkommen unterhalb des Existenzminimums liegen, in entsprechendem Umfang Transfers aus den generierten Steuermitteln erhalten.

Eine Sozialpolitik, die sich alleine auf ein Steuer- und Transfersystem stützt, wäre jedoch mit erheblichen Nachteilen verbunden. Ohne jede Pflicht zur eigenen Risikovorsorge, wären Teile der Gesellschaft zu keiner Vorsorge bereit, auch wenn es die eigene Leistungsfähigkeit vielfach zuließe. Eine umfassende steuerfinanzierte Existenzsicherung ohne Versicherungspflicht hätte erhebliche Fehlanreize für die individuelle Sparanstrengung und damit auch für

¹ Diese funktionsbezogene Definition findet weitläufig Verwendung. Vgl. hierzu z.B. Breyer und Buchholz (2007). Umfangreichere Definitionen erweitern den Bedeutungskern des Begriffs nur unwesentlich (vgl. etwa Lampert (1994)).

² Hiermit ist nicht gemeint, dass Sozialpolitik zu einer Besserstellung aller Gesellschaftsmitglieder beiträgt (Pareto-Superiorität), sondern zu Wohlfahrtsgewinnen z.B. im Sinne einer ex-ante Betrachtung gemäß eines „Schleiers der Unwissenheit“. Vgl. hierzu Rawls (1975).

³ Mit Einführung der dualen Einkommensteuer im Rahmen der Abgeltungssteuer hat im Jahr 2009 erstmals eine wesentliche Verschiebung der praktischen Definition von Leistungsfähigkeit stattgefunden. Wesentliche Teile der Kapitaleinkünfte fließen seither nicht mehr in die Bemessungsgrundlage der Einkommensteuer mit ein.

das Arbeitsangebot zur Folge. Doch selbst wenn eine Versicherungspflicht für wesentliche Lebensrisiken gegeben ist, erzielen private Versicherungsmärkte häufig kein zufriedenstellendes Ergebnis. Einerseits kommt es aus unterschiedlichen Gründen zu einem Versagen mancher Versicherungsmärkte, andererseits widersprechen die Grundsätze privater Versicherungsverträge unter Umständen mehrheitlichen Gerechtigkeitsvorstellungen. Die Tatsache, dass etwa im Fall einer privaten Versicherung gerade Personen mit überdurchschnittlichen Krankheitsrisiken zudem auch höhere Beitragszahlungen zu leisten hätten, sei hier als stellvertretendes Beispiel erwähnt.⁴

Zur weitreichenden Absicherung zentraler Lebensrisiken und einer solidarischeren Lastenaufteilung haben sich Sozialversicherungen international und insbesondere in Deutschland als zentrales Instrument der Sozialpolitik herausgebildet. Der deutsche Sozialstaat zählt inzwischen fünf separate Sozialversicherungszweige: die Gesetzliche Krankenversicherung (1883), die Gesetzliche Unfallversicherung (1884), die Gesetzliche Rentenversicherung (1889), die Arbeitslosenversicherung (1927) sowie die Soziale Pflegeversicherung (1995). Jede der fünf Sozialversicherungen ist – wie es die Namen vermuten lassen – der Absicherung eines konkreten Lebensrisikos gewidmet. Zusammen schließen sie bestehende Lücken auf den privaten Versicherungsmärkten und führen zu einer breiten gesellschaftlichen Risikoversorge.

2.2 *Solidar- und Versicherungsprinzip als Leitlinien einer Sozialversicherung*

Neben dem prinzipiell verpflichtenden Charakter der Sozialversicherung, liegt insbesondere in der solidarischen Finanzierung der wesentliche Unterschied zu privatwirtschaftlichen Versicherungskollektiven. Das *Solidarprinzip* hebt die – für private Versicherungsverträge übliche – risikoäquivalente Prämien diskriminierung auf. In einer reinen Ausprägung des Solidarprinzips unterscheiden sich Beiträge somit weder aufgrund des Geschlechts, noch des Geburtsjahrgangs, noch der Herkunft oder anderer individueller Merkmale.⁵

Im Sinne dieses Grundsatzes kommt es in den einzelnen Sozialversicherungen zu versicherungsspezifischen Umverteilungsströmen, die dem gesellschaftlichen Wunsch einer solidarischen Lastenverteilung entsprechen. Der für große Teile der Bevölkerung bestehende Versicherungszwang verfolgt damit nicht allein einen vorbeugenden Zweck, sondern richtet

⁴ Die vor kurzem durch den EuGH verordnete Pflicht zum Angebot geschlechtsneutraler Versicherungsprodukte verdeutlicht zwar, dass eine Begrenzung der „Diskriminierung“ auch im Rahmen privater Versicherungsverträge möglich ist. Dies kann jedoch zu erheblichen Preisverzerrungen und zum Teil auch zu einer Auflösung mancher Versicherungsprodukte führen.

⁵ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass auch das Alter häufig als individuelles Merkmal betrachtet wird. Dieser Einschätzung liegt eine statische Perspektive zugrunde. Da aber jede Person in der Regel ein gewisses Alter erreicht und zuvor einmal jung war, kann das Alter im Rahmen einer dynamischen Perspektive nicht als individuelles Merkmal betrachtet werden (vgl. Kapitel 3).

sich auch gegen die Gefahr einer Entsolidarisierung jener Versichertengruppen mit unterdurchschnittlichen individuellen Risiken.⁶

Bereits die Bezeichnung „Sozialversicherung“ macht jedoch deutlich, dass das zweite grundlegende Prinzip, das sogenannte *Versicherungsprinzip*, trotz einer solidarischen Finanzierung im Wesentlichen fortbesteht. Das Versicherungsprinzip sieht zunächst vor, dass die Beiträge einer Versicherung die zu erwartenden versicherungsspezifischen Risiken bzw. die daraus resultierende Schadenshöhe abdecken. Die Summe aller Versicherten erhält somit – sieht man von Aufwendungen für Verwaltung und Unternehmensgewinnen einmal ab – exakt den Umfang an Leistungen, für welchen zuvor Beiträge entrichtet wurden. Aufgrund dieser gruppenspezifischen Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen spricht man auch vom Äquivalenzprinzip.⁷

Tabelle 1: Drei Ausprägungen des Äquivalenzprinzips

	Äquivalenz im Aggregat	Teilhabeäquivalenz	Individuelle Äquivalenz
Definition	Die Äquivalenz besteht, wenn die Summe aller Beiträge der Summe der Leistungen an die Beitragszahler entspricht.	Die Teilhabeäquivalenz ist gegeben, wenn die Höhe des Versicherungsbeitrages das Ausmaß des Versicherungsschutzes bestimmt.	Eine Äquivalenz im engeren Sinne besteht, wenn die Höhe der individuellen Beiträge sich auch nach den individuellen Risikomerkmale richtet.
Relevanz	Diese Äquivalenz von Beitragszahlungen und Leistungen stellt ein Grundprinzip jeder Sozialversicherung dar. Es gewährleistet die grundsätzliche Trennung von Beitrags- und Steuermitteln.	Sozialversicherungen dienen einer breiten gesellschaftlichen Risikoabsicherung. Die Angleichung von Einkommen ist wiederum Aufgabe der Einkommensbesteuerung. Insofern entspricht die Teilhabeäquivalenz einem Grundprinzip der Sozialversicherung.	Der Ausschluss individueller Risikomerkmale für die Beitragsberechnung ist zentraler Inhalt des Solidarprinzips im Rahmen einer Sozialversicherung. Es besteht demnach keine Relevanz.
Konsequenz	Darüber hinaus gehende versicherungsfremde Leistungen, z.B. an Nicht-versicherte, sind anderweitig bzw. über Steuermittel zu finanzieren.	Zusätzliche Beitragszahlungen sollten zu entsprechend höheren Leistungsansprüchen führen.	Jede/r Versicherte/r muss unabhängig von seinen/ihren individuellen Risiken den gleichen Beitrag entrichten, um einen bestimmten Grad an Versicherungsschutz zu erlangen.

Quelle: Eigene Darstellung.

Diese auf das Aggregat der Beitragszahlungen und Versicherungsleistungen bezogene Äquivalenz kann theoretisch auf zwei Weisen verletzt werden. Und zwar

- a) durch *beitragsfinanzierte Versicherungsleistungen an Nichtversicherte und*
- b) durch *steuerfinanzierte Versicherungsleistungen an Versicherte.*

⁶ Dabei gilt, je kleiner der Anteil der Pflichtversicherten bzw. je größer der Anteil der freiwillig Versicherten, desto eher kommt es zu einer Selektion an der Versicherungspflichtgrenze, wodurch das Solidarprinzip seines Zwecks enthoben wird.

⁷ Vgl. Tabelle 1, erste Spalte.

Zu a) Personen, die weder selbst noch durch Dritte Beiträge gezahlt haben, die also außerhalb des eigentlichen Versichertenkreises stehen, können theoretisch in den Genuss von Versicherungsleistungen kommen. Derartige Leistungen an nicht versicherte Personen werden als versicherungsfremd eingestuft.⁸ Dies stellt in jedem Fall eine Fehlfinanzierung dar. Denn auch dann, wenn sich diese versicherungsfremden Leistungen durch ein gesamtgesellschaftliches Interesse legitimieren lassen, sollte die Finanzierung grundsätzlich durch sämtliche Steuerzahler und nicht durch einen kleineren Kreis an Beitragszahlern erfolgen.⁹ Bleibt es bei einer solchen Fehlfinanzierung, führt dies somit dazu, dass Beitragszahlungen in Teilen einen Steuercharakter erhalten. Liegen die Leistungen zudem nicht im gesamtgesellschaftlichen Interesse, sollte ihre Legitimation überprüft und im Zweifelsfall durch äquivalente Beiträge finanziert werden.

Zu b) Es ist jedoch auch der umgekehrte Fall denkbar, nämlich, dass mehr Steuermittel zur Finanzierung einer Sozialversicherung verwendet werden als es zu Leistungen an Nicht-versicherte kommt. Auf diese Weise decken die Beitragszahlungen nur einen Teil der Leistungen der Sozialversicherung ab. Werden durch die Zuschüsse versicherungseigene Leistungen gedeckt, erhalten die Steuern einen Beitragscharakter. Auch dieser Fall kann als Fehlfinanzierung bezeichnet werden.

Ein Steuerzuschuss lässt sich jedoch dann rechtfertigen, wenn Teile der (an den Versichertenkreis) gewährten Leistungen selbst versicherungsfremd sind. Dies kann wiederum aus zwei Gründen der Fall sein, nämlich wenn

- b¹) die Leistungen nicht dem Versicherungszweck entsprechen oder*
- b²) wenn die Leistungen nicht in ausreichendem Maße beitragsgedeckt sind.*

Zu b¹) Zum einen besteht die Möglichkeit, dass Teile der Versicherungsleistungen dem Versicherungszweck nicht entsprechen, wobei sich der Zweck der Sozialversicherung aus der Absicherung der sozialversicherungsspezifischen Risiken ableitet. Auch in diesem Fall spricht man von versicherungsfremden Leistungen. Erfüllt eine Leistung nicht den Zweck der Sozialversicherung, muss geprüft werden, ob die Leistung grundsätzlich im allgemeinen Interesse liegt und ob sie bei der Sozialversicherung zu belassen ist.¹⁰ Dann erscheint ein entsprechender Steuerzuschuss gerechtfertigt. Fällt die Prüfung negativ aus, ist eine Abschaffung der Leistung die logische Konsequenz.

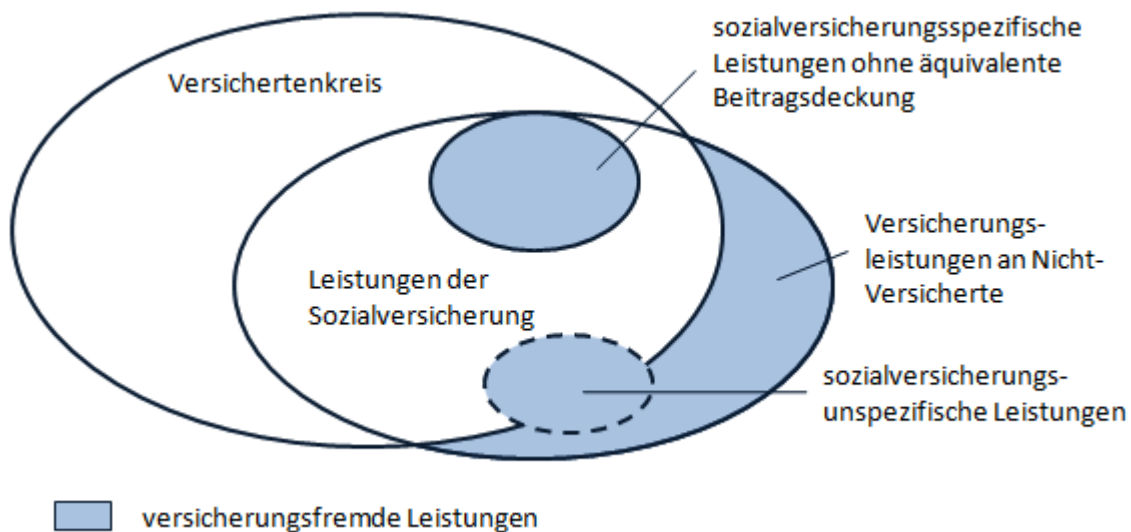
⁸ Dieser Fall ist in besonders kritisch zu sehen, da diese auf Beiträgen basierende Finanzierung versicherungsfremder Leistungen zu einem zusätzlichen Druck auf die sozialversicherungspflichtigen Lohnkosten führt.

⁹ Werden versicherungsfremde Leistungen entsprechend durch Steuermittel finanziert, sollte die Leistung gemäß dem Fürsorgeprinzip grundsätzlich jeder bedürftigen Person zugänglich sein, unabhängig vom Versicherungsstatus.

¹⁰ An dieser Stelle ließe sich fragen, wodurch sich versicherungsfremde Leistungen im Rahmen der Sozialversicherung überhaupt rechtfertigen lassen, schließlich ließen sich entsprechende steuerfinanzierte Transfers doch auch separat – und damit sauber getrennt – durchführen. Hierbei kann auf die umfassenden Infrastrukturen der deutschen Sozialversicherung verwiesen werden, wodurch bei der Bereitstellung versicherungsfremder Leistungen auf mitunter aufwendige Doppelstrukturen verzichtet und ohnehin bestehende Informations- und Zahlungsabläufe effizient genutzt werden können.

Zu b²) Zum anderen kann es jedoch auch im Rahmen versicherungsspezifischer Leistungen zu versicherungsfremden Leistungen kommen. Dabei kommt ein weiterer Aspekt des Äquivalenzprinzips – die sogenannte Teilhabeäquivalenz – zum tragen, die im Gegensatz zur Äquivalenz im Aggregat des Versichertenkollektivs auf eine Äquivalenz im Hinblick auf den einzelnen Versicherten abzielt.¹¹ Eine Teilhabeäquivalenz besteht dann, wenn der Versicherungsschutz an die Höhe der Beiträge gekoppelt ist. Folglich begründen gleich hohe Beitragszahlungen ungeachtet der individuellen Risikomerkmale den gleichen Versicherungsanspruch. Fallen jedoch höhere Beiträge an, werden auch höhere Leistungsansprüche erlangt.¹² Besteht für Teile der Versicherten trotz geringerer Beitragszahlungen derselbe Versicherungsschutz, liegt eine Durchbrechung der Teilhabeäquivalenz vor, die mittels Steuerzuschüssen geheilt werden kann. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die fehlenden Beiträge aus Gründen der Existenzsicherung nicht in vollem Umfang erhoben werden (*Fürsorgeprinzip*) oder aus anderen gesamtgesellschaftlichen Gründen – z.B. aus familienpolitischen Gründen – von der Allgemeinheit übernommen werden (*Versorgungsprinzip*).¹³

Abbildung 1: Versicherungsfremde Leistungen im Überblick



Quelle: Eigene Darstellung.

Damit ist das Versicherungs- bzw. das Äquivalenzprinzip wesentlicher Maßstab für eine konsistente Finanzierung sozialer Sicherungssysteme. Aus ihm resultiert die Unterscheidung

¹¹ Vgl. Tabelle 1, Spalte 2.

¹² Die Teilhabeäquivalenz findet vor allem Berücksichtigung in der Gesetzlichen Renten- und der Arbeitslosenversicherung, da wesentliche Teile der Leistungen in linearem Zusammenhang zu den Beitragszahlungen stehen.

¹³ Im Rahmen privatwirtschaftlicher Versicherungen kommt das Äquivalenzprinzip auch im Hinblick auf den einzelnen Versicherten zum tragen, da die Beiträge des einzelnen i.d.R. auch an den Risikomerkmale des einzelnen ausgerichtet werden. Bei Abschluss des Versicherungsvertrages, d.h. vor Eintreten eines Risikos, sieht ein privater Versicherungsvertrag gemäß dem Versicherungsprinzip demnach keine Einkommensumverteilung zwischen einzelnen Versicherten oder Gruppen unter den Versicherten vor. Das Äquivalenzprinzip ist somit grundlegend für einen effizienten und transparenten Versicherungsvorgang. Vgl. hierzu Tabelle 1.

zwischen versicherungseigenen und versicherungsfremden Leistungen. Zusammenfassend ergibt sich die folgende Definition versicherungsfremder Leistungen:¹⁴

Die Ausgaben einer Sozialversicherung sind dann als versicherungsfremde Leistungen zu bezeichnen, wenn sie

- an nicht versicherte Personen geleistet werden,
- an versicherte Personen geleistet werden aber nicht beitragsgedeckt sind oder
- zur Absicherung von nicht sozialversicherungskonformen Risiken dienen.

Versicherungsfremde Leistungen sind, wie gezeigt wurde, dabei nicht zwangsläufig mit einer Fehlfinanzierung verbunden. Liegt ein gesamtgesellschaftliches Interesse und eine entsprechende Steuerfinanzierung vor, kommt es zu keiner fehlerhaften Finanzierung. Übersteigen die versicherungsfremden Leistungen jedoch das Ausmaß der Steuerfinanzierung, wird der Beitragszahler und damit der sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer fälschlicherweise belastet.

¹⁴ Diese Definition entspricht im Wesentlichen der Definition des Sachverständigenrates (vgl. Sachverständigenrat (2005)). Auch aktuelle Veröffentlichungen kommen grundsätzlich zu einer analogen Definition (vgl. Fichte (2011)).

3 Fehlfiananzierung aufgrund versicherungsfremder Umverteilung

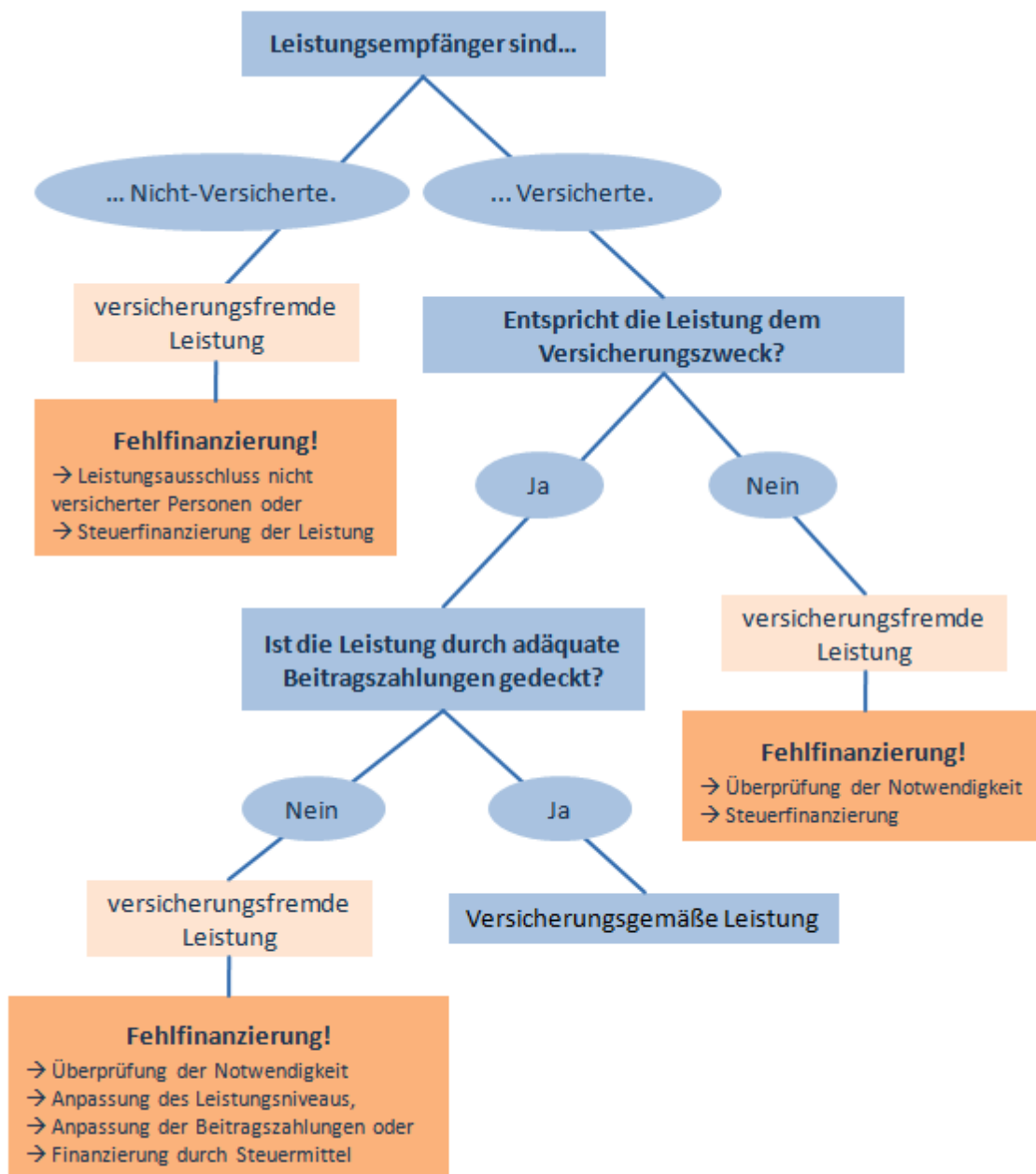
3.1 Versicherungsfremde Umverteilung

Kommt es – wie in Kapitel 2 beschrieben – zu einem Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip, führt dies automatisch auch zu versicherungsfremden Umverteilungsprozessen. Relativ klar stellt sich die Situation im Hinblick auf das Verhältnis zwischen Steuer- und Beitragszahler dar. Das Ausmaß der versicherungsfremden Umverteilung hängt davon ab, wie stark der Umfang der versicherungsfremden Leistungen eines Sozialversicherungszweigs von den Steuerzuschüssen abweicht. Übersteigen die Fremdleistungen die Steuerfinanzierungen, liegt eine Umverteilung von Beitragszahlern zu Steuerzahlern vor. Umgekehrt subventionieren die Steuerzahler die Beitragszahler für den Fall, dass die Steuerzuschüsse das Ausmaß der versicherungsfremden Leistungen übersteigen.

Neben der Frage einer korrekten Bemessung möglicher Steuerzuschüsse, ist jedoch auch die Frage der Lohnabhängigkeit der Versicherungsbeiträge von zentraler Bedeutung. Steigt die Teilhabe am Versicherungsschutz mit steigendem Beitrag nicht an – wie etwa im Fall der gesetzlichen Krankenversicherung – entspricht dies nur oberflächlich dem Ziel der allgemeinen Einkommensumverteilung. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass die hier vollzogene Einkommensumverteilung lediglich auf Unterschieden deslohneinkommens basiert und somit einen deutlich abweichenden Leistungsfähigkeitsbegriff vom Einkommensteuerrecht zugrunde legt. Hinzu kommt, dass der Umverteilungsrahmen durch den Versichertenkreis der jeweiligen Sozialversicherung bestimmt ist und damit vom Kreis der Steuerzahler abweicht. Eine Übertragung der eingangs erwähnten Einkommensumverteilungsfunktion in Versicherungssysteme, die nur einen Teil der gesamten Bevölkerung umfassen, widerspricht jedoch offenkundig dem Gebot der Gleichbehandlung.¹⁵ Ungeachtet des gesellschaftlich wünschenswerten Umverteilungsvolumens besteht somit ein prinzipielles Interesse, Umverteilungsprozesse im Zuge einer einheitlichen und umfassenden Definition von Leistungsfähigkeit zu organisieren. Dies lässt die gegenwärtig praktizierte vielfach versicherungsfremde Umverteilung innerhalb der Sozialversicherungen nicht zu. Vielmehr basieren diese Umverteilungsströme auf einer unvollkommenen Bemessungsgrundlage und führen zu einer erheblichen Intransparenz der öffentlichen Umverteilungspolitik. Abbildung 2 gibt noch einmal einen Überblick über die Finanzierungssystematik von Sozialversicherungen und die Ursachen der statischen Fehlfiananzierung.

¹⁵ Vgl. hierzu Kapitel 9.

Abbildung 2: Fehlfinanzierung aufgrund versicherungsfremder Leistungen



Quelle: Eigene Darstellung.

3.2 Versicherungsfremde Umverteilung in einer dynamischen Perspektive

Das System der deutschen Sozialversicherung basiert bis heute auf der Idee der Umlagefinanzierung. Dabei orientiert sich die Beitragshöhe im Wesentlichen an der Entwicklung der Versicherungsleistungen. In diesem Zusammenhang wird häufig auch auf die intergenerative Verknüpfung und den impliziten Generationenvertrag verwiesen (die jeweils Jungen bzw. Gesunden zahlen für die Leistungen an die jeweils Alten bzw. Kranken). Wären sämtliche versicherungsfremden Leistungen eines Jahres durch Steuermittel abgedeckt, entspräche das Umlageverfahren damit grundsätzlich den Anforderungen des Versicherungsprinzips. Die bisherige Betrachtung erfolgte jedoch aus einer statischen

Perspektive. Im Zeitablauf stellt das System umlagefinanzierter Sozialversicherungen das Äquivalenzprinzip in anderer Weise auf die Probe.

Im Zuge demografischen Wandels und der damit einher gehenden gesellschaftlichen Alterung, stehen gerade umlagefinanzierte Sicherungssysteme bekanntermaßen vor große Herausforderungen. Die Tatsache, dass sich das Verhältnis der über 65-Jährigen zu Personen im Erwerbsalter bis 2050 voraussichtlich fast verdoppeln wird, stellt die einzelnen Sozialversicherungszweige zukünftig vor erhebliche Finanzierungsschwierigkeiten.¹⁶ Trotz der Reformen etwa im Rahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung, weisen langfristige Projektionen in der Summe aller fünf Sozialversicherungen nach wie vor ein Fehlbetrag von derzeit 200 bis 250 Prozent des Bruttoinlandproduktes aus.¹⁷

Ausgehend von der bisherigen Systematik eines flexiblen Beitragssatzes, der zur Deckung der Ausgaben entsprechend angepasst wird, ergeben sich zwei wesentliche Folgen. Eine Finanzierung der demografisch bedingten Zusatzlasten über die Anhebung der Beitragssätze hätte erstens eine weitere Verteuerung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung zur Folge und zweitens ginge mit weiter steigenden Beitragssätzen eine entsprechende Ungleichbehandlung der Versicherten bzw. der einzelnen Generationen einher.

Selbst wenn man die negativen Arbeitsanreize und die Folgen für den Arbeitsmarkt unberücksichtigt lässt, bleibt die Frage, ob eine Diskriminierung nach Geburtsjahrgang im Rahmen der einzelnen Sozialversicherungen – und nichts anderes stellt ein Anstieg des Beitragssatzes dar – wünschenswert ist. Das für die Sozialversicherungen konstituierende Solidarprinzip sieht vor, dass der Beitragssatz unabhängig von unveränderlichen individuellen Merkmalen festzulegen ist. Neben dem Geschlecht trifft dies vor allem auf den Geburtsjahrgang zu. Eine strikte Anwendung des Solidarprinzips verbietet daher eine Beitragsdiskriminierung nach Geburtsjahrgängen. Der drohende Beitragssatzanstieg bei gleichbleibendem oder im Fall der Gesetzlichen Rentenversicherung sogar sinkendem Versicherungsschutz stellt somit ebenfalls eine Art der Fehlfinanzierung dar. Es handelt sich um eine intergenerative versicherungsfremde Umverteilung.

Im Gegensatz zu den versicherungsfremden Leistungen im Rahmen eines Jahres, kann diese dynamische Ausprägung der Fehlfinanzierung ungleich schwerer behoben werden, insbesondere dann, wenn der demografische Wandel – wie in Deutschland – bereits fortgeschritten ist. Eine zusätzliche kapitalgedeckte Vorsorge, die der demografischen Zusatzlast entsprechend vorbeugt, kann dann nur noch in Teilen zur Lösung beitragen.¹⁸ Eine Stabilisierung des Sozialversicherungssystems durch Steuerzuschüsse erscheint hingegen wenig konsistent. Zum einen würden Steuermittel zunehmend zur Finanzierung versicherungsgemäßer Leistungen beansprucht, zum andern müssen auch sie zu großen Teilen von den Erwerbstätigen (Jungen) erbracht werden. Im Sinne einer Second-Best Lösung bleibt somit allein eine angemessene Verteilung der Lasten zwischen Jung und Alt. Konkret

¹⁶ Für eine ausführliche Darstellung der demografischen Entwicklung vgl. Destatis (2009).

¹⁷ Vgl. hierzu Stiftung Marktwirtschaft (2010).

¹⁸ Vgl. hierzu die Situation der Sozialen Pflegeversicherung (Kapitel 6).

bedeutet dies, dass der Beitragssatzanstieg im Zuge des demografischen Übergangs durch entsprechende Leistungskürzungen abgefedert werden muss.

Box: Messung der intergenerativen Fehlfinanzierung

Bereits vor mehr als drei Jahrzehnten hätte eine langfristige Analyse unter Berücksichtigung der gesunkenen Geburtenraten offenbart, dass die umlagefinanzierten Sozialversicherungen erhebliche Finanzierungsprobleme bekommen würden. Schon damals war absehbar, dass es in Deutschland zu einem deutlichen Anstieg der Altersquotienten und damit zu erheblichen Beitragssatzanstiegen im Rahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung kommen würde.¹⁹ Die Tatsache, dass zahlreiche westliche Wohlfahrtsstaaten im Hinblick auf den drastischen Alterungsprozess einem zukünftigen Schuldenberg entgegensteuerten, führte in den frühen 1990er Jahren zur Entwicklung verschiedener Methoden zur Nachhaltigkeitsanalyse öffentlicher Finanzen. Als nachhaltig wird ein fiskalisches oder parafiskalisches System dann bezeichnet, wenn sich bei Fortbestand der heutigen Leistungen und Finanzierungsgrundlagen die zukünftigen Überschüsse und Defizite gegenseitig aufheben bzw. einen positiven Barwert ergeben.

Das quantitative Ausmaß der fiskalischen Nachhaltigkeit lässt sich mit Hilfe der Methode der Generationenbilanzierung illustrieren.²⁰ Hierbei werden öffentliche Einnahmen und Ausgaben anhand der voraussichtlichen demografischen Entwicklung über lange Zeiträume projiziert. Auf dieser Grundlage lässt sich auch das zukünftige Missverhältnis zwischen der Entwicklung der Leistungen und den Einnahmen einer Sozialversicherung ermitteln. Dieses Missverhältnis wird als implizite Verschuldung bezeichnet und spiegelt das Ausmaß wider, in welchem eine Sozialversicherung unterfinanziert wäre, sollte der gegenwärtige Status Quo der Leistungsbemessung ebenso wie der Beitragssatz unverändert bleiben. Die implizite Verschuldung eines Sozialversicherungszweigs gibt somit darüber Aufschluss, wie groß das Volumen einer intergenerativen Fehlfinanzierung ausfallen könnte. Dieser Fehlbetrag wird anhand sogenannter Nachhaltigkeitslücken ausgewiesen. Analog lassen sich mittels der Generationenbilanzierung aber auch Beitragssatzprojektionen erstellen, anhand derer sich der zur Schließung der fiktiven Defizite notwendige Anstieg der Beitragssätze beziffern lässt.

¹⁹ Der Altenquotient beschreibt i.d.R. das Verhältnis von Rentnerjahrgängen zu den erwerbstätigen Generationen und wird von heute 34 Prozent auf Werte über 60 Prozent im Jahr 2050 ansteigen. Vgl. hierzu Destatis (2009). Der Altenquotient gibt das Verhältnis von über 65-Jährigen zu Personen im Alter von 20 bis 65 Jahren wieder.

²⁰ Die Methodik der Generationenbilanzierung wurde von Auerbach et al. (1991, 1992 und 1994) Anfang der neunziger Jahre entwickelt. Genauer zur Methode und zur Kritik an der Generationenbilanzierung findet sich in Raffelhüschen (1999) und Bonin (2001).

TEIL B: Art und Umfang der Fehlfinanzierung

4 Gesetzliche Rentenversicherung

4.1 Versicherungszweck und Versicherungsleistung

Die menschliche Leistungsfähigkeit (oder -willigkeit) nimmt mit zunehmendem Alter für gewöhnlich ab, so dass eine Selbstversorgung durch (Lohn-)Arbeit nur noch für wenige in Frage kommt. Grundsätzlich lassen sich Einkommen durch Ersparnisse aus der Phase der Erwerbstätigkeit in die Ruhestandsphase transferieren. Die Altersvorsorge stellt daher nicht umsonst für viele Haushalte das wesentlichste Sparmotiv dar. Allerdings bringen nicht alle Haushalte die notwendige Disziplin oder Weitsicht auf, um ausreichende Rücklagen zu bilden. Hinzu kommt die Unsicherheit bezüglich der genauen Lebensdauer. Tritt der Tod früh ein, bleiben Ersparnisse unbeabsichtigt zurück, dauert das Leben länger als zu erwarten war, kommt es unter Umständen zu einer finanziellen Unterversorgung.²¹

Die wesentliche Leistung der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) ist damit – neben der Vorsorgepflicht – die Absicherung finanzieller Risiken im Zuge der Langlebigkeit. Dabei findet eine Umverteilung von Personen mit kurzer Lebensdauer zu Personen mit langer Lebensdauer statt. Das Solidarprinzip führt ex-ante zu einer Solidarität von Personen mit geringer Lebenserwartung gegenüber Personen mit hoher Lebenserwartung. Die GRV ist somit einmalig unter den Sozialversicherungen, da das versicherte Risiko, nämlich die Langlebigkeit, von einem Großteil der Gesellschaft grundsätzlich als etwas Erfreuliches angesehen wird.

Neben den Altersrenten finden im Rahmen der GRV jedoch auch zwei weitere Versicherungsvorgänge statt. Die GRV bietet einerseits zusätzlichen Schutz gegen Erwerbsunfähigkeitsrisiken (Erwerbsminderungsrente) und andererseits gegen Versorgungsrisiken auf Seiten der Hinterbliebenen (Hinterbliebenenrente). In der Frage der Konformität mit den Grundsätzen der Sozialversicherung besteht hier jedoch ein wesentlicher Unterschied. Während Erwerbsminderungsrenten praktisch allen Versicherten zu Gute kommen können, stellt sich die Situation im Fall der Hinterbliebenenrenten etwas anders dar. Faktische Voraussetzung für eine Beanspruchung von Hinterbliebenenrenten ist die Existenz von anspruchsberechtigten Hinterbliebenen. Da diese Voraussetzung aber nicht für alle Versicherten besteht, ist fraglich, ob die Hinterbliebenenabsicherung ebenfalls als wesentlicher Zweck der GRV betrachtet werden muss.²² Die beiden Versicherungsaspekte der Erwerbsminderung und der Hinterbliebenenabsicherung führen im Zuge des Solidarprinzips jedoch zu zusätzlichen Umverteilungsströmen. Entsprechend entlastet

²¹ Zur Legitimation der Gesetzlichen Rentenversicherung vgl. Breyer und Buchholz (2007).

²² Hinsichtlich der Hinterbliebenenversorgung wird daher regelmäßig eine unterschiedliche Position eingenommen. Während etwa die Bundesregierung (2004) oder das Karl-Bräuer-Institut (vgl. Fichte (2011)) die Leistungen an Hinterbliebene als zweckmäßig im Rahmen der GRV ansehen, stellt der Sachverständigenrat dies in Frage (vgl. Sachverständigenrat (2005)).

werden Personen mit erhöhten Berufsunfähigkeitsrisiken sowie Verheiratete und Eltern junger Kinder.

In einer dynamischen Betrachtung kommt es in der GRV jedoch zu einem weiteren, vierten Versicherungsvorgang. Im Umlageverfahren stellen die Beiträge der jeweils jungen Generation die Grundlage für die Rentenzahlungen der jeweils alten Generation dar. Im Fall festgelegter Rentenleistungen und einer flexiblen Anpassung des Beitragssatzes kommt es zu einer kollektiven Umverteilung von relativ kleinen Generationen zu Generationen mit relativ großer Kohortenstärke. Ausschlaggebend für das Ausmaß der intergenerativen Umverteilung ist die Entwicklung des Rentnerquotienten. Je nach (Miss-)Verhältnis von Beitragszahlern zu Rentenempfängern fallen die Beitragssätze unterschiedlich hoch aus. Die intergenerativen Transfers spiegeln sich dann in den stark variierenden internen Renditen einzelner Jahrgänge wider,²³ wobei die Renditen immer dann besonders hoch (niedrig) ausfallen, wenn die voran gegangene Generation relativ klein (groß) ist gegenüber der eigenen. Damit ist in der Umlagefinanzierung eine „Versicherung“ ganzer Generationen gegen das „Risiko“ kollektiv sinkender Kinderzahlen gegeben.²⁴ Entgegen dem Versicherungsgedanke bleibt das Risiko jedoch insofern bestehen, als dass es schlicht auf die nachfolgende zahlenmäßig kleinere Generation abgewälzt wird. Die „Absicherung“ des demografischen Risikos geringer Geburtenraten steht jedoch – wie in Abschnitt 3.2 gezeigt wurde – auch im Widerspruch zum Solidarprinzip, da es zu einer Diskriminierung nach Geburtsjahrgängen führt. Insofern kann die intergenerative Umverteilung im Rahmen der GRV als nicht versicherungsspezifisch bzw. sozialversicherungsfremd bezeichnet werden.

Schließlich leistet die GRV auch Sachleistungen im Zusammenhang von Rehabilitationsmaßnahmen. Die medizinische Rehabilitation ist dem Wesen nach jedoch deplatziert in einer Rentenversicherung. Grundsätzlich fallen Leistungen, die zur gesundheitlichen Genesung beitragen, in den Aufgabenbereich der Gesetzlichen Krankenkasse. Da es sich dabei aber grundsätzlich um sozialversicherungsgemäße Leistungen handelt, die lediglich im falschen Sozialversicherungszweig angesiedelt sind, werden die Rehabilitationsmaßnahmen im Folgenden nicht berücksichtigt.

4.2 Umfang und Versicherungskreis

Die GRV ist mit Abstand die Größte der fünf Sozialversicherungen in Deutschland. Mit einem Versichertenkreis von mehr als 50 Mio. Personen und zusätzlich fast 25 Mio. Rentenempfängern umfasst das System der GRV derzeit nahezu die gesamte Bevölkerung. Die Ausgaben der GRV lagen im Jahr 2009 bei rund 246 Mrd. Euro. Dies entspricht etwa 10 Prozent des deutschen Bruttoinlandsprodukts.²⁵ Für den überwiegenden Teil der privaten

²³ Vgl. hierzu etwa Heidler (2008).

²⁴ Der Sachverständigenrat sieht derartige intergenerative Transfers als versicherungsspezifisch an und begründet dies mit dem unveränderlichen Charakter des Umlageverfahrens (vgl. Sachverständigenrat (2005), S. 370). Die Rentenreformen seit 1992 und insbesondere die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors haben jedoch gezeigt, dass eine Anpassung des Leistungsniveaus der GRV an die demografischen Rahmenbedingungen durchaus möglich ist.

²⁵ Vgl. hierzu Deutsche Rentenversicherung (2010).

Haushalte stellt die GRV nach wie vor die zentrale Einkommensquelle im Alter dar. Der Versichertenkreis besteht u.a. aus sämtlichen sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmern, Auszubildenden, Wehr- und Ersatzdienstleistenden, bestimmten Gruppen von Selbstständigen wie etwa Künstlern, behinderten Menschen sowie Familienmitgliedern in Eltern- oder Pflegezeit.²⁶ Die umfangreichsten Gruppen, die nicht im Rahmen der GRV versichert sind, stellen die Selbstständigen und Beamten dar.²⁷

4.3 Versicherungsfremde Leistungen

Fehlfinanzierung rührt aus nicht sachgerecht finanzierten versicherungsfremden Leistungen. Das exakte Ausmaß der versicherungsfremden Leistungen lässt sich für die GRV derzeit jedoch nur schätzungsweise ermitteln. Die Deutsche Rentenversicherung erstellt bzw. veröffentlicht hierzu keine detaillierten Statistiken. Ebenso wenig existieren entsprechend detaillierte Daten aus denen eine präzise Berechnung der versicherungsfremden Leistungen erfolgen könnte. Aus dem Jahr 1997 liegt eine Veröffentlichung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) vor, deren Ergebnisse im Rahmen des „*Berichts der Bundesregierung zur Entwicklung der nicht beitragsgedeckten Leistungen und der Bundesleistungen an die Rentenversicherungen*“ im Jahr 2004 aktualisiert wurde.²⁸ Sowohl das Sachverständigenratsgutachten aus dem Jahr 2005, das sich in einem Schwerpunkt mit versicherungsfremden Elementen in der Sozialversicherung auseinandersetzt, als auch aktuelle Studien wie diese bauen daher auf diesen Daten auf.²⁹ Allerdings besteht die Möglichkeit einer neuen Schätzung des Fremdleistungsvolumens, die ausreicht, um grundsätzliche Aussagen über fehlgeleitete Finanzierungsströme zu treffen.

Die umfangreiche Liste versicherungsfremder Leistungen der GRV besteht gemäß der unter Abschnitt 2.1. entwickelten Definition aus drei Kategorien, nämlich *aus Leistungen an Nicht-versicherte*, *aus nicht versicherungszweckmäßigen Leistungen* sowie *aus Leistungen ohne äquivalente Beitragszahlung*. Neben einer definitionsgemäßen Kategorisierung lassen sich die versicherungsfremden Leistungen der GRV jedoch auch inhaltlich gliedern. Dabei spielen insbesondere familien- und arbeitsmarktpolitische Leistungen, Leistungen im Rahmen der deutschen Wiedervereinigung sowie Kriegsfolgelasten eine wesentliche Rolle. Im Folgenden werden die Leistungspositionen mit nennenswertem Umfang kurz dargestellt.³⁰

²⁶ Vgl. §§ 1 ff. SGB VI.

²⁷ Neben der GRV bestehen die Beamtenversorgung im öffentlichen Dienst und die berufsständische Versorgung als weitere umlagefinanzierte Leibrentensysteme.

²⁸ Vgl. VDR (1997) sowie Bundesregierung (2004).

²⁹ Die aktuellste Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen innerhalb der GRV erfolgte durch Fichte (2011). Diese Arbeit stellt eine umfangreiche Diskussion zu zahlreichen Aspekten der Fremdleistungen zur Verfügung.

³⁰ Die GRV gliedert sich in die allg. Rentenversicherung, die aus der Arbeiterrentenversicherung und der Angestelltenversicherung besteht, und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Im Folgenden werden alleine die versicherungsfremden Leistungen der allg. Rentenversicherung behandelt.

4.3.1 Fremdleistungen mit familien- oder arbeitsmarktpolitischem Bezug

Im Fall der *Hinterbliebenenversorgung*³¹ – der umfangreichsten familienpolitischen Zusatzleistungen im Rahmen der GRV – erscheint fragwürdig, ob sie dem Zweck der GRV grundsätzlich dient. Die Tatsache, dass für Teile der Versicherten praktisch kein Versichertenfall eintreten kann, der zu einer Hinterbliebenenrente führt, nämlich dann, wenn keine Hinterbliebenen existieren, legt die Interpretation nahe, dass es sich im Fall von Hinterbliebenenrenten um sozialversicherungszweignfremde Leistungen handelt. Eine logische Konsequenz wäre demnach eine zusätzliche verpflichtende Versicherung im Rahmen der GRV.³² Aber auch wenn man die Leistungen an Hinterbliebene als sozialversicherungskonform erachtet,³³ besitzt die Hinterbliebenenversorgung in Teilen einen Fürsorgecharakter.³⁴ Dies wird unter anderem daran deutlich, dass Hinterbliebenenrenten mit sonstigen, über einen Freibetrag hinausgehenden, Einkünften verrechnet werden. Damit ist eine Bedürftigkeitsprüfung dem Leistungsanspruch vorgeschaltet, wodurch die Teilhabeäquivalenz durch das Fürsorgeprinzip als Grundlage für die Bemessung der Leistungsansprüche ersetzt wird. Bei Fortbestand der heutigen Ausgestaltung wäre somit auch eine (zumindest anteilige) Steuerfinanzierung zu rechtfertigen. Dabei ließe sich mit einer umfassenden Bedürftigkeitsprüfung – unter Einbeziehung sämtlicher Einkünfte und Vermögenswerte – das heutige Volumen der Hinterbliebenenrenten von fast 35 Mrd. Euro allerdings deutlich reduzieren.

Bis 1997 konnten Altersrenten vor der Regelaltersgrenze generell ohne Abschläge bezogen werden.³⁵ Aus dieser Regel zur *Frühverrentung* resultieren bis heute erhebliche nicht beitragsgedeckte Leistungen. Nach den Angaben der Bundesregierung stellten die Mehrausgaben aufgrund der Frühverrentungsregeln im Jahr 2003 mit 14,0 Mrd. Euro eine der größten Positionen der versicherungsfremden Leistungen dar.³⁶ Seither dürfte sich das Volumen auf ca. 10 Mrd. reduziert haben. Aufgrund der relativ hohen Lebenserwartung wird das Volumen voraussichtlich aber erst in fünf bis zehn Jahren weiter zurückgehen. Der Regierungsbericht geht in seiner Schätzung für das Jahr 2017 sogar noch von Leistungen im Umfang von 9,4 Mrd. Euro aus.

³¹ §§ 46 ff. SGB VI.

³² Im Gegensatz zu Hinterbliebenenrenten kann bei Erwerbsminderungsrenten von versicherungsgemäßen Leistungen gesprochen werden, da diese potentiell jedem Versicherten zur Verfügung stehen und eine weitgehende Gewährleistung der Teilhabeäquivalenz vorliegt. Einzige Ausnahme bilden hier die arbeitsmarktbedingten Erwerbsminderungsrenten nach § 43 SGB VI. Sie stellen faktisch Transferzahlungen aufgrund mangelnder Beschäftigungschancen und damit versicherungszweignfremde bzw. versicherungsfremde Leistungen dar.

³³ Siehe Bundesregierung (2004).

³⁴ Vgl. hierzu BVerfGE 97, 271 sowie Fichte (2011).

³⁵ Die Beendigung der abschlagsfreien Frühverrentung wurde bereits im Zuge der Rentenreform 1992 beschlossen, machte sich aufgrund des Bestandsschutzes der rentennahen Jahrgänge jedoch erst knapp zehn Jahre später in der Rentenkasse bemerkbar.

³⁶ Vgl. Bundesregierung (2004).

Relativ umfangreiche Leistungen werden auch im Zusammenhang mit *Anrechnungszeiten* gewährt.³⁷ Dabei werden pauschale Anrechnungszeiten (für rentenrechtliche Zeiten vor dem 1. Januar 1957) und nachgewiesene Anrechnungszeiten (Schwangerschaft oder Mutterschaft während der Schutzfristen, Fachschulausbildung und andere berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen, krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit etc.) unterschieden, wobei die nachgewiesenen Anrechnungszeiten von wesentlich größerer Bedeutung sind.³⁸ Insgesamt beliefen sich die Mehrausgaben im Sinne der Anrechnungszeiten auf 8,9 Mrd. Euro im Jahr 2003.³⁹ Während die nachgewiesenen Anrechnungszeiten auch zukünftig eine entsprechende Rolle spielen dürften, verlieren die pauschalen Anrechnungszeiten mittelfristig und langfristig weiter an Bedeutung. Für das Jahr 2007 wurden die Fremdleistungen aufgrund von Anrechnungszeiten auf 8,5 Mrd. Euro geschätzt.⁴⁰

Neben der Hinterbliebenenversorgung stellt die *Anrechnung von Kindererziehungszeiten* die wohl umfangreichste familienpolitische Maßnahme der GRV dar.⁴¹ Zwar entrichtet der Bund für Kindererziehungszeiten seit 1999 regelmäßig Beiträge an die Deutsche Rentenversicherung, wodurch theoretisch eine sachgerechte Finanzierung besteht. Für eine Bemessung der insgesamt notwendigen Bundesmittel, ist eine Einbeziehung als versicherungsfremde Leistungen jedoch notwendig. Im Jahr 2003 ging man hier von einem zusätzlichen Leistungsvolumen von 5,2 Mrd. Euro aus. Inzwischen dürfte sich dieser Betrag auf knapp 7 Mrd. Euro erhöht haben.⁴²

Die *Höherbewertung* der Berufsausbildung entspricht dem Gedanken der rentenpolitischen Besserstellung von Ausbildungszeiten im Allgemeinen.⁴³ Personen in Berufsausbildung erbringen zwar Beiträge auf ihr Arbeitsentgelt, diese Ansprüche werden jedoch auf bis zu 75 Prozent des Durchschnittsentgelts der Rentenversicherten angehoben. Es handelt sich somit um Leistungen, die nicht beitragsgedeckt sind. Für Rentenzugänge bis 2009 besteht zudem eine Höherbewertung der ersten drei Berufsjahre, sofern diese vor Vollendung des 25. Lebensjahrs lagen. Laut Bundesregierung beliefen sich die Mehrausgaben im Zuge der Höherbewertung im Jahr 2003 auf 4,7 Mrd. Euro. Der Regierungsbericht geht weiterhin davon aus, dass sich das Leistungsvolumen bis 2017 fast halbiert.⁴⁴

4.3.2 *Fremdleistungen im Zusammenhang mit der Deutschen Einheit*

Die deutsche Wiedervereinigung stellte auch für die Rentenversicherungsträger eine erhebliche Zäsur dar. Eine Zusammenführung umlagefinanzierter Rentensysteme zweier

³⁷ Vgl. § 58 SGB VI.

³⁸ Seit 2005 wirken Zeiten der Schul- und Hochschulausbildung nicht weiter rentensteigernd aufgrund des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Rentenversicherung.

³⁹ Vgl. Bundesregierung (2004).

⁴⁰ Vgl. ebd.

⁴¹ Vgl. § 56 SGB VI.

⁴² Neben der Anrechnung von Kindererziehungszeiten besteht zudem eine rentenrechtliche Berücksichtigung von Kindererziehungsleistungen von Müttern, die vor 1921 geboren wurden (vgl. §§ 294 f. SGB VI). Diese Leistungen belaufen sich in der Summe inzwischen jedoch auf relativ geringe Beträge und nehmen weiter ab.

⁴³ Vgl. § 263 SGB VI.

⁴⁴ Siehe Bundesregierung (2004).

hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Entwicklung sehr unterschiedlichen Staaten, erscheint rückblickend geradezu prädestiniert für den Aufbau neuer versicherungsfremder Leistungen.

Dabei ließen sich die nach der Wiedervereinigung erworbenen und festgesetzten Renten ehemaliger DDR-Bürger selbst bereits als Leistungen an Nichtversicherte einordnen. Schließlich gingen ihnen keine Beitragszahlungen an die DRV voraus. Allerdings gilt dies auch für die Renten der 1950er Jahre, da jede Einführung oder Ausdehnung eines Umlagesystems zu sogenannten „Einführungsgeschenken“ führt.⁴⁵ Diesen Rentenleistungen sollten jedoch zumindest die neu hinzu gekommenen Beiträge entgegengehalten werden. Die Defizite aus den Einnahmen und Ausgaben in den neuen Bundesländern werden gemeinhin als *West-Ost-Transfer* bezeichnet. Dieser belief sich im Jahr 2003 nach Angaben der Bundesregierung auf 13,6 Mrd. Euro. Jene bis heute bestehende Zusatzbelastung für die GRV ist jedoch nicht per se als versicherungsfremder Transfer zu bezeichnen. *„Je nach regionaler Abgrenzung ließen sich nämlich auch in den alten Bundesländern rechnerische Finanzierungsdefizite konstruieren. Die Umverteilung von Beitragsmitteln aus Regionen mit Finanzierungsüberschüssen in solche mit Finanzierungsdefiziten innerhalb der GRV ist daher als systemimmanent zu betrachten.“*⁴⁶

Von zentraler Bedeutung für die Einstufung des Ost-West-Transfers sind jedoch die unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen für Altersrenten in den neuen und den alten Bundesländern. Sie führen offenkundig zu einem Verstoß gegen die Teilhabeäquivalenz, da aus gleichen Beitragszahlungen unterschiedliche Rentenansprüche resultieren. Konkret wurde die höhere Gewichtung der Beitragszahlungen im Beitrittsgebiet mit dem besonders geringen Lohnniveau innerhalb der neuen Bundesländer begründet.⁴⁷ Da die Begünstigung bei der Berechnung der Entgeltpunkte⁴⁸ den in den neuen Bundesländern geringeren Rentenwert überkompensiert,⁴⁹ geht ein Teil des West-Ost-Transfers somit auf die variierenden Berechnungsmethoden der Altersrenten zurück. Mindestens dieser Anteil ist nicht mit der Teilhabeäquivalenz zu vereinbaren und sollte als versicherungsfremd eingestuft werden.

Die exakte Höhe dieses Anteils ließe sich anhand aufwendiger Simulationsrechnungen berechnen. Vor dem Hintergrund der ohnehin groben Datenbasis, mag an dieser Stelle eine näherungsweise Rechnung ausreichen. Die durchschnittliche monatliche Altersrente der derzeit rund 3,5 Mio. Rentner in den neuen Bundesländern betrug im Jahr 2009 rund 850 Euro.⁵⁰ Daraus folgt eine jährliche Rentenleistung von 35,7 Mrd. Euro. Geht man davon aus, dass dem heutigen Rentnerbestand in den neuen Bundesländern nach wie vor eine höhere

⁴⁵ Vgl. hierzu z.B. Sinn (2000).

⁴⁶ Vgl. Fichte (2011). Dieselbe Argumentation verwendet auch der Sachverständigenrat (Vgl. Sachverständigenrat (2005)). Dabei lassen sich regionale Transfers sowohl durch eine unterschiedliche Entwicklung des Lohnniveaus als auch durch Mobilitätsströme am Ende eines Erwerbslebens begründen.

⁴⁷ Vgl. Sachverständigenrat (2005).

⁴⁸ Vgl. §§ 254d ff. SGB VI sowie Anlage 10 SGB VI.

⁴⁹ Vgl. § 68 SGB VI.

⁵⁰ Vgl. Union Investment (2009).

Bewertung der Beitragszahlungen um einen Faktor von ca. 1,8 zu gute kommt,⁵¹ ergibt sich unter Einbeziehung des geringeren Rentenwerts eine durchschnittlich rund 60 Prozent höhere Rentenzahlung. Bezogen auf die heutige Summe der Altersrenten wären damit ca. 13 Mrd. Euro nicht beitragsgedeckt. Dies stimmt mit der Schätzung der Bundesregierung in etwa überein und legt nahe, dass der von der Bundesregierung ausgewiesene Ost-West-Transfer im Wesentlichen aus den überproportionalen Umrechnungswerten der Bemessungsgrundlagen herrührt.⁵²

Berücksichtigt man weiterhin die Tatsache, dass der Ost-West-Transfer durch die bereits existierenden versicherungsfremden Elemente selbst höher ausfällt, bleibt ein bereinigtes Volumen von ca. 8,3 Mrd. Euro.⁵³ Dieser Betrag wird sich mittel- und langfristig jedoch reduzieren, da die Umrechnungswerte seit der Wiedervereinigung auf einem deutlich geringeren Niveau liegen.⁵⁴ Der Umstand unterschiedlicher Bemessungsgrundlagen und abweichender aktueller Rentenwerte soll darüber hinaus in der gegenwärtigen 17. Legislaturperiode aufgehoben werden. Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP kündigt an: „*Das gesetzliche Rentensystem hat sich auch in den Neuen Ländern bewährt. Wir führen in dieser Legislaturperiode ein einheitliches Rentensystem in Ost und West ein.*“⁵⁵ Dies wäre jedoch lediglich für die Zugangsrentner von Bedeutung, sodass die Last der Deutschen Einheit auch weiterhin zu erheblichen Belastungen im Rahmen der GRV führen wird.⁵⁶

Schließlich existieren weitere versicherungsfremde Leistungen, die in Verbindung mit der Wiedervereinigung stehen. Zum einen bestehen noch immer Leistungsansprüche aufgrund von Bestands- und Vertrauensschutzgründen⁵⁷ sowie *Transfers in die Zusatz- bzw. Sonderversorgungssysteme*, die nach der Einheit weiterhin Bestand haben.⁵⁸ Insbesondere letztere schlagen sich bis heute mit einem Ausgabenvolumen von mehr als 4 Mrd. Euro im Budget der GRV nieder. Allerdings werden diese einigungsbedingten Leistungen durch den Bund direkt erstattet.⁵⁹

4.3.3 Kriegsfolgelasten

In der öffentlichen Wahrnehmung relativ prominent vertreten sind versicherungsfremde *Rentenleistungen im Rahmen des Fremdrentengesetzes (FRG)*. Hierbei handelt es sich um Leistungen an die nach Deutschland zugezogenen Vertriebenen und Spätaussiedler, die

⁵¹ Dies entspricht etwa dem Durchschnitt der Aufwertung unter Berücksichtigung des heutigen Rentnerbestandes in den neuen Bundesländern.

⁵² Vgl. Bundesregierung (2004).

⁵³ Im Vergleich zum Sachverständigenrat fällt dieser Wert hier etwas geringer aus. Dies liegt daran, dass hier eine weitreichendere Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen vorgenommen wurde.

⁵⁴ Vgl. Anlage 10 SGB VI.

⁵⁵ Vgl. Koalitionsvertrag (2009) zwischen CDU, CSU und FDP, S. 84.

⁵⁶ Eine ausführliche Darstellung dieses Problemkomplexes findet sich im Gutachten des Sozialbeirats (vgl. Beratungsgremium für die gesetzgebenden Körperschaften und die Bundesregierung (2009)).

⁵⁷ Hierunter fallen etwa Auffüllbeiträge, Rentenzuschläge und Übergangszuschläge nach §§ 315a, 319a und 319b SGB VI sowie Invalidenrenten gemäß § 302a Abs. 1 SGB VI.

⁵⁸ Vgl. hierzu die Anlagen des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes (AAÜG).

⁵⁹ Vgl. § 15 AAÜG. Auch der Finanzbedarf dieser Position wird allerdings mittelfristig seine relative Bedeutung verlieren.

ähnlich wie die Ostdeutschen zuvor keine Beiträge an die DRV bezahlt haben. Die Regierung ging für das Jahr 2003 von einer Größenordnung der Rentenleistungen im Zuge des Fremdrentengesetzes von 5,6 Mrd. Euro aus. Für 2007 liegt eine Schätzung in Höhe von 5,2 Mrd. Euro vor.⁶⁰ Auch mittelfristig dürfte sich das Volumen in dieser Größenordnung bewegen, da noch immer Renten nach dem FGR gewährt werden. Mit Blick auf die inzwischen weit fortgeschrittene Nachkriegsgeschichte ist eine Fortführung dieser rentenpolitischen Maßnahme zumindest für Zugangsrentner jedoch fragwürdig.⁶¹ Nach § 291b SGB VI werden Leistungen auf Grundlage des FRG grundsätzlich vom Bund erstattet. Praktisch handelt es sich hierbei jedoch um keine echte Erstattungsvorschrift. Vielmehr werden die Leistungen pauschal durch den zusätzlichen Bundeszuschuss nach § 213 Abs. 3 SGB VI abgegolten.

Die Berücksichtigung von *Ersatzzeiten* bei kriegsbedingten Beitragsausfällen stellt ebenfalls eine nicht beitragsgedeckte Leistung dar.⁶² Jede zusätzliche Rentenzahlung aufgrund von Ersatzzeiten ist damit als versicherungsfremde Leistung einzuordnen. Im Jahr 2003 wurden aufgrund von Ersatzzeiten zusätzliche Leistungen in Höhe von 4,1 Mrd. Euro gewährt. Durch die altersbedingt stark rückläufige Anzahl der Begünstigten dürfte diese Summe inzwischen jedoch unter einer Mrd. Euro liegen.⁶³

4.3.4 Sonstige versicherungsfremde Leistungen

Neben den genannten versicherungsfremden Leistungspositionen bestehen noch weitere Leistungen, die ebenfalls als versicherungsfremd einzustufen sind oder aus dem Umfang der bestehenden versicherungsfremden Leistungen anteilig resultieren.

Hierunter fallen u.a. auch grundlegende Transfers zur Einkommenssicherung im Alter, die der Gesetzgeber zwischenzeitlich auch im Rahmen der GRV umsetzte. Demnach wurden bis zum Jahr 1992 Entgeltpunkte dann aufgewertet, sofern Versicherte mind. über 35 Jahre rentenrechtliche Zeiten verfügten und der Durchschnittswert der in allen Jahren erworbenen Entgeltpunkte bei 0,75 oder weniger lag. Aus Gründen des Bestandsschutzes bestehen die *Mindestentgeltpunkte bei geringem Arbeitsentgelt* für Entgeltpunkte, die vor dem 1. Januar 1992 erworben wurden, noch heute fort.⁶⁴ Da es sich dabei eindeutig um eine Maßnahme zur Einkommensumverteilung handelt, fallen diese versicherungsfremden Leistungen in das Aufgabengebiet der Allgemeinheit. Der Bericht der Bundesregierung rechnet hier bis 2017 mit einem relativ konstanten Leistungsumfang von ca. 2,5 Mrd. Euro. Da der Transfer jedoch keine entsprechende Bedürftigkeitsprüfung voraussetzt und damit den Grundsätzen des Fürsorgeprinzips widerspricht, ist eine möglichst rasche Reduktion der Leistungen geboten,⁶⁵ zumal die Grundsicherung im Alter als wesentliche Maßnahme zur Existenzsicherung älterer Menschen bereits existiert.

⁶⁰ Vgl. Bundesregierung (2004).

⁶¹ Vgl. Fichte (2011).

⁶² Ersatzzeiten sind geregelt in § 250 SGB IV.

⁶³ Vgl. hierzu Tabelle 2.

⁶⁴ Vgl. § 262 SGB IV.

⁶⁵ Vgl. Fichte (2011).

Weitere weniger umfangreiche versicherungsfremde Leistungen ergeben sich aus der Höherbewertung von Sachbezügen vor dem Jahr 1957,⁶⁶ Begünstigungen im Zusammenhang nachgezahlter Beiträge,⁶⁷ weiteren Kriegsfolgelasten⁶⁸ sowie der Mitfinanzierung anderer Sozialversicherungszweige etwa im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen. Zu den versicherungsfremden Leistungen unter den Leistungsausgaben kommt zudem der *Wanderungsausgleich* an die knappschaftliche Rentenversicherung.⁶⁹ Im Jahr 2009 betrug dieser knapp 2 Mrd. Euro.⁷⁰

Schließlich müssen auch Ausgaben, die sich auf das Volumen der allgemeinen Leistungen beziehen, in entsprechendem Anteil als versicherungsfremd eingestuft werden. Dies trifft u.a. für die Beteiligung der GRV an den Krankenversicherungsbeiträgen der Rentenempfänger zu.⁷¹ Grundsätzlich können diese Leistungen als versicherungsgemäß eingestuft werden, da sich die Höhe der Krankenkassenbeiträge proportional zu den Rentenansprüchen ergibt. Unter Berücksichtigung der zahlreichen versicherungsfremden Leistungen unter den ausbezahlten Renten, ergibt sich jedoch auch für die anteilige Beitragsfinanzierung partiell ein versicherungsfremder Charakter. Aufgrund der hier vorgenommenen Abgrenzung fällt die Schätzung für 2009 mit 5,8 Mrd. Euro relativ hoch aus.⁷²

Gleiches gilt für Verwaltungs- und Verfahrenskosten. Auch sie erhöhen sich letztlich durch die Vielzahl versicherungsfremder Leistungen. Geht man vereinfachend von einem einheitlichen Verwaltungs- und Verfahrensaufwand aus, lagen die zusätzlichen Kosten aufgrund versicherungsfremder Leistungen im Jahr 2009 bei ca. 1,3 Mrd. Euro.⁷³

⁶⁶ Vgl. § 259 SGB VI.

⁶⁷ Vgl. §§ 204 ff. sowie §§ 284–284 SGB VI.

⁶⁸ Weitere Kriegsfolgelasten bestehen nach dem dienstrechtlichen Kriegsfolgen-Abschlussgesetz, dem Gesetz zur Regelung der Verbindlichkeiten nationalsozialistischer Einrichtungen und der Rechtsverhältnisse an deren Vermögen, dem Wiedergutmachungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz sowie aufgrund der Rentenzusatzabkommen mit Israel und den USA.

⁶⁹ Vgl. § 223 Abs. 6 SGB VI.

⁷⁰ Zur Begründung des versicherungsfremden Charakters vgl. Fichte (2011).

⁷¹ Vgl. § 106 SGB VI. Bis 2004 wurden zudem anteilig Beiträge zur SPV entrichtet. Diese Leistung wird seither jedoch nicht mehr erbracht.

⁷² Fichte (2011) kommt in einer aktuellen Schätzung entsprechend auf einen etwas geringeren Wert. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass seit dem Jahr 2004 der Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung von den Rentnern alleine zu bezahlen ist.

⁷³ Das Karl-Bräuer-Institut kommt hier auf einen ähnlichen Betrag von 1,2 Mrd. Euro (vgl. Fichte (2011)).

Tabelle 2: Versicherungsfremde Leistungen in der GRV

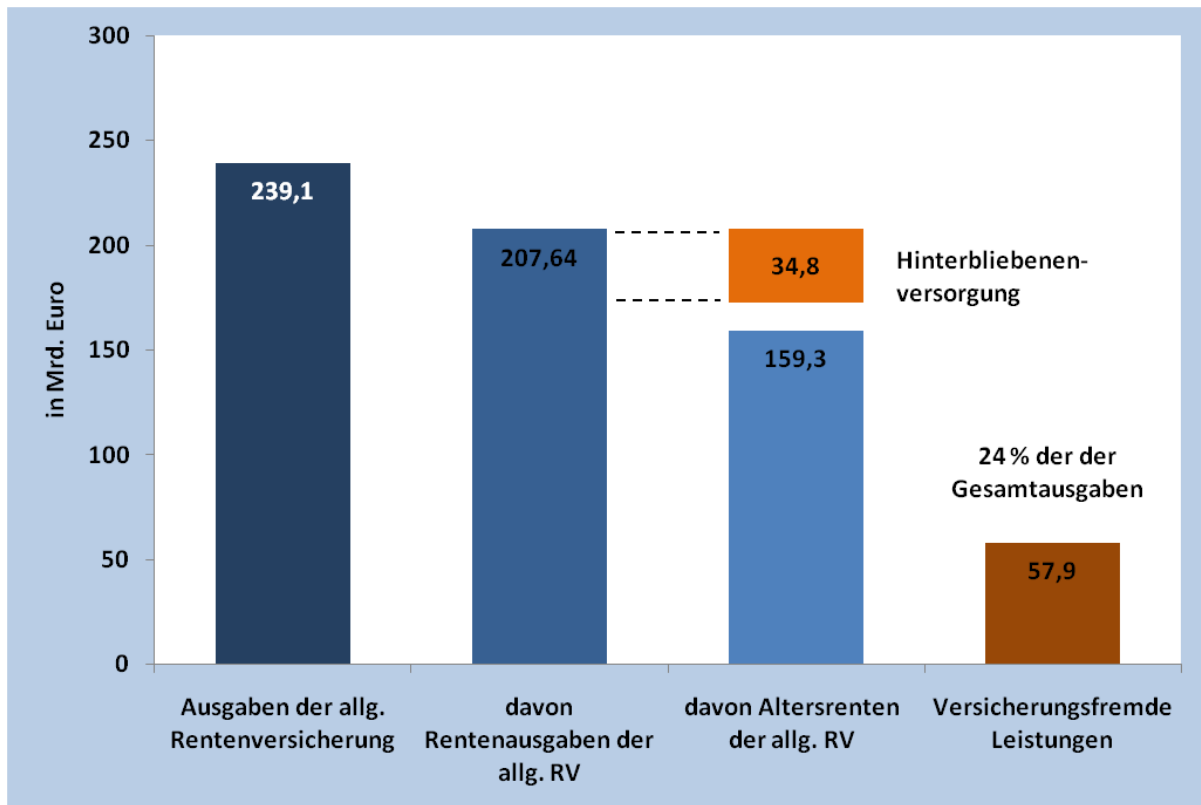
Positionen in Mrd. Euro	2003	2007	2009**	2017
Leistungen mit familien- oder arbeitsmarktpolitischem Bezug	70,0	66,0	64,8	73,1
<i>davon:</i>				
Hinterbliebenenrenten*	34,9	34,3	34,8	45
Frühverrentungsregeln	14,0	11,9	11,0	9,4
Anrechnungszeiten	8,9	8,5	7,8	5,6
Kindererziehungszeiten	5,2	6,2	6,6	9,5
Höherbewertung der Berufsausbildung	4,7	4,1	3,7	2,7
Erwerbsminderungsrenten wg. Arbeitsmarktlage	1,5	0,6	0,6	0,8
Kindererziehungsleistungen*	0,8	0,4	0,3	0,1
Leistungen im Zuge der deutschen Einheit	7,6	7,8	8,3	12,3
<i>davon:</i>				
Höhere Rentenzahlungen im Beitrittsgebiet***	7,6	7,8	8,3	12,3
Leistungen im Rahmen des AAÜG*	[4,0]	[4,1]	[4,3]	[?]
Kriegsfolgeleistungen	9,7	6,8	6,0	5,6
<i>davon:</i>				
Zeiten nach dem Fremdrentengesetz	5,6	5,2	5,1	5,5
Ersatzzeiten	4,1	1,6	0,9	0,1
Sonstige versicherungsfremde Leistungen	6,4	4,9	4,5	4,0
<i>davon:</i>				
Mindestentgelt	3,3	2,6	2,5	2,5
Zusatzleistungen im Zuge nachgezahlter Beiträge	1,3	1,1	1,0	0,7
Sonstige versicherungsfremden Leistungen	1,8	1,2	1,1	0,8
Anteilige versicherungsfremde Leistungen, davon:	8,8	7,1	7,1	7,3
<i>davon:</i>				
Anteiliger Zuschuss zur KVdR + PVdR***	7,3	5,8	5,8	6,2
Anteilige Verwaltungs- und Verfahrenskosten***	1,6	1,3	1,3	1,1
Wanderungsausgleich	1,7	2,0	2,0	2,8
Summe Versicherungsfremder Leistungen	104,2	94,7	92,7	105,1
Summe (ohne Hinterbliebenenrenten)	69,3	60,4	57,9	60,1
Gesamte Ausgaben der allg. Rentenversicherung*	225,9	230,1	239,1	315,0
Gesamte Rentenleistungen der allg. Rentenversicherung*	194,9	200,7	207,6	280,3
Anteil der versicherungsfremden Leistungen	46%	41%	39%	33%

Quelle: Bundesregierung (2004), Deutsche Rentenversicherung sowie eigene Berechnungen. *Angaben der Deutschen Rentenversicherung. **Sofern nicht anders gekennzeichnet stammen die Werte für 2009 aus eigenen Berechnungen auf Basis von Bundesregierung (2004). ***Eigene Berechnungen.

4.3.5 Summe der versicherungsfremden Leistungen im Rahmen der GRV

Tabelle 2 gibt einen detaillierten Überblick über die einzelnen Leistungsposten. Die Werte des Jahres 2009 resultieren zum Teil, etwa im Fall der Hinterbliebenenrenten, aus der aktuellen Finanzstatistik der DRV, größtenteils jedoch aus eigenen Berechnungen auf Basis des Regierungsberichtes von 2004.⁷⁴ An dieser Stelle muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den Werten für das Jahr 2007, und erst recht bei jenen für 2017, lediglich um Orientierungswerte handelt.⁷⁵

Abbildung 3: Ausgaben und versicherungsfremde Leistungen in der allg. RV in 2009



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Bundesregierung (2004).

Unter Berücksichtigung sämtlicher als versicherungsfremd aufgeführter Leistungspositionen, d.h. auch unter Einbeziehung der Hinterbliebenenversorgung, kam es im Jahr 2009 zu versicherungsfremden Leistungen in Höhe von 92,7 Mrd. Euro.⁷⁶ Dies entspricht einem Anteil an sämtlichen Ausgaben der allg. Rentenversicherung von 39 Prozent. Unter Ausgrenzung der Renten an Hinterbliebene summieren sich die versicherungsfremden Leistungen auf 57,9

⁷⁴ Hierbei kam ein Inputationsverfahren auf Basis der bestehenden Werte zum Einsatz. Dabei wurde auch berücksichtigt, dass sich das Ausgabenvolumen aufgrund der konjunkturellen Schwächephase bis 2006 etwas moderater entwickelt hat als in den Annahmen des Jahres 2004. Sowohl die Gesamtausgaben als auch die versicherungsfremden Leistungen fallen in dieser Schätzung daher um ca. zwei Prozent geringer aus.

⁷⁵ Vgl. Anmerkungen in Bundesregierung (2004). So unbedeutend die Rolle sein mag, die Finanzierungsfragen von Sozialversicherungen in der öffentlichen Diskussion spielen, es bleibt fraglich, weshalb sich die Erstellung einer transparenten, detaillierten und regelmäßig erhobenen Leistungsstatistik im Fall einer so umfassenden Sozialversicherung wie der GRV nicht lohnen sollte.

⁷⁶ Vgl. Abbildung 3.

Mrd. Euro, was einem Anteil von knapp 24 Prozent an allen Ausgaben der allg. Rentenversicherung entspricht.

Von den bestehenden versicherungsfremden Leistungen werden jedoch zahlreiche Leistungen allein aus demografischen Gründen mittelfristig absinken. Dies ist etwa der Fall für die Leistungen im Rahmen der Frühverrentungsregeln, für die Kriegsfolgeleistungen, für zusätzliche Leistungen aufgrund nachgezahlter Beiträge sowie für Teile der Anrechnungszeiten. Für all diese Fälle können keine neuen versicherungsfremden Leistungsansprüche mehr erworben werden. Langfristig werden zudem die Leistungen im Zuge der Deutschen Wiedervereinigung an Bedeutung verlieren. Ebenfalls stark rückläufig – allerdings aufgrund politischer Eingriffe – dürften sich die Leistungen im Zuge der Höherbewertung der Berufsausbildung entwickeln.⁷⁷

Durch diese und weitere leistungsmindernde Effekte ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die versicherungsfremden Leistungen in den kommenden Jahren an Bedeutung verlieren werden. In der hier dargestellten Schätzung sinkt ihr Anteil an den gesamten Ausgaben der allgemeinen Rentenversicherung von heute 39 Prozent auf 33 Prozent im Jahr 2017. Selbstverständlich kann dieser Trend jedoch durch politische Maßnahmen beschleunigt oder verlangsamt werden.

4.4 Bundesmittel in der Gesetzlichen Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung verbuchte im Jahr 2009 Einnahmen in Höhe von 246 Mrd. Euro, wobei die Beitragseinnahmen mit 181,6 Mrd. Euro rund Dreivierteln und die Bundeszuschüsse mit 63,3 Mrd. Euro rund einem Viertel der gesamten Einnahmen entsprachen.

Für die allgemeine Rentenversicherung stellt sich die Finanzierungsstruktur grundsätzlich ähnlich dar. Bei Einnahmen von insgesamt 239,3 Mrd. Euro im Jahr 2009, entfielen 180,6 Mrd. Euro (75,5 Prozent) auf Beitragszahlungen und 57,3 Mrd. Euro (24 Prozent) auf Bundeszuschüsse.⁷⁸ Da aber auch Teile der Beitragszahlungen sowie zahlreiche Erstattungen aus Bundesmitteln finanziert werden, übersteigen die gesamten Bundesmittel die verschiedenen Bundeszuschüsse deutlich. Insgesamt lag der Anteil der Bundesmittel an allen Einnahmen der allg. Rentenversicherung des Jahres 2009 damit bei 29,5 Prozent bzw. rund 71 Mrd. Euro.⁷⁹ Die Bundesmittel setzten sich damit aus fünf Positionen zusammen, dem allgemeinen Bundeszuschuss, dem zusätzlichen Bundeszuschuss, dem Erhöhungsbetrag zum zusätzlichen Bundeszuschuss, steuerfinanzierten Beitragszahlungen und Erstattungen.⁸⁰ Im Rahmen der gesamten Rentenversicherung, d.h. unter Einbeziehung der Knappschaftsesebahn, summieren sich die Bundesmittel auf insgesamt rund 81,3 Mrd. Euro.

⁷⁷ Vgl. §§ 246 und 263 SGB VI.

⁷⁸ Vgl. hierzu die Finanzstatistik der Deutschen Rentenversicherung (2010).

⁷⁹ Darin nicht enthalten sind die Erstattungen im Rahmen des AAÜG, da diese nicht einfließen in die Einnahmen und Ausgabenrechnung der allg. Rentenversicherung. Einbezogen wurden jedoch Erstattungen der Bundesagentur für Arbeit.

⁸⁰ Vgl. hierzu Tabelle 3.

Die Bemessung der Bundesmittel folgt – entgegen der unter Abschnitt 4.2. beschriebenen Logik – dabei keineswegs der Struktur bzw. dem Umfang der versicherungsfremden Leistungen. Vielmehr hat sich die Zuführung von Bundesmitteln in die GRV zu einem für Laien nur schwer zu überblickenden, komplexen System entwickelt, in dem zahlreiche Ziele gleichzeitig verfolgt werden. Dementsprechend wird auch der Umfang der einzelnen Bundespositionen auf unterschiedliche Weise berechnet. Tabelle 3 fasst die wesentlichen Eigenschaften der Bundesmittel zusammen.

Tabelle 3: Bundesmittel und sonstige Erstattungen in der allg. RV

Position	Rechtsgrundlage	Zweck	Berechnung	Mrd. Euro
Allgemeiner Bundeszuschuss	§§ 213 und 287e SGB VI	Nicht näher definiert	Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer und Beitragssätze (verzögert)	38,65
Zusätzlicher Bundeszuschuss	§ 213 SGB VI	Pauschale Abgeltung nicht beitragsgedeckter Leistungen	Gemäß der Entwicklung des Steueraufkommens aus einem Prozentpunkt der MwSt.	9,05
Erhöhungsbetrag zum zusätzlichen Bundeszuschuss	§ 213 SGB VI	Aufstockung des zusätzlichen Bundeszuschusses seit 2000	Der Erhöhungsbetrag passt sich gemäß der Lohnentwicklung (s. allg. Bundeszuschuss) an.	9,64
Beitragszahlungen	§§ 162, 170, 177 und 179 SGB VI	Beitragszahlung für Kindererziehungszeiten	Folgt aus der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer, der Beitragssatzentwicklung sowie der Anzahl unter Dreijähriger	11,47
		für behinderte Menschen		1,02
		für Wehr- oder Ersatzdienstleistende		0,43
Erstattungen	§§ 224, 290a, 291a, 191b und 191c SGB VI	Hierbei handelt es sich um Erstattungen von einigungsbedingten Leistungen, Entschädigungsrenten, von Invalidenrenten und Aufwendungen für Pflichtbeitragszeiten bei Erwerbsunfähigkeit sowie von arbeitsmarktbedingten Erwerbsminderungsrenten (BA).		0,73
Summe (allg. RV)				70,99
Erstattungen (AAÜG)	§ 15 AAÜG	Erstattungen für die Überführung der Zusatzversorgungssysteme		4,27
Bundeszuschuss an die KnV	§ 215 SGB VI			6,03
Summe (DRV)				81,29

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Bundeshaushaltspläne und der Abrechnungsergebnisse der BA.

Mit einem Umfang von derzeit knapp 40 Mrd. Euro entfällt nach wie vor der bedeutendste Anteil der Bundesmittel auf den *allgemeinen Bundeszuschuss*.⁸¹ Der eigentliche Zweck dieser Zuschüsse ist dabei nicht eindeutig definiert. In der historischen Entwicklung des Bundeszuschusses wechselten die Begründungen regelmäßig. Ursprünglich wurde dem Bundeszuschuss eine grundsätzliche Entlastungsfunktion im Interesse der Tarifpartner zugesprochen.⁸² Mehrfach wurden die Mittel aber auch in Verbindung mit der Erfüllung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch die GRV gebracht, was der Finanzierung von nicht beitragsgedeckten Leistungen gleich kommt.⁸³ Mit dem Rentenreformgesetz von 1992 fand erneut eine Umorientierung statt, die insbesondere die demografischen Lasten berücksichtigte. Die gegenwärtige Berechnung des allgemeinen Bundeszuschusses macht deutlich, dass der allgemeine Bundeszuschuss in seiner konkreten Ausgestaltung tatsächlich ein allgemeines Entlastungsziel verfolgt.⁸⁴ Maßgebend für die Anpassung des allg. Bundeszuschusses ist nämlich u.a. die Beitragssatzentwicklung. Würde sich der Beitragssatz bspw. von heute 19,9 auf 22 Prozent erhöhen, hätte dies auch einen Anstieg des allg. Bundeszuschusses um mehr als 10 Prozent zur Folge. Insofern trägt der Bundeszuschuss zu einer Stabilisierung des Beitragssatzes bei und reduziert so die intergenerativen Umverteilungsströme. Damit tritt die Zielsetzung einer Beteiligung der Allgemeinheit an den demografischen Lasten im Rahmen der GRV offen zu Tage. Unberücksichtigt bleibt hingegen das Ausmaß der zu einem Zeitpunkt bestehenden Fehlfinanzierung aufgrund einer nicht hinreichenden finanziellen Abdeckung versicherungsfremder Leistungen.

Der *zusätzliche Bundeszuschuss* existiert erst seit dem Jahr 1998 und dient laut Gesetzestext ausdrücklich einer pauschalen Abgeltung nicht beitragsgedeckter Leistungen.⁸⁵ Trotz dieser expliziten Zielsetzung, wurde mittels der Einführung eines zusätzlichen Bundeszuschusses letztlich aber das Ziel der Beitragssatzstabilität verfolgt. Das Volumen des zusätzlichen Bundeszuschusses ist mit rund 10 Mrd. Euro verglichen mit dem allgemeinen Bundeszuschuss zwar deutlich kleiner, hat aber in erheblichem Maße zum Anstieg der Steuerfinanzierung in der GRV beigetragen. Aufgrund des pauschalen Charakters des zusätzlichen Bundeszuschusses folgt jedoch auch dessen Entwicklung nicht dem Umfang versicherungsfremder Elemente, sondern im Wesentlichen der Umsatzsteuerentwicklung. Damit beugt der Gesetzgeber zwar einer indirekten Übertragung von Defiziten in der GRV auf den Bundeshaushalt vor, stellt gleichzeitig jedoch keine sachgemäße Bemessung der Bundesmittel sicher.

⁸¹ Vgl. § 213 SGB VI.

⁸² Diese Argumentation begründete ursprünglich auch die Zuführung von Reichsmitteln in die Gesetzliche Rentenversicherung im Jahr 1888. In der Begründung zum Gesetzentwurf heißt es dabei: „Es wäre ein nicht zu rechtfertigender innerer Widerspruch, wenn das allgemeine Interesse des Reiches an einer möglichst normalen Gestaltung der sozialen Verhältnisse nicht auch in einer anteiligen Aufwendung von Reichsmitteln zur Bestreitung der zu erwartenden Gesamtbelastung seinen entsprechenden Ausdruck fände.“

⁸³ Vgl. § 1389 Abs. 1 RVO und § 116 AVG.

⁸⁴ Vgl. hierzu das Rentenreformgesetz von 1992 sowie Rürup (2004).

⁸⁵ Vgl. § 213 Abs. 3 SGB VI.

Seit dem Jahr 2000 wird der zusätzliche Bundeszuschuss um einen weiteren Zuschuss ausgeweitet. Dieser *Erhöhungsbetrag zum Bundeszuschuss* wurde im Rahmen der ökologischen Steuerreform eingeführt. Sein Umfang hängt jedoch keineswegs – wie häufig angenommen – von den Einnahmen aus der sogenannten Ökosteuer, sondern ähnlich wie der allg. Bundeszuschuss, von der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter ab.⁸⁶ Der gesamte zusätzliche Bundeszuschuss (inkl. Erhöhungsbetrag) beträgt inzwischen knapp 20 Mrd. Euro und ist damit etwa halb so groß wie der allgemeine Bundeszuschuss.

Neben den Bundeszuschüssen bestehen jedoch auch Zuweisungen mit konkreter Zweckbindung. Dabei stellen insbesondere *Beiträge für Kindererziehungszeiten* mit Zahlungen von ca. 11,5 Mrd. Euro für das Jahr 2009 eine erhebliche steuerfinanzierte Einnahmequelle der allg. Rentenversicherung dar.⁸⁷ Der Umfang dieser Beitragszahlungen wird jedoch nicht durch die unterstellten fiktiven Beitragszahlungen der Versicherten bestimmt. Vielmehr wurde der ursprüngliche Zahlungsbetrag gesetzlich festgelegt. Die Entwicklung der Beitragszahlungen richtet sich wiederum nach der Lohn- und Beitragssatzentwicklung. Allerdings reagiert der Umfang der Beitragszahlung auch auf eine entsprechende Veränderung der Anzahl der unter Dreijährigen. Zumindest in dieser Hinsicht ist die Summe an die tatsächlich im Zuge der Kindererziehungszeiten entstehenden Leistungsansprüche gekoppelt. Neben den Beiträgen für die Kindererziehungszeiten, trägt der Bund weitere Beitragszahlungen für behinderte Menschen und Ersatz- und Wehrdienstleistende. Letztere entfallen zukünftig im Zuge der Aussetzung des Wehrdienstes.

Die *Erstattungen* des Bundes setzen sich aus Erstattungen für einigungsbedingte Leistungen (0,36 Mrd. Euro), Leistungen für Invalidenrenten und Aufwendungen für Pflichtbeitragszeiten bei Erwerbsunfähigkeit (0,11 Mrd. Euro), Erstattungen für arbeitsmarktbedingte Erwerbsminderungsrenten (0,17 Mrd. Euro) und Entschädigungsrenten (0,015 Mrd. Euro) zusammen. Verglichen mit den anderen Positionen spielen die direkten Erstattungen somit eine untergeordnete Rolle.

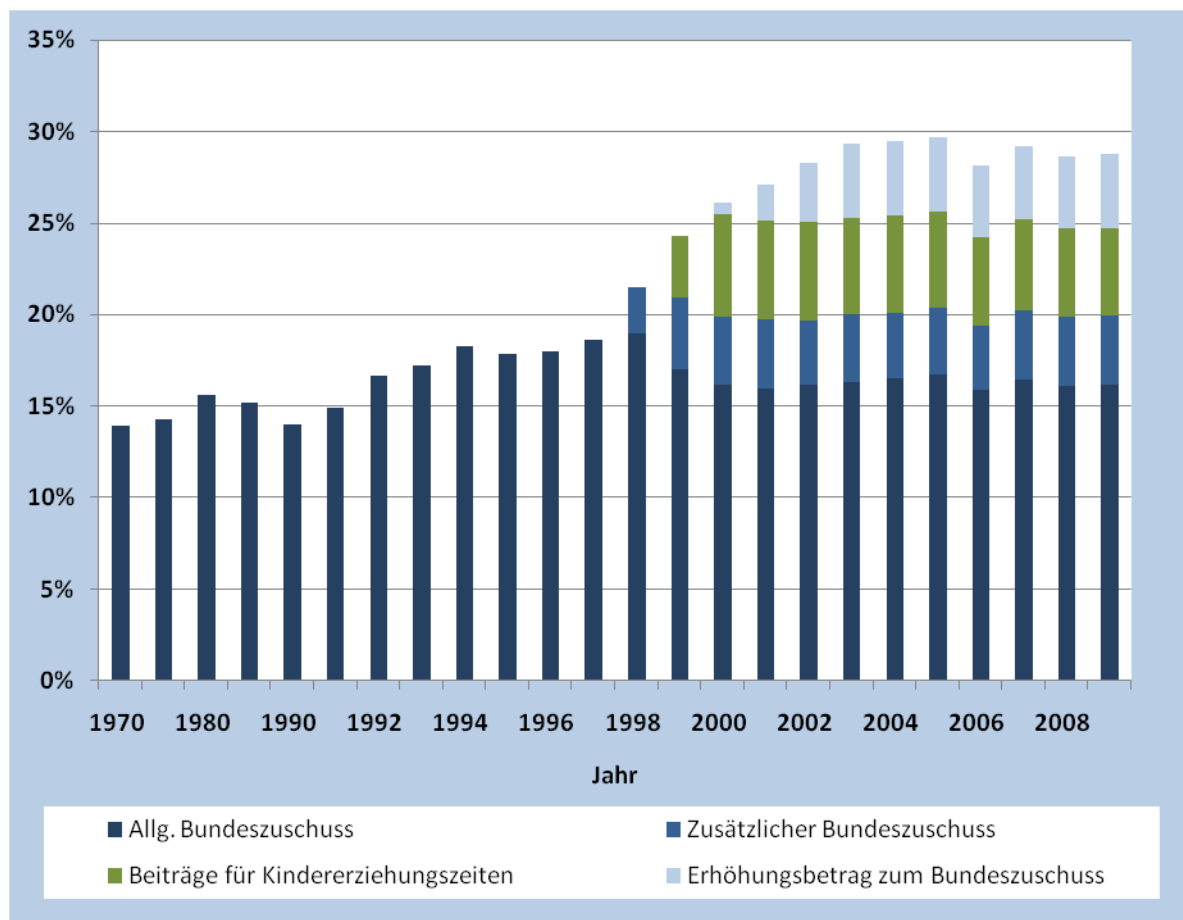
Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der Bundesmittel im Rahmen der allg. Rentenversicherung zeigt sich, dass der Anteil an den gesamten Einnahmen deutlich angestiegen ist.⁸⁸ Während der Finanzierungsanteil in den 1980er Jahren noch bei rund 15 Prozent lag, stieg dieser seit den frühen 1990er Jahren kontinuierlich auf inzwischen fast 30 Prozent an. Ursache hierfür ist neben den Folgekosten der deutschen Einheit insbesondere der politische Versuch den Faktor Arbeit durch eine Stabilisierung der Beitragssätze zu entlasten. Die Einführung des zusätzlichen Bundeszuschusses und des Erhöhungsbetrages sind hier als wesentlichste Einflüsse zu benennen. Aber auch die Beitragszahlungen für die Kindererziehungszeiten machen inzwischen einen beträchtlichen Teil der Bundesmittel aus.

⁸⁶ Vgl. § 213 Abs. 4 SGB VI.

⁸⁷ Vgl. § 177 SGB VI.

⁸⁸ Vgl. Abbildung 4.

Abbildung 4: Anteil der Bundesmittel an den Einnahmen der allg. RV



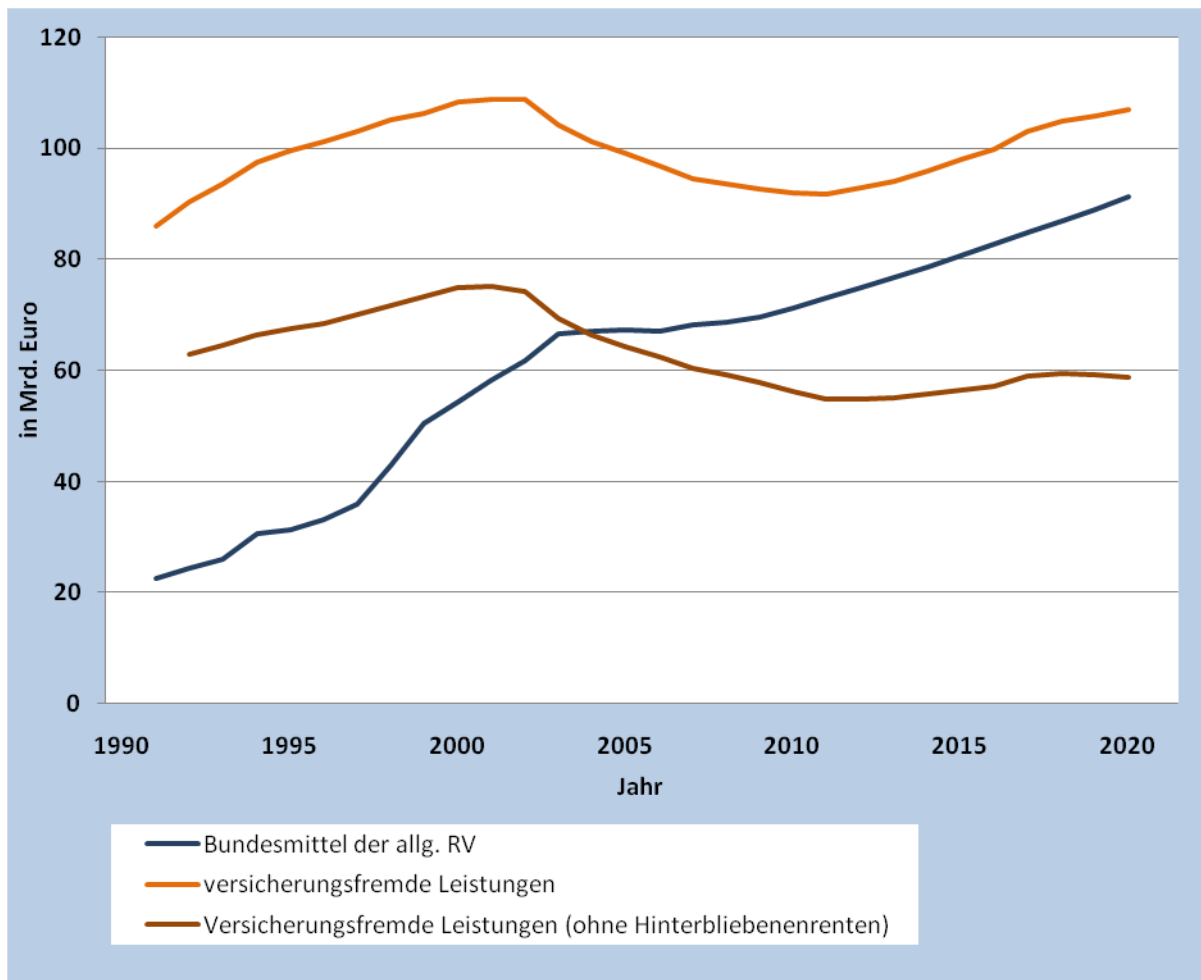
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Finanzstatistik der Deutschen Rentenversicherung (2010).

4.5 Fehlfinanzierung aufgrund ungedeckter versicherungsfremder Leistungen

Entscheidend für die Frage der Fehlfinanzierung ist nun die Gegenüberstellung von Bundesmitteln und versicherungsfremden Leistungen. Im Jahr 2009 erhielt die GRV bei versicherungsfremden Leistungen von schätzungsweise 92,7 Mrd. Euro Bundesmittel in Höhe von rund 71 Mrd. Euro. Unter Berücksichtigung der Hinterbliebenenrenten besteht somit ein Fehlfinanzierungsvolumen von über 20 Mrd. Euro. Zieht man die Hinterbliebenenrenten hingegen nicht in Betracht, übersteigen die Bundesmittel die versicherungsfremden Leistungen bereits um mehr als zehn Mrd. Euro.

Über die zeitliche Entwicklung der Bundesmittel sowie der geschätzten versicherungsfremden Leistungen gibt Abbildung 5 Aufschluss. Dabei wird deutlich, dass das Ausmaß der Fehlfinanzierung mit der drastischen Ausweitung der Steuerfinanzierung Ende der 1990er Jahre deutlich verringert werden konnte. Dieser Trend dürfte sich in abgeschwächter Form weiter fortsetzen, da Teile der versicherungsfremden Leistungen aus demografischen Gründen und andere aufgrund gesetzgeberischer Beschränkungen rückläufig sind. Während zu Beginn der 1990er Jahre das Volumen der nicht beitragsgedeckten Leistungen das der Bundesmittel noch um rund 70 Mrd. Euro überstieg, könnte sich diese Lücke (unter Einbeziehung der Hinterbliebenenrenten) auf weniger als 20 Mrd. bis 2020 reduzieren.

Abbildung 5: Versicherungsfremde Leistungen und Bundesmittel in der allg. RV



Quelle: Eigene Darstellung. Annahmen: Ab 2010 wurde ein Ausgabenanstieg von jährlich 2,5 Prozent unterstellt.

Käme es allerdings zu einer sachgerechten Finanzierung von Hinterbliebenenrenten entweder als Zusatzversicherung im Rahmen der GRV oder als Fürsorgeleistung mit entsprechender Bedürftigkeitsprüfung, stellt sich die Entwicklung anders dar. In diesem Fall würden die Steuermittel die versicherungsfremden Leistungen zunehmend übersteigen. Die Fehlfinanzierung könnte sich daher schon bald umkehren, so dass die Steuerzuschüsse mehr und mehr zu einer Subventionierung der Beitragszahler würden.

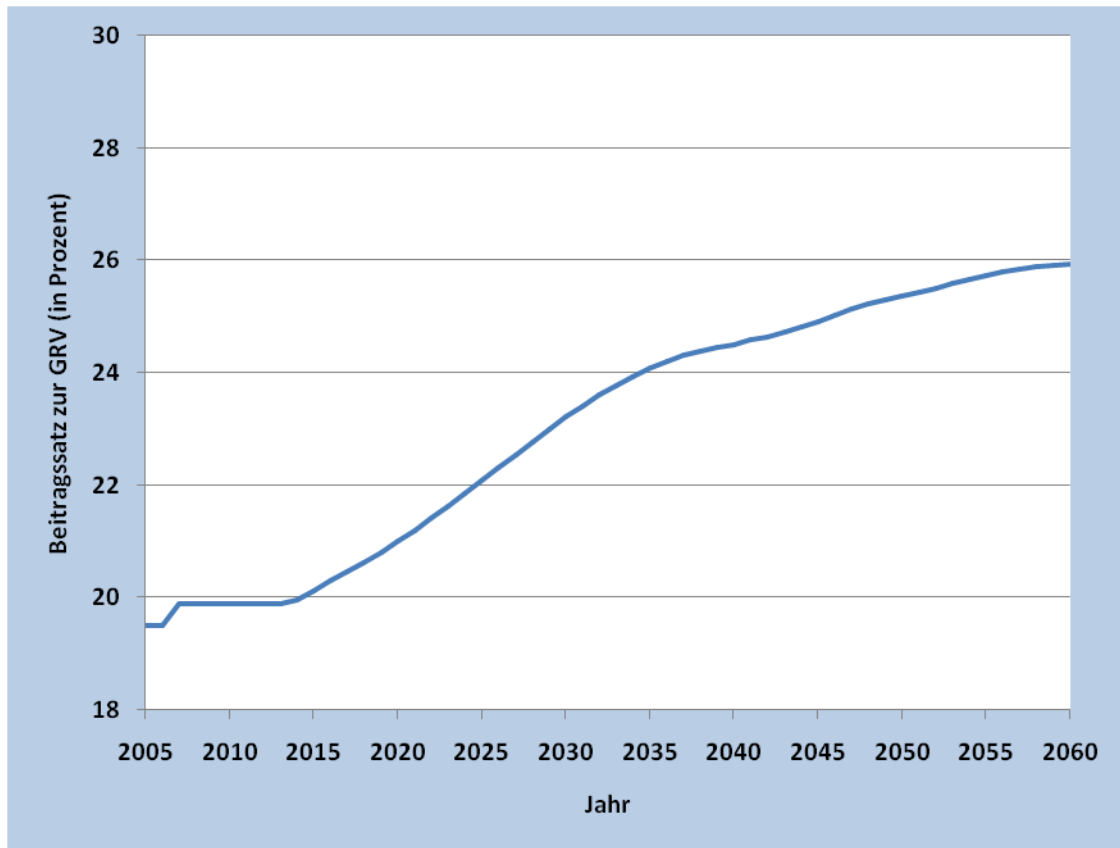
4.6 Sozialversicherungsfremde Umverteilung in der GRV

Die Ergebnisse des vorangegangenen Abschnitts haben gezeigt, dass es noch in den 1990er Jahren zu erheblichen Umverteilungsströmen von den Beitragszahlern der GRV zu der Allgemeinheit der Steuerzahler kam. Diese Umverteilung ist inzwischen auf ein überschaubares Ausmaß gesunken.

Im Zuge der Rentenreformen seit 1992 kam es aber auch zu Verbesserungen im Hinblick auf die intergenerative Umverteilung. Insbesondere durch die Rentenreform 1992, die Riester-Reform, die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors und die Anhebung der Regelaltersgrenze wurde die Höhe zukünftiger Rentenzahlungen deutlich reduziert und damit der künftige

Beitragsatzanstieg erheblich gedämpft.⁸⁹ Gleichzeitig wurde mit der Einführung der Riester-Rente eine zusätzliche kapitalgedeckte Vorsorge angeregt. Trotz dieser Fortschritte, steht aber auch bei heutiger Gesetzeslage ein weiterer Beitragsatzanstieg bevor.

Abbildung 6: Beitragsatzentwicklung in der GRV



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der 12. Koordinierten Bevölkerungsvoraus-berechnung. Basisjahr 2008.
Anmerkung: Wachstumsannahme: 3 Prozent, Zinssatz: 1,5 Prozent.

Abbildung 6 zeigt, wie sich die Beitragsätze unter heutigen demografischen Vorausberechnungen entwickeln müssten, um sämtliche im Gesetz vorgesehenen Leistungen auch zukünftig zu gewähren. Der so projizierte Beitragsatz würde von heute 19,9 Prozent auf über 25 Prozent im Jahr 2050 ansteigen. Der verbleibende Finanzierungsdruck könnte jedoch auch auf einem noch höheren Niveau liegen, zumal in der vorliegenden Projektion von einer relativ günstigen Nettozuwanderung von 150.000 Personen pro Jahr und einem eher geringen Anstieg der Lebenserwartung ausgegangen wird.⁹⁰

Folglich ist sowohl mit einem Absinken der Ersatzquoten bei den Altersrenten als auch mit weiter ansteigenden Beitragsätzen zu rechnen. Dies hat zur Konsequenz, dass die internen Renditen der GRV für jüngere Jahrgänge weiter absinken. Die höchste Belastung erfahren

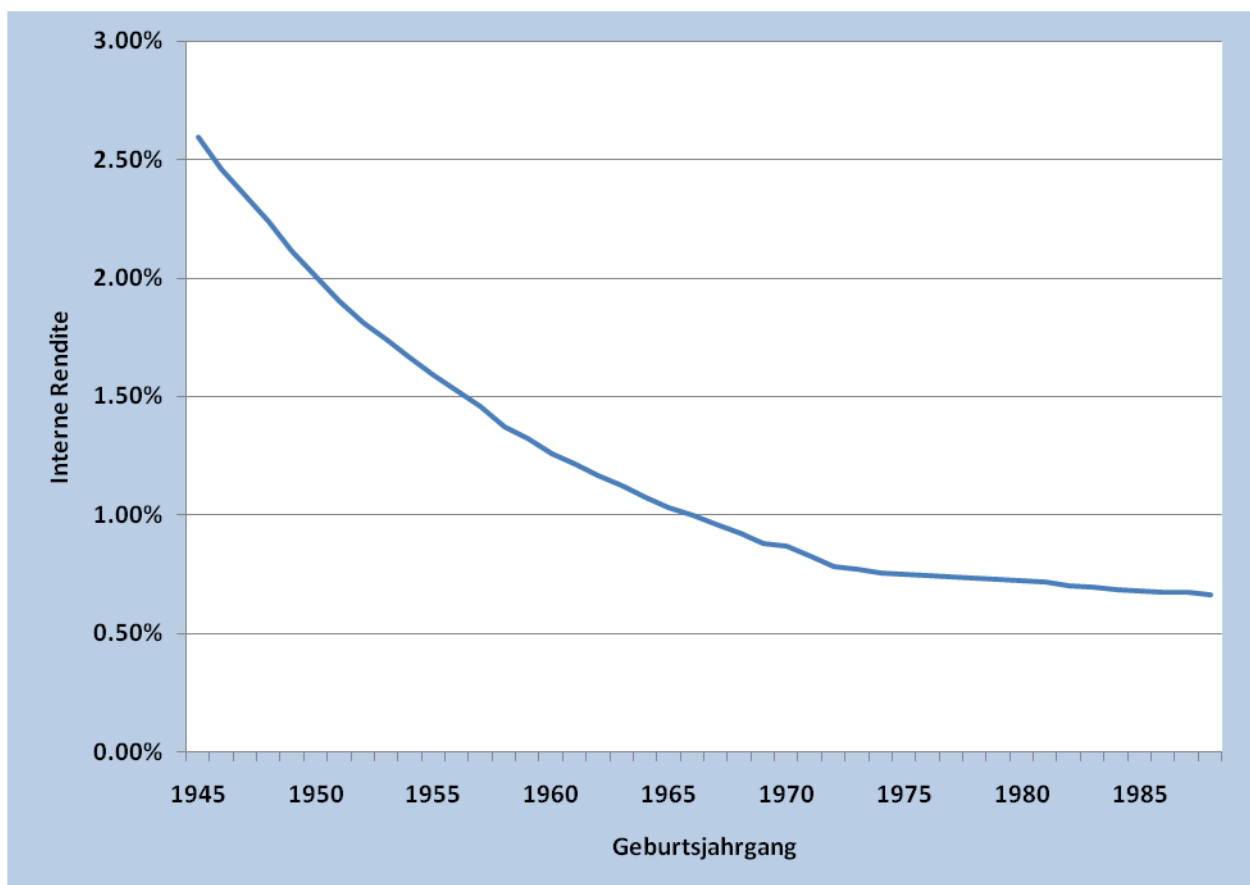
⁸⁹ Vgl. hierzu das Rentenreformgesetz (1992), das RV-Nachhaltigkeitsgesetz (2004) sowie das RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz (2007). Eine ausführliche Analyse der intergenerativen Verteilungs- und Nachhaltigkeitswirkungen findet sich in Heidler (2008) sowie Ehrentraut (2006).

⁹⁰ Demografische Annahmen wurden entsprechend der Variante 1 – L1 der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung getroffen (vgl. Destatis (2009)).

dabei die heute unter 30-Jährigen. Diese werden sowohl von den ansteigenden Beitragssätzen als auch von den relativen Leistungskürzungen betroffen sein.⁹¹

Neben der intergenerativen Umverteilung ist an dieser Stelle auch die versicherungsfremde Umverteilung aufgrund der Hinterbliebenenversorgung zu nennen. Durch eine Ausgliederung dieser zusätzlichen Absicherung, insbesondere der Witwen- und Witwerrenten, könnte der Beitragssatz zur GRV – bei gleichbleibenden Steuerzuschüssen – immerhin um rund 3,8 Prozentpunkte gesenkt werden. Eine auf die Bedürftigkeit der Hinterbliebenen abgestimmte steuerfinanzierte Absicherung birgt somit ein deutliches Entlastungspotential.

Abbildung 7: Reale durchschnittliche Rendite in der GRV



Quelle: Eigene Berechnungen. Anmerkungen: Die Renditeberechnungen erfolgen jeweils für einen Eckrentner (unisex) unter Berücksichtigung der Rentenschutzklausel. Erwerbsminderung, Witwenrenten sowie die Rente mit 67 sind nicht berücksichtigt. Eine genauere Darstellung der internen Renditen der GRV ist bei Heidler (2009) zu finden.

4.7 Zur Reform der Gesetzlichen Rentenversicherung

Aus der Analyse der vorangegangenen Abschnitte resultieren im Wesentlichen fünf zentrale Eckpunkte für eine weitere Reform der GRV:

- *Prüfung der bestehenden versicherungsfremden Leistungen*

⁹¹ Vgl. Abbildung 6.

Eine Reduktion bzw. Abschaffung von Teilen der versicherungsfremden Leistungen würde zusätzliche Finanzierungsspielräume schaffen und zu mehr Konsistenz im Rahmen der gesamten Sozialen Sicherung führen. Die bestehende Unterdeckung von Fremdleistungen in der GRV muss keineswegs durch eine weitere Anhebung der Bundesmittel behoben werden. Vielmehr erscheint es ratsam die Zweckmäßigkeit mancher Fremdleistungen zu prüfen und diese ggf. zu reduzieren bzw. abzuschaffen. Als Beispiel sei hier etwa auf die Leistungen des Fremdrentengesetzes verwiesen, dessen Legitimationsgrundlage 65 Jahre nach Kriegsende infrage steht.⁹² Des weiteren sollte im Zuge von Anrechnungszeiten, der Höherbewertung von Berufsausbildungszeiten und Leistungen an Hinterbliebene eine entsprechende Bedürftigkeitsprüfung etabliert werden, um eine fehlgeleitete Sozialpolitik zu begrenzen. Gleiches gilt im Zusammenhang mit den Mindestentgeltpunkten bei geringem Arbeitsentgelt.⁹³

▪ *Systematische Bemessung der Steuerzuschüsse*

Durch eine Bemessung der Bundesmittel gemäß dem Äquivalenzprinzip ließe sich die Fehlfinanzierung weiter reduzieren, dauerhaft vermeiden und mehr Transparenz erzeugen. Unter Berücksichtigung einer Überprüfung der bestehenden Leistungen sowie einer Reform der Hinterbliebenenversorgung kann der gegenwärtige Umfang an Bundesmitteln als angemessen betrachtet werden. Damit dies aber so bleibt, sollten die Bundeszuschüsse in ihrer Entwicklung stärker an den Umfang der versicherungsfremden Leistungen gekoppelt werden. Damit wäre die systematische Trennung von Beitrags- und Steuermitteln innerhalb der GRV auch mittelfristig gegeben. Kurzfristig könnte die Angleichung von Bundesmitteln und versicherungsfremden Leistungen sogar zu einer finanziellen Entlastung des Beitragszahlers führen.⁹⁴ In diesem Zusammenhang wäre auch eine regelmäßige und öffentliche Darstellung der versicherungsfremden Elemente durch die GRV eine sinnvolle Maßnahme. Die gegenwärtige Kopplung großer Teile der Bundeszuschüsse an die Lohnentwicklung würde hingegen mittelfristig in einer übertrieben hohen Steuerfinanzierung münden.

▪ *Angleichung der Rentenberechnung in Ost- und Westdeutschland*

Eine Angleichung der Rentenberechnung in Ost- und Westdeutschland ist elementar für die Umsetzung des Äquivalenzprinzips. Zwanzig Jahre nach der Wiedervereinigung stellt die GRV kein geeignetes Instrument für eine regionale Einkommensumverteilung mehr dar. Die noch immer bestehende Aufwertung von Beitragszahlungen in den neun Bundesländern mag theoretisch zwar eine gewisse Entlastung des ostdeutschen Arbeitsmarktes zur Folge haben. Allerdings ist diese Art der Umverteilung aus verschiedenen Gründen fehlgeleitet. Zum einen kam es seit der Wiedervereinigung zu massiven Anpassungs- und Wanderungsprozessen. Die geografischen Grenzen einer solchen rentenpolitischen Unterscheidung erscheinen daher zunehmend willkürlich. Zum andern findet auch im Zuge dieser Besserstellung ostdeutscher

⁹² Vgl. Fichte (2011).

⁹³ Vgl. ebd.

⁹⁴ Vgl. hierzu Sachverständigenrat (2005).

Beitragszahler keine Bedürftigkeitsprüfung statt. Schließlich hätte eine mittelfristige Vereinheitlichung der Rentenberechnung in Ost und West auch einen positiven Effekt auf die Transparenz des Rentenrechts.⁹⁵

- *Zügige Wiederherstellung der Rentenformel*

Eine frühe Begrenzung der allg. Rentenleistungen führt zu einer stärkeren Gleichbehandlung der Generationen. Die meisten Reformmaßnahmen der vergangenen Jahre haben zu einer mittel- und langfristigen Reduktion der Rentenansprüche geführt. Diese Maßnahmen waren hilfreich und sinnvoll im Sinne der langfristigen Beitragssatzstabilität und der fiskalischen Nachhaltigkeit. Hinzu kommt, dass die Leistungsanpassungen die demografischen Lasten sowohl auf die künftigen Rentenempfänger als auch auf die künftigen Beitragszahler aufteilen. Allerdings tut sich die Politik umso schwerer, wenn es darum geht bereits heute gewisse Leistungseinschnitte durchzusetzen. Die Aussetzung der Riester-Treppe oder die Rentengarantie im Zuge der Finanzmarktkrise waren somit schädlich für das Ziel der intergenerativen Gleichbehandlung. Diese Eingriffe gilt es möglichst schnell rückgängig zu machen.

- *Übertragung der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) in die GKV*

Schließlich wäre eine Übertragung medizinischer Sachleistungen und damit verbundener Geldleistungen in den Aufgabenbereich der GKV im Sinne einer systematischen Leistungsaufteilung zwischen den einzelnen Sozialversicherungszweigen zweckmäßig.

⁹⁵ Dabei ist selbstverständlich klar, dass eine Angleichung allein aus rechtlichen Gründen nicht „über Nacht“ erfolgen kann. Denkbar wäre jedoch mindestens eine Angleichung für alle neu erworbenen Rentenansprüche umzusetzen. Dies zöge zwar eine administrative Trennung zwischen Ost- und West-Entgeltpunkten auf dem Konto einzelner Versicherten nach sich, würde aber wenigstens langfristig zu einer Vereinheitlichung führen.

5 Gesetzliche Krankenversicherung

5.1 Versicherungszweck und Versicherungsleistung

In Abwesenheit einer verpflichtenden öffentlichen Krankenversicherung hätten nur diejenigen Personen einen Versicherungsschutz, deren messbare individuelle Krankheitsrisiken geringer zu bewerten sind als die Mittel, die sie für eine umfassende Krankenversicherung bezahlen wollen oder können. Menschen mit erkennbar hohen Risiken müssten bei Aufnahme in die Versicherung entweder sehr hohe Prämien entrichten oder auf einen entsprechenden Versichertenstatus verzichten. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dient daher zunächst dem Zweck eines umfangreichen Versicherungsschutzes für wesentliche Teile der Bevölkerung.

Im Zuge des Solidarprinzips kommt es aber auch zu einer Solidarleistung von Menschen mit niedrigen gesundheitlichen Risiken gegenüber Menschen mit erhöhten Risiken. Die Tatsache, dass Gesundheitsrisiken zu einem erheblichen Teil genetisch vorbestimmt sind, unterstreicht die Zielsetzung des Solidarprinzips an dieser Stelle: nämlich eine Entlastung von Personen mit unverschuldet hohen Lebensrisiken.⁹⁶

Die primäre Aufgabe der GKV besteht in der finanziellen Absicherung des Gesundheitsrisikos. Konkret gestaltet sich der Versicherungsschutz der GKV jedoch umfangreicher als es der Grundgedanke einer Krankenversicherung nahelegt:

§ 1 SGB V:

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. [...] Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistung zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“

Während die GKV ursprünglich vor allem der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall diene, hat sich der Fokus der GKV zunehmend auf die medizinische Behandlung selbst und in der jüngeren Vergangenheit auch auf die Prävention gerichtet. Insofern deckt die GKV inzwischen das komplette Spektrum angefangen bei der Krankheitsverhütung und -prävention über die Behandlung von Krankheit und Rehabilitationsmaßnahmen bis hin zur Kompensation von krankheitsbedingten Einkommensausfällen im Rahmen des Krankengeldes ab.⁹⁷

Für die Aufnahme präventiver Leistungen in den Leistungskatalog der GKV spricht der mitunter leichtfertige Umgang mit gesundheitlichen Risiken. Zumindest ist fraglich, ob die

⁹⁶ An dieser Stelle kann erneut das Bild des „*Schleiers der Unwissenheit*“ als stichhaltige Legitimationsgrundlage Verwendung finden. So ist anzunehmen, dass sich jede Gruppe von Personen, die eine Versicherungsordnung festlegen ehe die individuellen Risiken offenbar werden, für eine solidarische Versicherung entscheiden würde (vgl. hierzu Breyer und Buchholz (2007)).

⁹⁷ § 11 SGB V gibt einen Überblick über die gegenwärtigen Leistungen.

Gesundheitsvorsorge durch freiwillige Zusatzversicherungen eine ähnliche Abdeckung erreichen würde. Dies ist aber kein hinreichendes Argument für die Versicherungszweckmäßigkeit von Präventionsmaßnahmen. Aus einer ökonomischen Sicht ist diese deshalb zu hinterfragen, da ein präventiver Umgang mit Krankheitsrisiken grundsätzlich für alle Versicherten – unabhängig von den individuellen Krankheitsrisiken – sinnvoll sein kann. Eine Versicherungslösung erscheint unter dieser Annahme zwecklos.

Aus zwei Gründen sind präventive Maßnahmen dennoch als (versicherungs-)zweckmäßig zu bezeichnen. Zum einen lassen sich präventive Maßnahmen nicht immer scharf von Behandlungsmaßnahmen im Zuge einer Erkrankung trennen. Nicht selten werden präventive Techniken angewandt, um auf erste Anzeichen eines körperlichen Leidens zu reagieren. Insofern ist anzunehmen, dass diese Maßnahmen auch verstärkt von krankheitsgefährdeten Personen in Anspruch genommen werden. Noch gewichtiger erscheint jedoch der Aspekt der Kostenersparnis aufgrund präventiver Maßnahmen. Sollte die Bereitstellung vorbeugender Maßnahmen mittelfristig nämlich zu einer Netto-Entlastung der Krankenkassen beitragen erübrigt sich die Frage nach der Zweckmäßigkeit. Eine Erstattung sämtlicher präventiven Leistungen aus Steuermitteln hätte somit auch den Nachteil, dass eine ökonomische Bewertung und Bereitstellung dieser Maßnahmen nicht länger im Eigeninteresse der Krankenkassen läge.⁹⁸

5.2 Umfang und Versichertenkreis

Als Teil der Bismark'schen Sozialgesetzgebung wurde mit dem Krankenversicherungsgesetz von 1883 die Gesetzliche Krankenversicherung als erste Säule der deutschen Sozialversicherung eingeführt. Heute stellt die GKV hinsichtlich des Versicherungsumfangs den zweitgrößten Sozialversicherungszweig nach der GRV dar. Im Jahr 2009 waren insgesamt rund 70 Mio. Menschen in der GKV versichert, wovon 51,2 Mio. Personen als Mitglieder registriert waren.⁹⁹ Damit gewährt die GKV derzeit einen Versicherungsschutz für mehr als 85 Prozent der deutschen Bevölkerung. Die Ausgaben der GKV lagen im Jahr 2009 bei rund 170,8 Mrd. Euro bzw. 7,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts.

Im Unterschied zur GRV, deren Versichertenkreis sich im Kern auf die Arbeitnehmer beschränkt, ist die Versicherungspflicht in der GKV umfassender und erstreckt sich beispielsweise auch auf Rentner, Landwirte, Grundsicherungsempfänger und Studenten. Darüber hinaus umfasst der Versichertenkreis der GKV auch Familienangehörige, sofern diese nicht selbst der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen. Ausgenommen von der Versicherungspflicht sind im Wesentlichen die Selbstständigen, die Beamten und die geringfügig Beschäftigten, wobei als eine Besonderheit der GKV auch Arbeitnehmer mit

⁹⁸ Fichte und Schulemann (2010) kommen hier zu einer anderen Abgrenzung. Für sie stellen präventive Maßnahmen sozialversicherungsunspezifische und somit versicherungsfremde Leistungen dar.

⁹⁹ Vgl. GKV-Statistik KM1/13.

einem Entgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze von der Versicherungspflicht befreit sind.¹⁰⁰

5.3 *Versicherungsfremde Leistungen*

Aufgrund des deutlich breiter definierten Versicherungszwecks bestehen innerhalb der GKV im Gegensatz zur GRV grundsätzlich nur relativ wenige versicherungsfremde Leistungen. Letztlich steht den innerhalb der GKV versicherten Personen im Zweifelsfall der gleiche Leistungskatalog zur Verfügung. Die Frage der Konformität mit dem Äquivalenzprinzip stellt sich somit vielmehr im Hinblick auf die Finanzierungsseite. Die lohnabhängige Beitragsbemessung widerspricht mit Ausnahme des Krankengeldes nahezu vollständig dem Umfang der Leistungsansprüche. Dieser grundlegende Verstoß gegenüber dem Prinzip der Teilhabeäquivalenz wird in Abschnitt 5.5 näher behandelt. Im Folgenden soll zunächst eine Eingrenzung der versicherungsfremden Elemente auf der Leistungsseite stattfinden.

Der größte Teil der versicherungsfremden Leistungen bezieht sich dabei auf *Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft*. Die Gesundheitsversorgung im Zuge der Schwangerschaft sowie der Geburt selbst ist grundsätzlich sozialversicherungsspezifisch. Darüber hinaus gehende Leistungen, die entweder medizinisch nicht notwendig sind oder einen rein sozialpolitischen Hintergrund besitzen (Mutterschaftsgeld), sind von der Allgemeinheit zu finanzieren und damit versicherungsfremd. Dies trifft u.a. auf die Beratung zur Empfängnisverhütung sowie auf die Versorgung unter 20-Jähriger mit empfängnisverhütenden Mitteln zu.¹⁰¹ Hinzu kommen weitere *familienpolitische Leistungen* etwa in Form von zusätzlichen Kindergeldzahlungen oder sonstige Zusatzleistungen für Kinder. Zusammen beliefen sich die familienbezogenen Leistungen im Jahr 2009 auf ca. 1,4 Mrd. Euro.

Auch die Leistungen im Rahmen von *Zuzahlungsbefreiungen* sind als versicherungsfremd einzustufen, da sie, dem Fürsorgeprinzip folgend, nur Teilen der Versicherten zustehen. Hierbei sind insbesondere Zuschüsse für die Zahnersatzbehandlung zu nennen. Insgesamt beliefen sich die Zuzahlungsbefreiungen im Jahr 2009 auf etwa 700 Mio. Euro.

Schließlich leistet die GKV auch *Maßnahmen zur allgemeinen Gesundheitsförderung*. Hierunter fallen all jene Maßnahmen, die auch für Nichtversicherte zugänglich sind und somit im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegen. Allerdings bezifferte sich das Volumen dieser versicherungsfremden Leistungen im Jahr 2009 lediglich auf etwa 100 Mio. Euro.¹⁰²

Insgesamt summierten sich die versicherungsfremden Leistungen nach dieser Abgrenzung in den Jahren 2008 und 2009 auf etwa 2,2 Mrd. Euro. Addiert man mit Blick auf die Finanzierungsseite auch die Mindereinnahmen aufgrund der Beitragsfreiheit von monetären familienpolitischen Leistungen hinzu, bestand zuletzt ein Volumen von rund 3,6 Mrd. Euro

¹⁰⁰ Vgl. §§ 5 ff. SGB V.

¹⁰¹ Vgl. § 24a SGB V.

¹⁰² Faktisch bestehen weitere versicherungsfremde Leistungen, die auch direkt durch Bundesmittel erstattet werden. Diese belaufen sich jedoch auf relativ geringe Beträge (vgl. hierzu die Zuweisungen im Bundeshaushalt).

an versicherungsfremden Leistungen (siehe Tabelle 4). Dies entspricht einem Anteil von 2,1 Prozent an allen Ausgaben der GKV.¹⁰³

Tabelle 4: Versicherungsfremde Leistungen in der GKV

in Mrd. Euro

Position	2008	2009*
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, insgesamt:	0,90	0,93
<i>davon:</i>		
Mutterschaftsgeld	0,52	0,52
Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch**	0,25	0,28
Haushaltshilfe bei Schwanger und Mutterschaft (§199 RVO)	0,07	0,07
Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)	0,06	0,06
Weitere familienpolitische Leistungen	0,45	0,45
<i>davon:</i>		
Krankengeld bei Betreuung eines Kindes	0,12	0,12
Sehhilfen für unter 18-Jährige (§ 33 SGB V)	0,05	0,05
Arzneimittelhilfen bei unter 12-Jährigen (§ 34 SGB V)	0,28	0,28
Fürsorgeleistungen und Zuzahlungsbefreiungen	0,72	0,73
<i>davon:</i>		
Festzuschuss für Zahnersatz nach § 55 Abs. 2 SGB V	0,42	0,43
Sonstige Belastungsregeln bei Zuzahlungen	0,30	0,30
Allgemeine Gesundheitsförderung	0,12	0,12
<i>davon:</i>		
Gruppenprophylaxe Zahnmedizin	0,04	0,04
betriebliche Gesundheitsförderung	0,02	0,02
Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	0,02	0,02
Förderung der Selbsthilfe	0,04	0,04
Verbraucherschutz	0,00	0,00
Summe der versicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite	2,19	2,23
Beitragsfreiheit für Erziehungsgeld, Mutterschaftsgeld und bei Inanspruchnahme von Eltern zeit Zuzahlungsbefreiung	1,40	1,40
Gesamtsumme versicherungsfremder Leistungen	3,59	3,63

Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.*Eigene Schätzung. **Ohne Krankenhausbehandlung.

5.4 Fehlfiananzierung aufgrund ungedeckter versicherungsfremder Leistungen

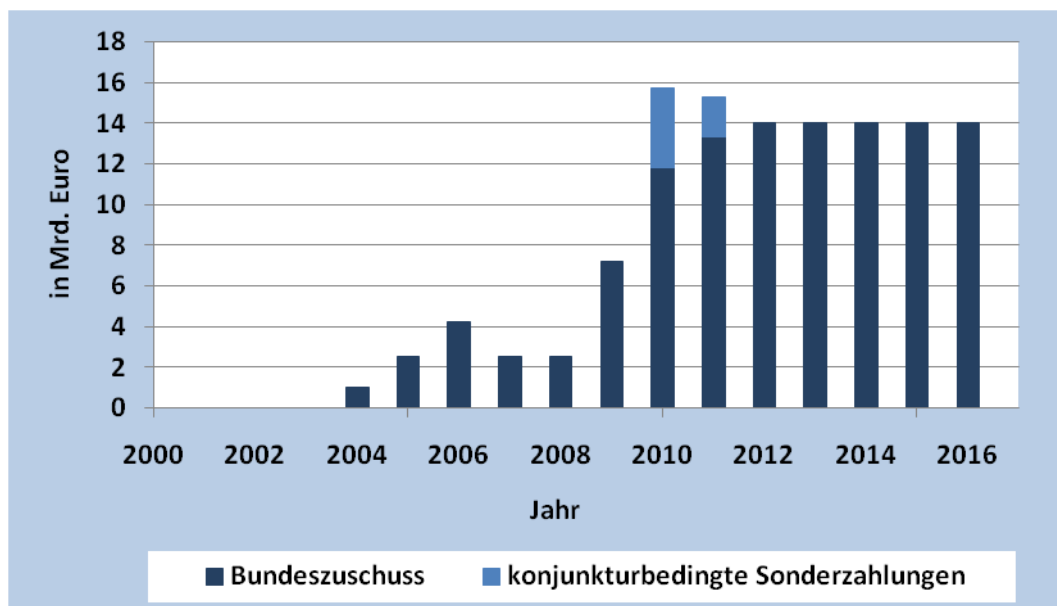
Dem Grundsatz nach werden die Mittel der Krankenversicherung aus Beiträgen und sonstigen Einnahmen aufgebracht.¹⁰⁴ Sieht man von der Entwicklung der vergangenen fünf

¹⁰³ Der Sachverständigenrat kommt in einer Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen aus dem Jahr 2005 auf ein Volumen von 2,4 Mrd. Euro (vgl. Sachverständigenrat (2005)). Fichte und Schulemann (2010) quantifizieren die Fremdleistungen für das Jahr 2009 mit rund vier Mrd. Euro.

¹⁰⁴ Vgl. § 220 Abs. 1 SGB V.

Jahre ab, wurden die Leistungen der GKV bisher nahezu ausschließlich durch Beitragszahlungen finanziert. Seit 2004 nahm die Bedeutung der sonstigen Einnahmen aufgrund der Einführung des Bundeszuschusses jedoch deutlich zu. Im Jahr 2009 belief sich der Bundeszuschuss bereits auf 7,2 Mrd. Euro was einem Anteil von ca. 4 Prozent an den gesamten Einnahmen entspricht. Die Beitragszahlungen lagen bei 157,4 Mrd. Euro und machten damit noch mehr als 90 Prozent der Einnahmen aus.¹⁰⁵

Abbildung 8: Bundesmittel in der GKV



Quelle: Bundeshaushaltspläne bis 2010 sowie § 221 SGB V.

Nach § 221 SGB V besteht der Zweck der Bundeszuweisungen in der pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen. Damit ist ein grundsätzlicher Bezug zum Umfang der Fremdleistungen hergestellt, auch wenn die „pauschale“ Ausgestaltung der Zuweisung keinen konkreten Anknüpfungspunkt nennt. Die vergangenen politischen Reformen machen deutlich, dass es bislang keine langfristige geschweige denn systematische Bemessung der Bundesmittel innerhalb der GKV gibt. Nahezu jährlich wurde die Höhe der Bundeszuzahlungen neu angepasst.¹⁰⁶

Dementsprechend wurden etwa in den Jahren 2010 und 2011 Sonderzahlungen von 3,9 und 2 Mrd. Euro veranschlagt.¹⁰⁷ Diese Mittel dienen einerseits zur Kompensation konjunkturbedingter Mindereinnahmen, andererseits sollte der aktuelle Beitragssatzanstieg möglichst gering ausfallen.¹⁰⁸ Mittelfristig soll das Niveau des Bundeszuschuss bei 14 Mrd. Euro liegen.¹⁰⁹ Sollte dieses Niveau des Bundeszuschusses tatsächlich bestehen bleiben,

¹⁰⁵ Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen sind dabei nicht berücksichtigt. Vgl. Rechnungsergebnisse der GKV.

¹⁰⁶ Vgl. hierzu die Entscheidungen im Zuge GKV-Modernisierungsgesetzes (2003), des Haushaltbegleitgesetzes (2006), des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sowie die Maßnahmen im Rahmen der Konjunkturpakete I und II.

¹⁰⁷ Diese gehen zum einen auf das Konjunkturpaket der Bundesregierung sowie auf § 221a SGB V zurück.

¹⁰⁸ Zum 1. Januar 2011 stieg der allgemeine Beitragssatz der GKV von 14,9 auf 15,5 Prozent an.

¹⁰⁹ Vgl. Hierzu Abbildung 8 sowie § 221 SGB V.

entspräche dies einem Anteil von sieben bis acht Prozent an den gesamten Einnahmen der GKV.

Tabelle 5: Umfang der Fehlfinanzierung in der GKV

	2008	2009	2010	2011	2012
Versicherungsfremde Leistungen, insgesamt	3,60	3,60	3,71	3,82	3,93
Bundesmittel aus Zuschüssen und Erstattungen	2,50	7,20	15,70	15,30	14,00
Fehlfinanzierung	1,10	-3,60	-11,99	-11,48	-10,07

Quelle: Bundeshaushaltspläne bis 2010 sowie § 221 SGB V.

Geht man davon aus, dass sich die versicherungsfremden Leistungen in den kommenden Jahren moderat erhöhen werden, fällt der mit 14 Mrd. Euro bemessene Bundeszuschuss rund dreieinhalb mal höher aus als es eine sachgerechte Finanzierung erfordern würde.¹¹⁰ Insofern werden die Beitragszahler der GKV derzeit durch Steuermittel in einem Volumen von ca. 10 Mrd. Euro entlastet. Dies mag in Teilen gerechtfertigt sein, da privat versicherte Personen nicht Teil der Solidargemeinschaft der GKV sind.¹¹¹ Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die PKV durch die variierende Honorierung von Gesundheitsleistungen bereits einen indirekten Transfer erbringt. Wesentlicher für eine Legitimation eines erhöhten Bundeszuschusses erscheint die kostenfreie Mitversicherung von Kindern (s. Abschnitt 5.5).

5.5 *Versicherungsfremde Umverteilung*

Mit einem Umfang von 3,6 Mrd. Euro sind die versicherungsfremden Leistungen in der GKV in Relation zu den Gesamtausgaben von 170,8 Mrd. Euro in 2009 von untergeordneter Bedeutung. Wesentlich bedeutsamer sind im Kontext der GKV dagegen die versicherungsfremden Umverteilungsströme. Letztere resultieren immer dann, wenn die Teilhabe an den Versicherungsleistungen unabhängig von den geleisteten Beitragszahlungen nach dem Bedarfsprinzip erfolgt (Vgl. auch Abschnitt 3.1). Zwar gilt dies bis zu einem gewissen Grad – beispielsweise im Falle von Beratungs- oder Vermittlungsleistungen – für alle Sozialversicherungszweige. In der GKV stellt die Leistungsgewährung nach dem Bedarfsprinzip hingegen den Normalfall dar, da – mit Ausnahme des Krankengeldes – alle Versicherten unabhängig von ihren geleisteten Beitragszahlungen den gleichen Anspruch auf medizinische Versorgung im Krankheitsfall haben. Dem Äquivalenzprinzip entsprechend sollten die Ausgaben der GKV daher durch eine von allen Versicherten zu tragende Gesundheitsprämie finanziert werden. Im Umkehrschluss ist die versicherungsfremde Umverteilung in der GKV daher im Kern darauf zurückzuführen, dass die Beiträge der Versicherten sich in Anlehnung an das Leistungsfähigkeitsprinzip nach der Höhe der

¹¹⁰ Im Hinblick auf die demografische Entwicklung ist eher davon auszugehen, dass die gesamten Ausgaben innerhalb der GKV deutlich stärker ansteigen als die versicherungsfremden Leistungen.

¹¹¹ Allerdings besitzt nur ein Teil der privat Versicherten eine Wahlfreiheit. Es ist demnach davon auszugehen, dass für Teile der privat Versicherten ein Wechsel in die GKV wünschenswert aber nicht möglich ist.

individuellen beitragspflichtigen Einnahmen statt nach der Höhe der Leistungsausgaben bemessen.

Wie in den anderen Sozialversicherungszweigen ist jedoch nicht jede Form der Umverteilung als versicherungsfremd einzustufen.¹¹² Beispielsweise werden selbst in einer Versichertengruppe mit (ex-ante) identischem Gesundheitsrisiko unterdurchschnittlich von Krankheit betroffene Versicherte („gute“ Risiken) weniger, überdurchschnittlich von Krankheit betroffene Versicherte („schlechte“ Risiken) hingegen mehr medizinische Leistungen beanspruchen, weshalb in der GKV ein (ex-post) Umverteilungsstrom von den „guten“ zu den „schlechten“ Risiken resultiert. Dieser gesundheitspolitisch motivierte Umverteilungsstrom liegt jedoch gerade in der Natur einer Krankenversicherung und ist daher als *versicherungstypisch* zu charakterisieren.

Neben der versicherungstypischen oder gesundheitspolitisch motivierten Umverteilung zwischen „guten“ und „schlechten“ Gesundheitsrisiken bestehen in der GKV jedoch zusätzliche, sozialpolitisch motivierte Umverteilungsströme.

Hierzu zählen die Umverteilung

- zwischen Männern und Frauen,
- zwischen Alt und Jung
- zwischen Mitgliedern und mitversicherten Familienangehörigen und
- zwischen Mitgliedern mit hohen und niedrigen (beitragspflichtigen) Einnahmen.

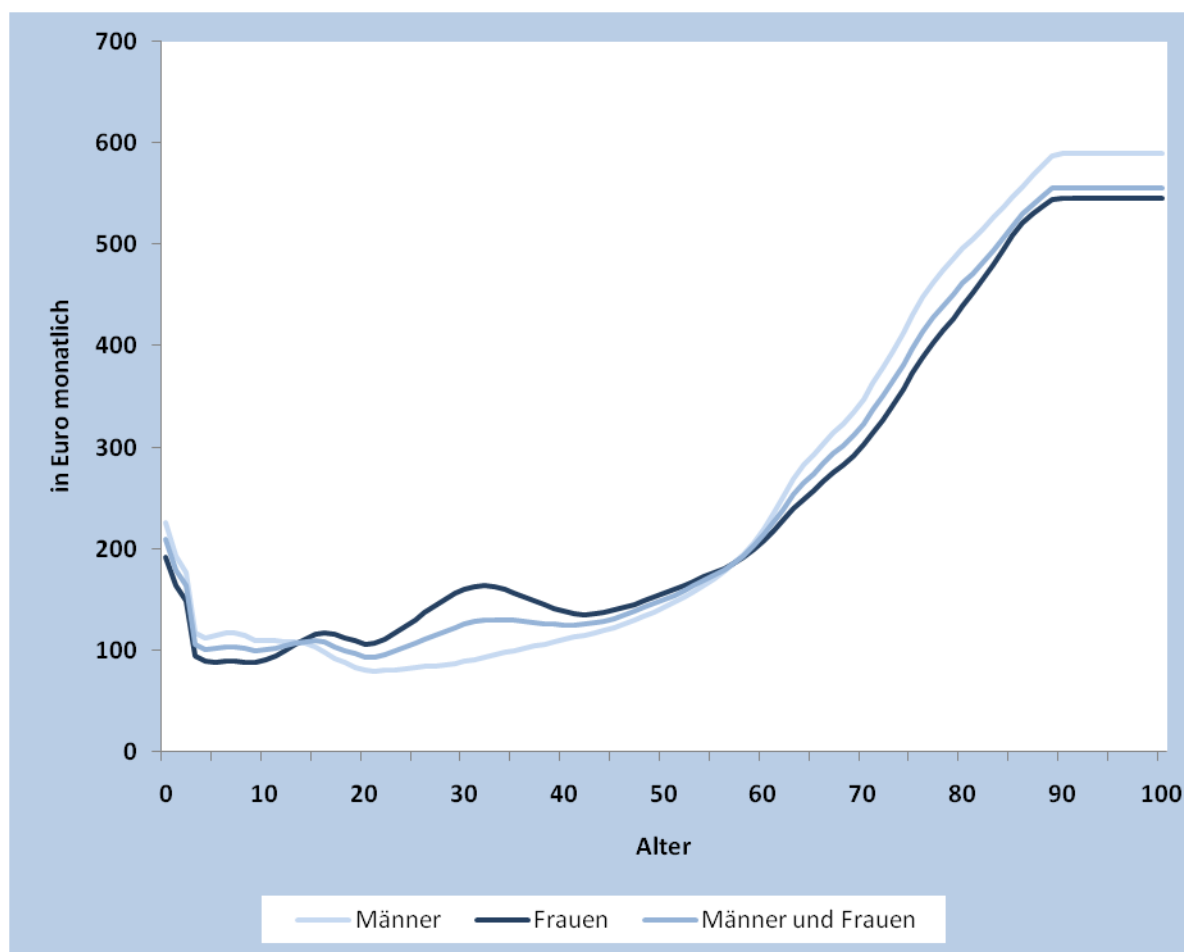
5.5.1 Sozialversicherungstypische Umverteilung in der GKV

Zur weiteren Kategorisierung der Umverteilungsströme ist es zweckmäßig die versicherungstypische Umverteilung zwischen Versicherten mit ex-ante identischem Gesundheitsrisiko von der Umverteilung zwischen Versicherten mit ex-ante unterschiedlichem Gesundheitsrisiko abzugrenzen. So hängt die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen neben dem individuellen Risikoverhalten im Wesentlichen vom Alter und Geschlecht eines Versicherten ab (s. Abbildung 9). Als Ausdruck des Solidarprinzips wird bei der Beitragsbemessung innerhalb der GKV jedoch nicht zwischen diesen unterschiedlichen Risikogruppen diskriminiert, weshalb in der GKV – im Unterschied zur Privaten Krankenversicherung (PKV) – ein Umverteilungsstrom zwischen Versicherten mit ex-ante hohem und ex-ante niedrigem Gesundheitsrisiko resultiert. Diese Nicht-Diskriminierung stellt jedoch ein konstituierendes Prinzip einer jeden Sozialversicherung dar, weshalb die sozialpolitisch motivierten Umverteilungsströme zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen als *sozialversicherungstypisch* zu charakterisieren sind. Auch entsprechen diese Umverteilungsströme insofern dem Versicherungszweck der GKV, als hierdurch ein Ausgleich zwischen Versichertengruppen mit hohem und niedrigem Gesundheitsrisiko erfolgt.¹¹³

¹¹² Vgl. Sachverständigenrat (2005).

¹¹³ Vgl. ebd.

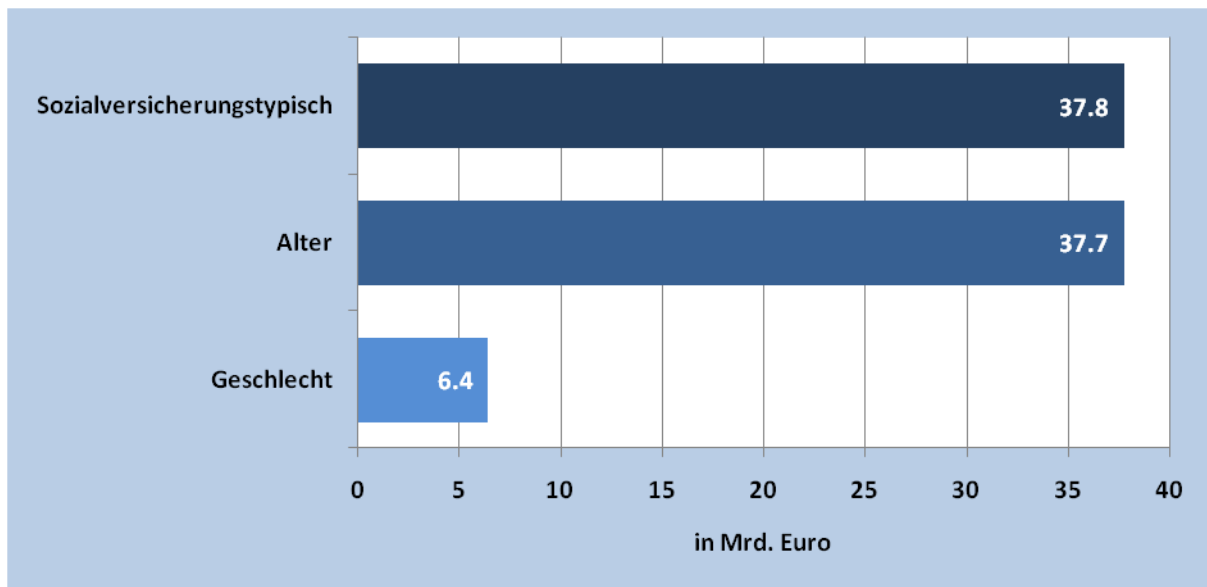
Abbildung 9: Ausgaben der GKV nach Alter und Geschlecht in 2008



Quelle: Risikostrukturausgleich 2008, Rechnungsergebnisse der GKV 2008, eigene Berechnungen.

Im Jahr 2008 bezifferte sich das Ausmaß der Altersumverteilung in der GKV auf 37,7 Mrd. Euro, während sich der Umfang der Geschlechterumverteilung lediglich 6,4 Mrd. Euro umfasste (s. Abbildung 10). Im Unterschied zur Altersumverteilung verläuft der Umverteilungsstrom zwischen den Geschlechtern jedoch nicht nur in einer Richtung. Zwar entfällt dieser mit einem Betrag von 3,6 Mrd. Euro zu etwas mehr als der Hälfte auf die weiblichen Versicherten. Gleichzeitig profitieren jedoch auch die Männer im Umfang von 2,9 Mrd. Euro von der geschlechtsspezifischen Umverteilung, da diese – wie Abbildung 9 zeigt – bis zu einem Alter von etwa 15 Jahren sowie ab einem Alter von etwa 55 Jahren die Krankenkassen stärker belasten als Frauen. Insgesamt fällt die sozialversicherungstypische Umverteilung mit einem Umfang von 37,8 Mrd. Euro jedoch geringer aus als die Summe der beiden Umverteilungsströme. Dies ist darauf zurückzuführen, dass junge Frauen durch die Umverteilung zwischen den Geschlechtern zwar entlastet, durch die Umverteilung zwischen den Altersgruppen jedoch gleichzeitig belastet werden.

Abbildung 10: Sozialversicherungstypische Umverteilung in der GKV in 2008



Quelle: SOEP v26, Rechnungsergebnisse der GKV 2008, Mitgliederstatistik der GKV 2008, eigene Berechnungen.

5.5.2 Sozialversicherungsfremde Umverteilung in der GKV

Als *sozialversicherungsfremd* sind hingegen jene sozialpolitisch motivierten Umverteilungsströme zu charakterisieren, welche nicht dem Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Gesundheitsrisiken dienen, sondern primär andere Ziele verfolgen. Hierzu zählt zum einen der aus der Bemessung der Beiträge an beitragspflichtigen Einnahmen begründete Umverteilungsstrom zwischen Versicherten mit hohen und niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen, welcher in Anlehnung an das Leistungsfähigkeitsprinzip das Ziel einer „sozial gerechten“ Finanzierung der GKV verfolgt. Zum anderen ist als Sonderfall des solidarischen Finanzierungsprinzips auch der Umverteilungsstrom zwischen Mitgliedern und beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen als sozialversicherungsfremd einzustufen.

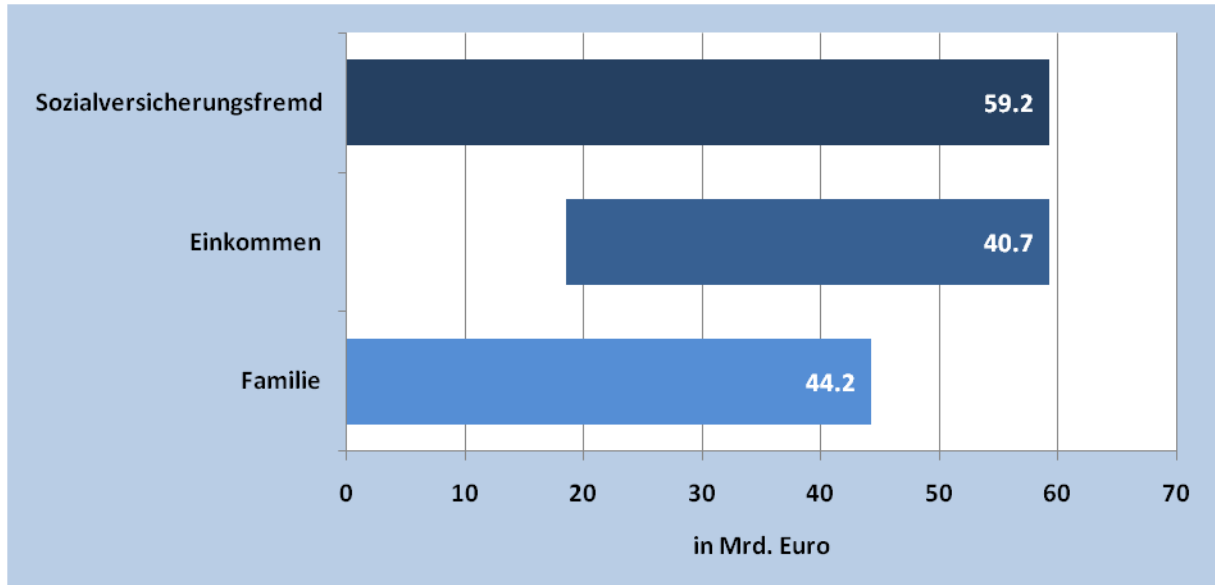
Wie Abbildung 11 zeigt, beziffert sich der familienpolitische Umverteilungsstrom im Jahr 2008 auf 44,2 Mrd. Euro,¹¹⁴ wobei dieser mit einem Betrag von 28,6 Mrd. Euro zu etwa zwei Dritteln auf die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder zurückzuführen ist.¹¹⁵ Hingegen beläuft sich der Umfang der Einkommensumverteilung zu Gunsten von Mitgliedern mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen auf 40,6 Mrd. Euro. Wie im Falle der sozialversicherungstypischen Umverteilungsströme fällt jedoch auch der Umfang der sozialversicherungsfremden Umverteilung mit insgesamt 59,2 Mrd. Euro geringer aus als die Summe der beiden einzelnen Umverteilungsbeträge (s. Abbildung 11). Dies ist darauf zurückzuführen, dass Mitglieder mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen durch die einkommensabhängige Beitragsbemessung zwar entlastet, infolge der Lasten zur

¹¹⁴ Gemäß Sachverständigenrat (2005) bezifferte sich der Umfang versicherungsfremder Umverteilung zu Gunsten der mitversicherten Familienangehörigen im Jahr 2003 auf 38,7 Mrd. Euro.

¹¹⁵ Für die Berechnung des familienpolitischen Umverteilungsstroms zu Gunsten der mitversicherten Kinder wurde die Gruppe der unter 20-jährigen mitversicherten Familienangehörigen zugrundegelegt.

Finanzierung der beitragsfreien Mitversicherung der Familienangehörigen jedoch belastet werden. Dennoch belief sich der Umfang der sozialversicherungsfremden Umverteilung gemessen an den Gesamtausgaben der GKV in 2008 auf 36,8 Prozent.

Abbildung 11: Sozialversicherungsfremde Umverteilung in der GKV in 2008



Quelle: SOEP v26, Rechnungsergebnisse der GKV 2008, Mitgliederstatistik der GKV 2008, eigene Berechnungen.

Exkurs: Messung der sozialpolitisch motivierten Umverteilungsströme

Sozialversicherungstypische Umverteilung

Die sozialversicherungstypischen Umverteilungsströme zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen sind darauf zurückzuführen, dass innerhalb der GKV nicht aufgrund des – im Wesentlichen durch Alter und Geschlecht bestimmten – ex-ante Risikos diskriminiert wird. Als natürlicher Referenzpunkt zur Messung dieser Umverteilungsströme wird daher – wie in Moog und Raffelhüschen (2006) – eine idealtypische Krankenversicherung betrachtet, in der sich die Beitragszahlung eines Versicherten nach seinem ex-ante Gesundheitsausgabenrisiko richtet. Man spricht dann auch von einer risikoäquivalenten Beitragsbemessung. Stellt man allein auf das Alter und das Geschlecht als wesentliche ex-ante Risiken ab, so würde der risikoäquivalente Beitrag eines Versicherten gerade den in Abhängigkeit von seinem Alter und Geschlecht ermittelten durchschnittlichen Gesundheitsausgaben entsprechen. Die Beitragshöhe würde somit dem in Abbildung 9 dargestellten Verlauf der durchschnittlichen Gesundheitsausgaben folgen. Mit Ausnahme der vergleichsweise hohen Ausgaben direkt nach der Geburt steigt der risikoäquivalente Beitrag infolge der altersbedingten Zunahme der medizinischen Leistungsbeanspruchung mit dem Alter stetig an. Gleichzeitig würden weibliche Versicherte im Alter zwischen 15 und 55 Jahren, männliche Versicherte hingegen bis zu einem Alter von 15 sowie ab einem Alter von 55 Jahren einen höheren Beitrag zu entrichten haben als ihre andersgeschlechtlichen Altersgenossen. Als Konsequenz dieser risikoäquivalenten Beitragsbemessung würde sich die Umverteilung in der idealtypischen Krankenversicherung allein auf den versicherungstypischen oder

gesundheitpolitischen Ausgleich zwischen „guten“ und „schlechten“ Risiken beschränken.

Im Vergleich zu diesem Ideal lässt sich der *Umverteilungsstrom zwischen den Geschlechtern* ermitteln, indem man eine Krankenversicherung betrachtet, welche über den versicherungstypischen Ausgleich hinaus auch zwischen den Geschlechtern umverteilt. Zwar würde bei der Beitragsbemessung weiterhin nach dem Alter der Versicherten unterschieden werden. Innerhalb jeder Alterskohorte würden Männer und Frauen jedoch identische Beiträge entrichten. Die geschlechtsneutrale Beitragshöhe würde dabei dem ebenfalls in Abbildung 9 dargestellten, über Männer und Frauen hinweg ermittelten Verlauf der durchschnittlichen Gesundheitsausgaben folgen. Im Vergleich zum idealtypischen Referenzpunkt würden weibliche Versicherte im Alter zwischen 15 und 55 Jahren sowie männliche Versicherte bis zu einem Alter von 15 bzw. ab einem Alter von 55 Jahren durch die geschlechtsneutrale Beitragsbemessung entlastet, wobei der Gesamtumfang dieser Entlastung in der Summe gerade dem Umverteilungsstrom zwischen den Geschlechtern entspricht.¹¹⁶

Analog lässt sich der *Umverteilungsstrom zwischen den Altersgruppen* ermitteln, wenn man im Vergleich zum idealtypischen Referenzpunkt eine Krankenversicherung betrachtet, welche über den versicherungstypischen Ausgleich hinausgehend auch zwischen den Altersgruppen umverteilt. Hierbei würde bei der Beitragsbemessung zwar weiterhin nach dem Geschlecht eines Versicherten diskriminiert werden. Für jeden weiblichen (männliche) Versicherten würde jedoch unabhängig von ihrem (seinem) Alter der gleiche Krankenversicherungsbeitrag anfallen. Für weibliche Versicherte würde sich dieser auf monatlich 200 Euro, für männliche Versicherte hingegen auf monatlich 180 Euro belaufen. Im Vergleich zum idealtypischen Referenzpunkt würden weibliche Versicherte ab einem Alter von 60 Jahren und männliche Versicherte ab einem Alter von 57 Jahren durch die altersneutrale Beitragsbemessung entlastet, wobei der Gesamtumfang dieser Entlastung der älteren Versicherten in der Summe gerade dem Umverteilungsstrom zwischen den Altersgruppen entspricht.¹¹⁷

Entsprechend lässt sich der Gesamtumfang der *sozialversicherungstypischen Umverteilung* zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen ermitteln, indem man eine Krankenversicherung betrachtet, welche über den versicherungstypischen Ausgleich hinaus sowohl zwischen den Geschlechtern auch zwischen den Altersgruppen umverteilt.¹¹⁸ In diesem Fall würde für jeden Versicherten unabhängig von seinem Alter und Geschlecht ein identischer Beitrag von monatlich 190 Euro anfallen. Im Vergleich zum idealtypischen Referenzpunkt würden sowohl weibliche als auch männliche Versicherte ab einem Alter von 58 Jahren durch die alters- und geschlechtsneutrale Beitragsbemessung entlastet, wobei der Gesamtumfang dieser Entlastung in

¹¹⁶ Da jeder Entlastung der einen Versichertengruppe eine entsprechende Belastung einer anderen Versichertengruppe gegenübersteht, lässt sich der Umverteilungsstrom zwischen den Geschlechtern alternativ auch anhand des Gesamtumfangs der Belastung beziffern, welche einzelnen Versicherten infolge der geschlechtsneutralen Beitragsbemessung entstehen.

¹¹⁷ Analog zur Geschlechterumverteilung lässt sich der Umverteilungsstrom zwischen den Altersgruppen alternativ auch anhand des Gesamtumfangs der Belastung beziffern, welche den jüngeren Versicherten infolge der altersneutralen Beitragsbemessung entsteht.

¹¹⁸ Es sei an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass der Umverteilungsströme zwischen den Geschlechtern und zwischen den Altersgruppen sich teilweise überlappen und ihrer Wirkung gegenseitig aufheben, weshalb der Umfang der sozialversicherungstypischen Umverteilungsstrom insgesamt geringer ausfällt als die Summe der beiden einzelnen Umverteilungsströme.

der Summe gerade dem sozialversicherungstypischen Umverteilungsstrom entspricht.

Sozialversicherungsfremde Umverteilung

Analog zu den sozialversicherungstypischen Umverteilungsströmen lassen sich auch die sozialversicherungsfremden Umverteilungsströme mit Bezug auf einen entsprechend gewählten idealtypischen Referenzpunkt bestimmen. Im Falle der *Familienumverteilung* ist der natürliche Referenzpunkt durch das bereits betrachtete sozialversicherungstypische Krankenversicherungsideal mit alters- und geschlechtsneutralen Beiträgen definiert. Zur Bestimmung des Volumens der Familienumverteilung wird folglich eine Krankenversicherung betrachtet, in der abweichend vom sozialversicherungstypischen Referenzpunkt die Familienangehörigen wie im gesetzlichen Status Quo beitragsfrei mitversichert sind. Da die Mitglieder nun auch für den Krankenversicherungsschutz der mitversicherten Familienangehörigen aufkommen müssen, erhöht sich deren Krankenversicherungsbeitrag im Vergleich zum sozialversicherungstypischen Referenzpunkt von 190 Euro auf monatlich 260 Euro. Hingegen werden die mitversicherten Familienangehörigen jeweils um 190 Euro entlastet, wobei der Gesamtumfang dieser Entlastung in der Summe gerade dem Umverteilungsstrom zwischen Mitgliedern und Familienangehörigen entspricht.¹¹⁹

Für die Ermittlung des *Umverteilungsstroms zwischen Mitgliedern mit hohen und niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen* wird als Referenzpunkt schließlich der im Kontext der Familienumverteilung bereits betrachtete Fall einer alters- und geschlechtsneutralen Mitgliederprämie gewählt. Da dieser Referenzpunkt bereits Umverteilungsströme zwischen den Geschlechtern, zwischen den Altersgruppen sowie zwischen Mitgliedern und mitversicherten Familienangehörigen berücksichtigt, ist jede darüber hinausgehende Umverteilung auf die – durch den gesetzlichen Status quo definierte – Bemessung der Beiträge an den beitragspflichtigen Einnahmen zurückzuführen. Anders formuliert werden durch die an den beitragspflichtigen Einnahmen anknüpfende Bemessung der Beiträge all diejenigen Mitglieder entlastet, deren Krankenversicherungsbeitrag (inkl. des Beitragsanteils der Arbeitgeber bzw. der Rentenversicherung) weniger als monatlich 260 Euro beträgt. Legt man den durchschnittlichen Beitragssatz im Jahr 2008 zugrunde so entspricht eine Beitragshöhe von 260 Euro einem beitragspflichtigen Bruttoeinkommen von monatlich 1745 Euro. Der Gesamtumfang um den Mitglieder mit einem entsprechend geringeren beitragspflichtigen Einkommen entlastet werden entspricht daher in der Summe gerade dem Umverteilungsstrom zwischen Mitgliedern mit hohen und niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen.

Für die Ermittlung des Gesamtumfangs der *sozialversicherungsfremden Umverteilung* wird schließlich wieder das sozialversicherungstypische Ideal einer alters- und geschlechtsneutralen Versichertenprämie als Referenzpunkt zugrundegelegt. Im Vergleich zu diesem Referenzpunkt würden unter dem gesetzlichen Status quo all diejenigen Mitglieder entlastet, deren Krankenversicherungsbeitrag (inkl. des Beitragsanteils der Arbeitgeber bzw. der Rentenversicherung) weniger als monatlich 190 Euro beträgt. Legt man den durchschnittlichen Beitragssatz im Jahr 2008 zugrunde so entspricht dies einem beitragspflichtigen Bruttoeinkommen

¹¹⁹ Da den knapp 19 Mio. mitversicherten Familienangehörigen etwa 51 Mio. Mitglieder gegenüberstehen, fällt die Belastung durch die beitragsfreie Mitversicherung je Mitglied deutlich geringer aus als die Entlastung je Mitversicherten.

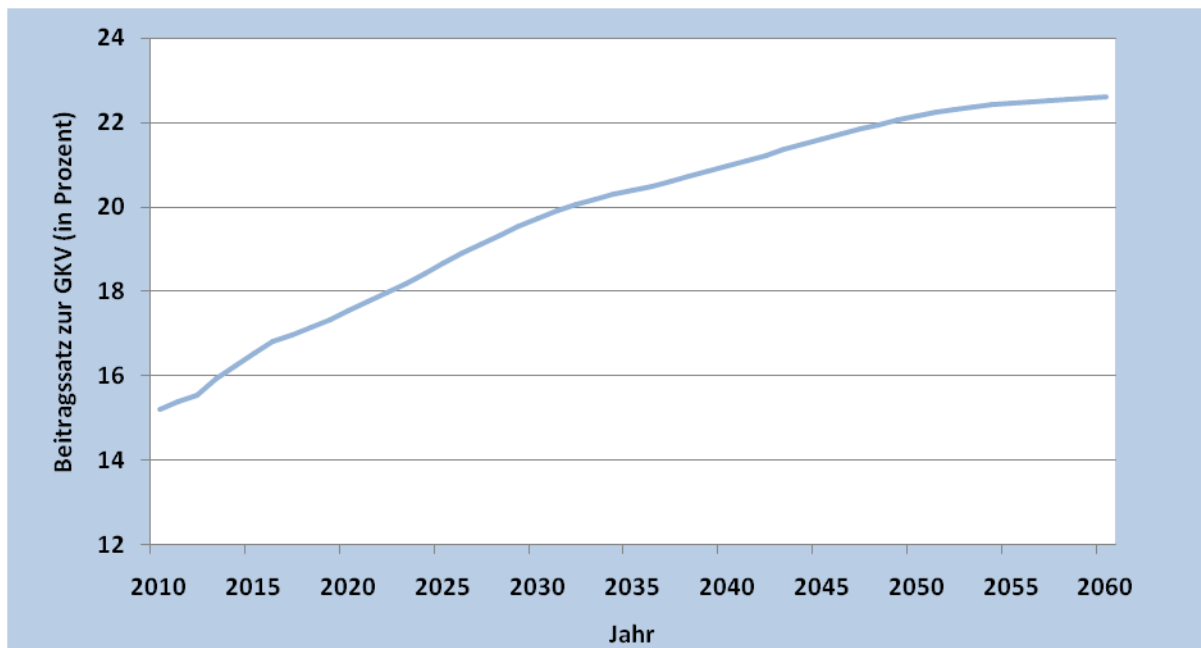
von monatlich weniger als 1275 Euro. Der Gesamtumfang um den Mitglieder mit einem entsprechend geringeren beitragspflichtigen Einkommen entlastet werden entspricht daher in der Summe gerade dem sozialversicherungsfremden Umverteilungsstrom.

5.5.3 Intergenerative Umverteilung

Neben der versicherungsfremden Umverteilung innerhalb einer Zeitperiode ist in der GKV aber ebenso eine dynamische Fehlfinanzierung in Form von interperiodischen Umverteilungsströmen gegeben. Während im Bereich der GRV wesentliche Reformen zur Minderung zukünftiger Rentenleistungen stattgefunden haben, stellt sich die Situation in der GKV wesentlich problematischer dar. Zwar lassen sich die Belastungen der Zukunft weniger genau beziffern, verglichen mit der GRV muss jedoch mit einer wesentlich explosiveren Kostenentwicklung gerechnet werden. Bereits ohne den Kostendruck infolge des medizinisch-technischen Fortschritts müsste der Beitragssatz unter den heutigen Gegebenheiten langfristig auf etwa 22 Prozent steigen (s. Abbildung 12). Allerdings ist im Rahmen realistischer Annahmen auch mit Beitragssätzen von bis zu 32 Prozent zu rechnen. Die Nachhaltigkeitslücke beläuft sich nach neusten Berechnungen auf 102,9 Prozent des BIP.¹²⁰

¹²⁰ Vgl. Stiftung Marktwirtschaft (2010).

Abbildung 12: Beitragssatzentwicklung in der GKV



Quelle: Eigene Berechnungen. Anmerkung: Wachstumsannahme, 3 Prozent, Zinssatz: 1,5 Prozent.

5.6 Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung

Trotz der jüngsten Gesundheitsreform steht die GKV in den kommenden Jahren womöglich unter dem stärksten Reformdruck. Sowohl die sozialversicherungsfremden Umverteilungsströme als auch die der Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen machen weitreichende Maßnahmen unumgänglich. Aus der Analyse dieses Kapitels resultieren dabei im Wesentlichen drei zentrale Eckpunkte für die zukünftige Reform der GKV:

- *Korrekte Bemessung der Steuerzuschüsse*

Als Folge des GKV-Modernisierungsgesetzes beteiligt sich der Bund seit dem Jahr 2004 mit einem pauschalen Bundeszuschuss an den Kosten der versicherungsfremden Leistungen in der GKV. Der ursprünglich bei Verabschiedung veranschlagte Umfang des Bundeszuschusses war dabei mit 4,2 Mrd. Euro mehr als ausreichend um die Aufwendungen der GKV für versicherungsfremde Leistungen der Ausgabenseite zu decken. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden die Bundesmittel nochmals deutlich erhöht. Die 14 Mrd. Euro, die der Bund ab 2012 voraussichtlich an den Gesundheitsfonds überweisen wird, übersteigen die versicherungsfremden Leistungen von lediglich 4 Mrd. Euro erheblich. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass es zu einer Rückführung der Bundeszuschüsse kommen muss. Vielmehr lassen sich durch die erhöhten Bundesmittel auch die auf die mitversicherten Kinder entfallenden Leistungsausgaben finanzieren und somit das Ausmaß der versicherungsfremden Umverteilung reduzieren.¹²¹ In diesem Fall sollte es jedoch wie in der GRV zu einer gesetzlich festgeschriebenen regelmäßigen Überprüfung des

¹²¹ Dies hätte jedoch zur Konsequenz, dass auch Familien mit privat versicherten Kindern grundsätzlich einen Anspruch auf eine äquivalente Kostenübernahme durch den Bund hätten.

versicherungsfremden Leistungsniveaus kommen.¹²² Wesentlich ist dabei vor allem, ob allein das von Kindern in Anspruch genommene Leistungsvolumen steuerlich finanziert werden soll oder ob der Fiskus für jedes Kind einen fiktiven Versicherungsbeitrag bezahlen soll. Weiterhin ungeklärt ist in diesem Zusammenhang wie eine Gleichstellung von PKV und GKV gewährleistet werden kann.

- *Einführung einer Gesundheitsprämie*

Doch selbst wenn der Bundeszuschuss in dieser Größenordnung bestehen bleibt, kommt es im Rahmen der GKV zu versicherungsfremden Umverteilungsströmen von großem Ausmaß. Um auch die Teilhabeäquivalenz vollständig wiederherzustellen, ist eine grundlegende Finanzierungsreform der GKV hin zu einem System pauschaler Gesundheitsprämien notwendig.¹²³ Da jeder Versicherte unabhängig von seinem Einkommen einen identischen Krankenversicherungsbeitrag zu entrichten hätte, würde die sozialpolitisch motivierte Umverteilung zu Gunsten niedriger beitragspflichtiger Einnahmen entfallen. Gleichzeitig müsste auch die familienpolitisch motivierte, aber sowohl aus familien-, verteilungs- als auch arbeitsmarktpolitischer Sicht fragwürdige beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen abgeschafft werden. Für den Versicherungsschutz der bisher beitragsfrei mitversicherten Kinder könnte der Bund durch eine entsprechende Bemessung der bereits bestehenden Bundeszuschüsse aufkommen. Hingegen würden die bisher beitragsfrei mitversicherten Ehe- und Lebenspartner ebenfalls zur Zahlung der Gesundheitsprämie verpflichtet werden. Insgesamt würde die GKV dabei mittelfristig von der Erbringung aller versicherungsfremden gesamtgesellschaftlichen Aufgaben entbunden werden, und könnte sich damit wieder allein auf die Erfüllung ihres eigentlichen Versicherungszwecks konzentrieren.¹²⁴

- *Eindämmung der weiteren Kostenentwicklung*

Eine weitgehende Umstellung auf ein nicht lohnabhängiges Finanzierungsmodell hätte darüber hinaus auch einen nicht unerheblichen Effekt auf die langfristige Tragfähigkeit der Gesundheitsfinanzierung, da die Abhängigkeit von der Altersstruktur zumindest auf der Finanzierungsseite weitgehend behoben wäre.¹²⁵ Dennoch bleibt als drittes zentrales Ziel einer weiteren Reform des Gesundheitswesens die Eindämmung künftiger Gesundheitsausgaben bestehen. Nur so kann es auch in der Gesundheitspolitik zu einer relativ gleichmäßigen Lastenaufteilung zwischen den Generationen kommen. Eine Reduktion der zahlreichen Fehlanreize innerhalb des Systems, eine stärkere Kontrolle bzw. Dämpfung der Arzneimittelpreise sowie eine offene Debatte über die Rationierung des aufgrund von

¹²² Zur Reduktion des Bedarfs an Steuermitteln in der GRV sollte zudem die mit der beitragsfreien Weiterversicherung der Bezieher von Mutterschafts- und Elterngeld aktuell bestehende Beteiligung der GKV an den Aufwendungen dieser familienpolitischen Leistungen des Bundes abgeschafft werden.

¹²³ Das im GKV-FinG veranschlagte Modell eines wiederum allein auf Lohneinkünften basierenden sozialen Ausgleichs erscheint vor diesem Hintergrund wenig hilfreich.

¹²⁴ Zur Diskussion um eine Kompensation verloren gegangener Umverteilungsströme vgl. Kapitel 9.

¹²⁵ Vgl. Moog und Raffelhüschen (2010).

medizinisch-technischen Neuerungen stetig wachsenden Spektrums möglicher Gesundheitsleistungen sind hier stichwortartig zu nennen.¹²⁶

¹²⁶ Vgl. Schnurr et al. (2010).

6 Soziale Pflegeversicherung

6.1 Versicherungszweck und Versicherungsleistung

Unter den zahlreichen Gesundheitsrisiken sticht das Risiko der Pflegebedürftigkeit in besonderer Weise hervor. Anders als bei den meisten Krankheiten tritt der Zustand der Pflegebedürftigkeit i.d.R. erst im hohen Alter auf. Eine dauerhafte Rehabilitation ist hingegen selten.¹²⁷ Hinzu kommt, dass sich Pflegebedürftigkeitsrisiken nach bisherigem Kenntnisstand schwerer anhand von objektiven Merkmalen abschätzen lassen als viele Krankheitsrisiken. Dies hat zur Folge, dass die Prämien auf einem privaten Versicherungsmarkt weniger stark variieren als dies etwa im Fall privater Renten- oder Krankenversicherungen der Fall ist. Deutlich hingegen ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen. Aufgrund der längeren Lebenserwartung und einer durchschnittlich längeren Verweildauer profitieren vor allem Frauen von den Leistungen der SPV.¹²⁸ Insbesondere zum Ausgleich dieses Geschlechterunterschieds ergibt eine solidarische Versicherungslösung grundsätzlich Sinn.¹²⁹ Entscheidender dürfte jedoch der verpflichtende Charakter der Sozialen Pflegeversicherung sein. Gerade in alternden Gesellschaften mit abnehmend stabilen familiären Strukturen wird das Pflegerisiko häufig verdrängt oder unterschätzt.¹³⁰

Die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) sind verglichen mit der GKV entsprechend auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit ausgerichtet. Die wesentliche Versicherungsleistung liegt in der Beteiligung an den Folgekosten der Pflegebedürftigkeit, wobei zwischen den einzelnen Pflegestufen und zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu unterscheiden ist.¹³¹ Nach § 5 SGB XI sind aber – wie in der GKV – auch präventive und rehabilitierende Maßnahmen Ziel der SPV. Diese stellen jedoch einen verhältnismäßig geringen Anteil an den gesamten Leistungen dar.

6.2 Umfang und Versichertenkreis

Die SPV ist mit Abstand der jüngste Sozialversicherungszweig. Sie wurde erst im Jahr 1994 als „kleine Schwester“ der GKV ins Leben gerufen, um der drohenden Pflegebedürftigkeit großer Teile der Bevölkerung im Zuge der demografischen Entwicklung vorzubeugen.¹³² Im Jahr

¹²⁷ Vgl. Häcker und Hackmann (2010).

¹²⁸ Vgl. Hackmann und Moog (2009).

¹²⁹ Das jüngste Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zur Angleichung von Versicherungstarifen von Frauen und Männern zeigt, dass auch im Rahmen privater Versicherungsverträge ein bestimmtes Maß an Solidarität per Gesetz vorgegeben werden kann. Inwiefern dies die Effizienz der privaten Versicherungsmärkte beeinträchtigt bleibt dabei jedoch abzuwarten.

¹³⁰ Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Pflegebedürftigkeit nicht allein aufgrund der stark angestiegenen Lebenserwartung und der verhältnismäßig großen Jahrgänge der Baby-Boomer ausweiten wird. Hinzu kommt, dass eine finanziell kostengünstige Pflege durch Angehörige für einen zunehmenden Anteil der Bedürftigen ausgeschlossen ist. Vgl. hierzu Häcker (2008).

¹³¹ Vgl. § 1 SGB XI.

¹³² Politisch motiviert war die Einführung der SPV jedoch auch aufgrund der stark ansteigenden Kosten im Rahmen der Hilfe zur Pflege. Dies führte zu erheblichen Belastungen der kommunalen Haushalte (vgl. Häcker (2008)).

2009 lagen die Ausgaben der SPV bei rund 20,3 Mrd. Euro.¹³³ Damit entsprach das Versicherungsvolumen der SPV rund 12 Prozent der Ausgaben der GKV. Im Zuge der weiteren demografischen Entwicklung ist jedoch davon auszugehen, dass die SPV nicht nur absolut, sondern auch in Relation zur GKV an Bedeutung hinzugewinnen wird. Der Versichertenkreis der SPV umfasst gemäß § 1 Abs. 2 SGB XI alle in der GKV versicherten Personen. Wer hingegen privat krankenversichert ist, hat auch keinen Zugang zur SPV.¹³⁴ Die Versichertenkreise der GKV und der SPV sind damit (nahezu) identisch.

6.3 Versicherungsfremde Leistungen

Mit der Einführung der SPV wurden die Absicherung des Pflegerisikos und die Leistungserbringung bei Pflegebedürftigkeit zwar institutionell von der GKV getrennt. Da die Grenze zwischen Pflegebedürftigkeit und Krankheit fließend verläuft, ist die institutionelle Trennung der Leistungskataloge von SPV und GKV in der Praxis hingegen nur bedingt gegeben. Folglich ist davon auszugehen, dass im Rahmen der SPV auch Leistungen erbracht werden, welche formal dem Leistungskatalog der GKV zuzuordnen sind. Eine Abgrenzung solcher sozialversicherungszweigfremden Leistungen ist jedoch zum einen nur schwer durchführbar und zum anderen wenig hilfreich im Hinblick auf die Ermittlung problematischer Fehlfinanzierungsvorgänge. Aufgrund des identischen Versichertenkreises ergibt sich aus dem fließenden Übergang der Versicherungsleistungen von SPV und GKV in der Praxis jedoch kein konkreter Handlungsbedarf.¹³⁵

Unter alleiniger Betrachtung der Leistungsseite bestehen aber auch sonst nur wenige versicherungsfremde Leistungspositionen. Analog zur allgemeinen Gesundheitsförderung innerhalb der GKV findet in der SPV eine *Förderung des Auf- und Ausbaus ehrenamtlicher Pflege* statt.¹³⁶ Auch *Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen* gehören zum Leistungsspektrum der SPV.¹³⁷ Die Aufwendungen für diese allgemeinen Fördermaßnahmen, die unabhängig vom Versichertenkreis gewährt werden, fallen jedoch kaum ins Gewicht. Die Leistungen zur Sozialen Sicherung von Pflegepersonen können wiederum weitgehend als Lohnbestandteil betrachtet werden und sind daher nicht zwingend versicherungsfremd.¹³⁸ Als versicherungsfremd können hingegen Leistungen im Rahmen der stationären Pflege behinderter Menschen betrachtet werden.¹³⁹ Hierbei handelt es sich im Sinne des Fürsorgeprinzips um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Ihr Umfang lag 2009 bei rund 250 Mio. Euro. Berücksichtigt man zusätzlich – als einzige Position auf der Finanzierungsseite – die Mindereinnahmen im Zuge der Beitragsfreiheit während des Bezugs von Mutterschafts- und Elterngeld¹⁴⁰ in Höhe von rund 170 Mio. Euro, kann insgesamt von

¹³³ Vgl. Rechnungsergebnisse der SPV unter www.bmg.bund.de.

¹³⁴ Vgl. hierzu auch §§ 14 ff. SGB XI.

¹³⁵ Vgl. Sachverständigenrat (2005).

¹³⁶ Vgl. § 45d SGB XI.

¹³⁷ Vgl. § 45 SGB XI.

¹³⁸ Vgl. § 44 SGB XI.

¹³⁹ Vgl. § 43a SGB XI.

¹⁴⁰ Vgl. § 56 SGB XI.

einem versicherungsfremden Leistungsvolumen von knapp einer halben Milliarde Euro ausgegangen werden. Dies entspricht einem Anteil von rund 5 Prozent der Gesamtausgaben der SPV.

6.4 Fehlfiananzierung aufgrund ungedeckter versicherungsfremder Leistungen

Dem Grundsatz nach werden die Mittel der SPV durch Beiträge und sonstige Einnahmen gedeckt.¹⁴¹ Praktisch basiert die Finanzierung der SPV nahezu ausschließlich auf Beitragszahlungen. Hinzu kommen lediglich Zinseinnahmen. Im Jahr 2009 lagen die Beitragseinnahmen der SPV auf einem Niveau von 21,2 Mrd. Euro. Die sonstigen Einnahmen betragen 0,12 Mrd. Euro.¹⁴² Doch auch ohne jegliche Steuerzuschüsse bleibt das Ausmaß der Fehlfiananzierung entsprechend begrenzt. Sollte es hier nicht zu einer Ausweitung versicherungsfremder Leistungselemente kommen, besteht an dieser Stelle kein akuter Handlungsbedarf.

6.5 Versicherungsfremde Umverteilung

6.5.1 Sozialversicherungstypische Umverteilung in der SPV

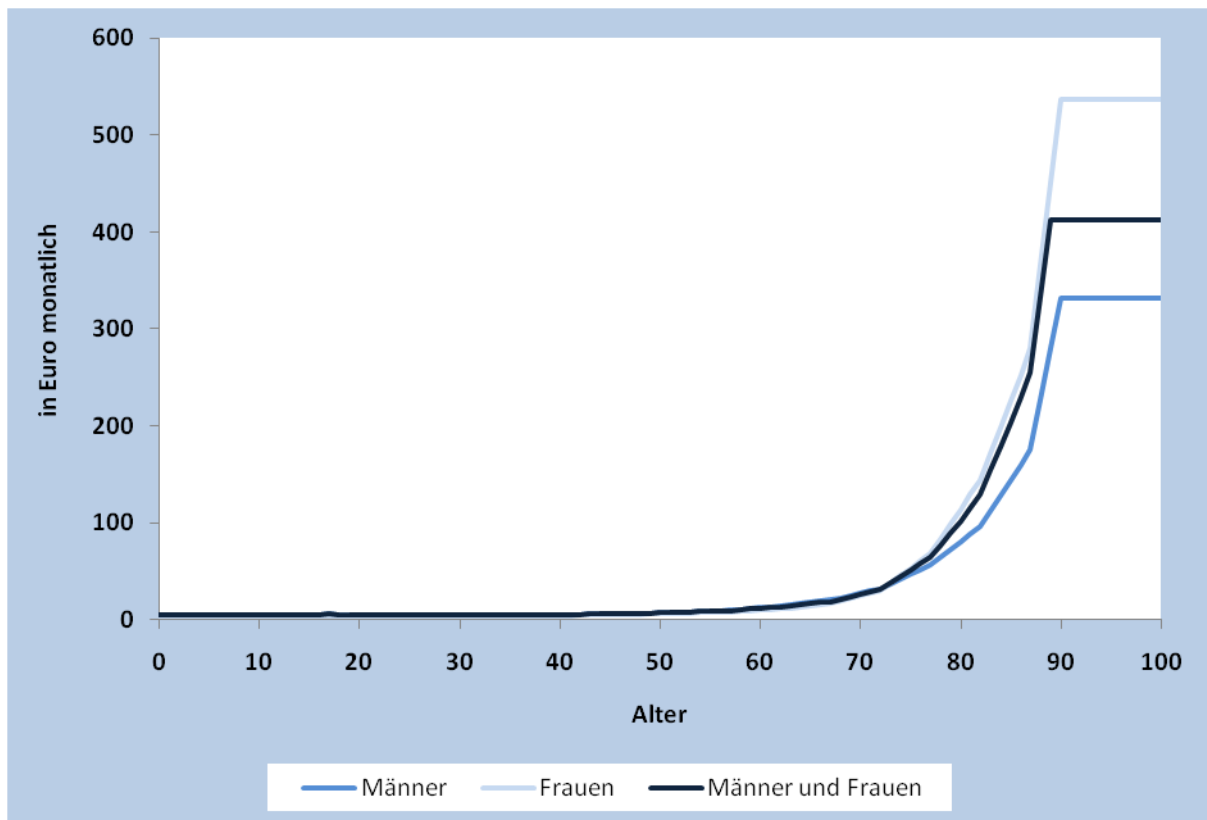
Aufgrund der Ähnlichkeiten hinsichtlich ihrer Versichertenstruktur und der Beitragsbemessung lässt sich die Analyse der sozialpolitisch motivierten Umverteilung in der GKV (s. Abschnitt 5.5) analog auf die SPV übertragen. Infolge der unterschiedlichen Leistungsanspruchnahme ergeben sich jedoch Unterschiede im Hinblick auf den Umfang der einzelnen Umverteilungsströme.

Der GKV folgend wird auch in der SPV als Ausdruck des Solidarprinzips weder aufgrund des Alters noch des Geschlechts des Versicherten unterschieden. Da die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen mit dem Alter zunimmt (s. Abbildung 13), ergibt sich im Vergleich zum idealtypischen Referenzpunkt ein altersbedingter Umverteilungsstrom von den jungen hin zu den und älteren Versicherten im Umfang von 10,9 Mrd. Euro (s. Abbildung 14). Hingegen beläuft sich der Umfang der Geschlechterumverteilung in der SPV auf einen Betrag von 1,1 Mrd. Euro. Im Unterschied zur Geschlechterumverteilung in der GKV entfällt der geschlechtsspezifische Umverteilungsstrom mit einem Betrag von 0,9 Mrd. Euro zu knapp drei Vierteln auf die weiblichen Versicherten. Gleichzeitig profitieren jedoch auch die Männer mit einem im Umfang von 0,3 Mrd. Euro von der geschlechtsspezifischen Umverteilung, da diese bis zu einem Alter von 72 Jahren in größerem Umfang Leistungen der SPV in Anspruch nehmen als Frauen. Als Differenz beziffert sich der Netto-Umverteilungsstrom zwischen Männern und Frauen daher auf 0,6 Mrd. Euro. Insgesamt fällt der Umfang der sozialversicherungstypischen Umverteilung mit 10,9 Mrd. Euro wiederum geringer aus als die Summe der einzelnen Umverteilungsbeträge.

¹⁴¹ Vgl. § 54 SGB XI.

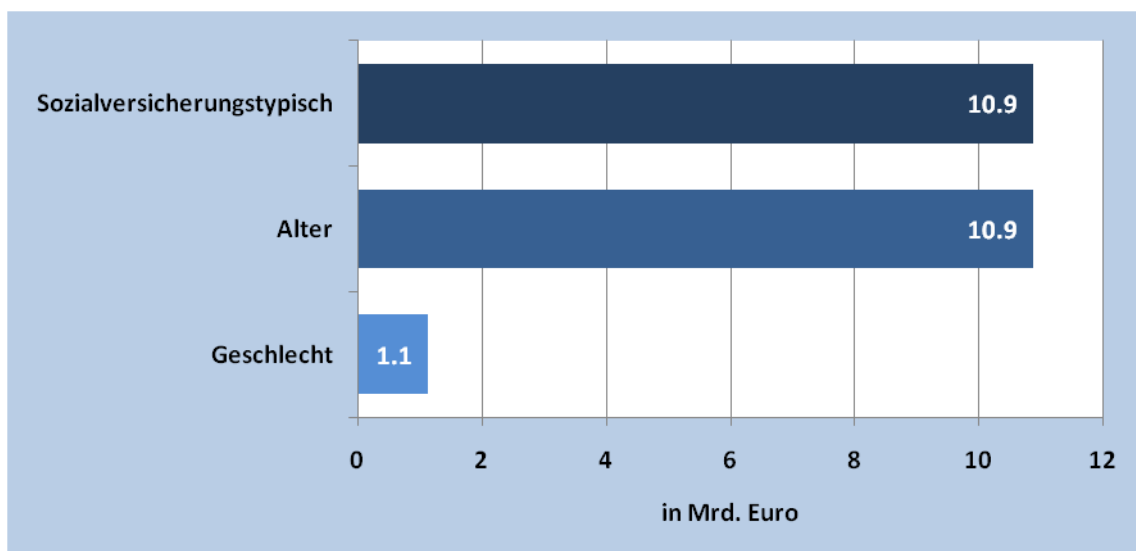
¹⁴² Vgl. jeweils Finanzentwicklung der SPV unter www.bmg.de.

Abbildung 13: Ausgaben der SPV nach Alter und Geschlecht in 2008



Quelle: BMG, eigene Berechnungen.

Abbildung 14: Sozialversicherungstypische Umverteilung in der SPV in 2008



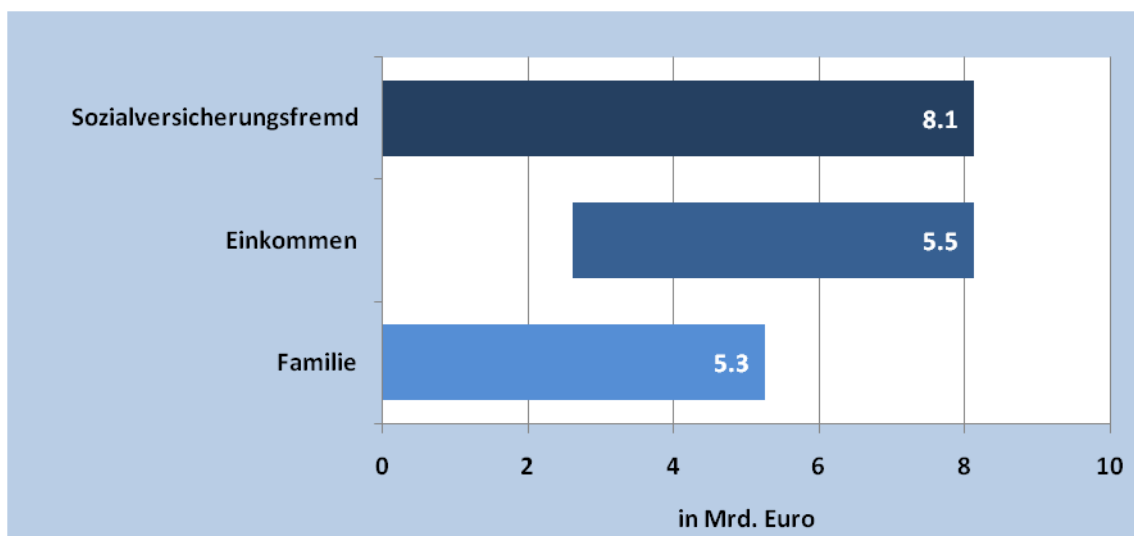
Quelle: SOEP v26, BMG, eigene Berechnungen.

6.5.2 Sozialversicherungsfremde Umverteilung in der SPV

Wie in der GKV existieren neben der sozialversicherungstypischen Umverteilung zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen auch in der SPV sozialversicherungsfremde Umverteilungsströme zu Gunsten der mitversicherten Familienangehörigen und der

Mitgliedern mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen. Wie in Abbildung 15 dargestellt beziffert sich der familienpolitische Umverteilungsstrom zu Gunsten der mitversicherten Familienangehörigen in der SPV im Jahr 2008 auf 5,3 Mrd. Euro.¹⁴³ Mit einem Betrag von 3,4 Mrd. Euro ist der familienpolitische Umverteilungsstrom dabei zu etwa drei Fünfteln auf die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder zurückzuführen.¹⁴⁴ Hingegen summiert sich der Umfang der Einkommensumverteilung zu Gunsten von Mitgliedern mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen auf einen Betrag von 5,5 Mrd. Euro.¹⁴⁵ Insgesamt fällt der Umfang der sozialversicherungsfremden Umverteilung mit 8,1 Mrd. Euro jedoch auch in der SPV geringer aus als die Summe der beiden einzelnen Umverteilungsströme.

Abbildung 15: Sozialversicherungsfremde Umverteilung in der SPV in 2008



Quelle: SOEP v26, BMG, eigene Berechnungen.

6.5.3 Intergenerative Umverteilung

Aufgrund der Umlagefinanzierung sieht sich auch die SPV infolge des demografisch bedingten Anstiegs der Pflegefälle bei gleichzeitig rückläufigen Erwerbstätigenzahlen zukünftig einem massiven Finanzierungsproblem gegenüber. Folglich besteht auch in der SPV neben den sozialversicherungsfremden Umverteilungsströmen innerhalb eines Jahres eine interperiodischer Umverteilungsstrom. Zwar fällt der Umfang der interperiodischen Umverteilung aufgrund der geringeren Gesamtausgaben der SPV im Vergleich zur GKV und GRV absolut betrachtet deutlich geringer aus. Da Pflegeleistungen im Wesentlichen erst im

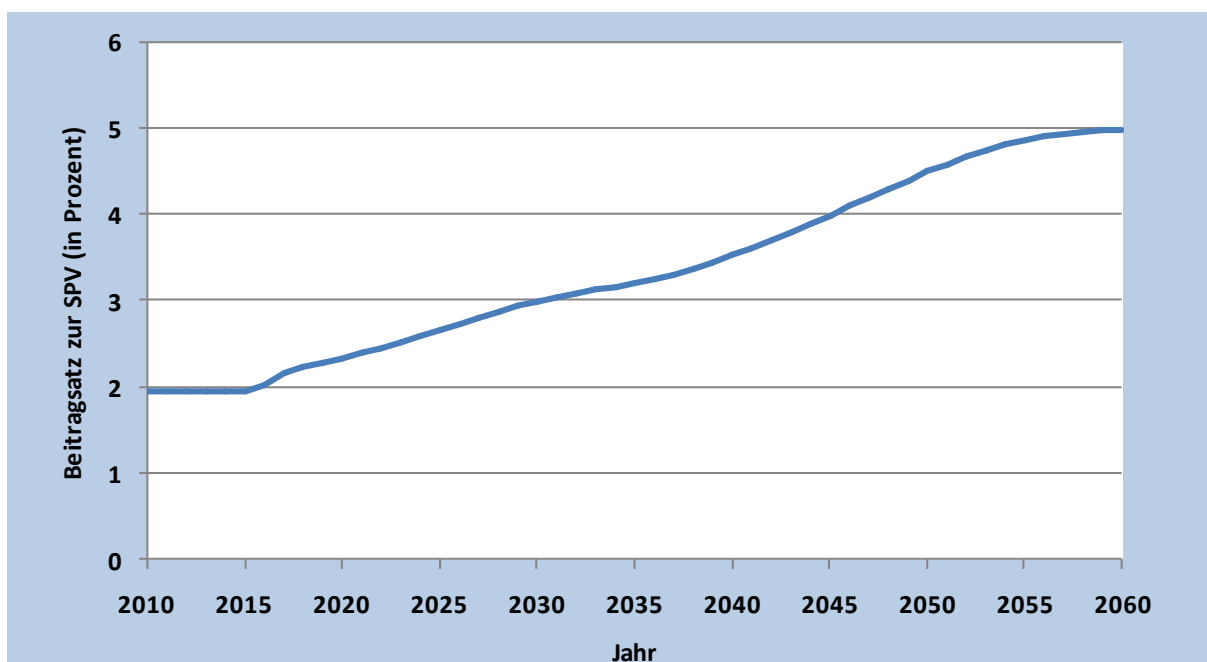
¹⁴³ Zu berücksichtigen ist, dass sich der Umfang der familienpolitischen Umverteilung infolge des Zusatzbeitrags für Kinderlose seit dem Jahr 2005 nochmals erhöht hat.

¹⁴⁴ Für die Berechnung des familienpolitischen Umverteilungsstroms zu Gunsten der mitversicherten Kinder wurde die Gruppe der unter 20-jährigen mitversicherten Familienangehörigen zugrundegelegt.

¹⁴⁵ Im Gegensatz dazu beziffert der Sachverständigenrat die Umverteilung zu Gunsten der mitversicherten Familienangehörigen auf einen Betrag von 38,7 Mrd. Euro. Gemessen an den durchschnittlichen Ausgaben der GKV je Versichertem im Jahr 2003 entspricht dies dem Betrag, den die mitversicherten Familienangehörigen an Beiträgen für ihren Krankenversicherungsschutz zu entrichten hätten. Hingegen entspricht der im Text genannte Betrag von 30,8 Mrd. Euro den tatsächlichen durch die mitversicherten Familienangehörigen im Jahr 2008 verursachten Ausgaben.

hohen Alter in Anspruch genommen werden, entfaltet die zukünftige Zunahme der Lebenserwartung in der SPV allerdings eine Hebelwirkung. Als Folge dieser Hebelwirkung ist in der SPV im Vergleich zur GRV und GKV mit einem weitaus schnelleren Anstieg der Ausgaben zu rechnen. Dies spiegelt sich in einem entsprechend deutlichen Anstieg des Beitragssatzes wider. Während die Finanzierung der Renten- und Gesundheitsausgaben langfristig einen Anstieg der Beitragssätze zur GRV und zur GKV um 30 bis 50 Prozent erfordert, wird sich der Beitragssatz zur SPV mit einer Zunahme auf 5,0 Prozent bis zum Jahr 2060 mehr als verdoppeln (s. Abbildung 16). Gleichmaßen ist der Gesamtumfang der interperiodischen Umverteilung in der SPV mit einer Nachhaltigkeitslücke von 35,6 Prozent des BIP im Jahr 2008 in Relation zu den Gesamtausgaben von lediglich 0,7 Prozent des BIP wesentlich bedeutender als in der GRV und GKV.¹⁴⁶

Abbildung 16: Beitragssatzentwicklung in der SPV



Quelle: Eigene Berechnungen. Anmerkung: Wachstumsannahme, 3 Prozent, Zinssatz: 1,5 Prozent.

6.6 Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung

Die Situation der SPV stellt sich grundsätzlich ähnlich zu jener der GKV dar. Allerdings bestehen für die SPV aufgrund des geringeren Versicherungsvolumens etwas größere Reformspielräume. Insgesamt erscheinen drei Punkte wesentlich, um die Fehlfinanzierung innerhalb der SPV abzubauen:

- *Umstieg auf ein einkommensunabhängiges Finanzierungsfundament*

Analog zur GKV erfordert die Wiederherstellung der Beitrags-Leistungs-Äquivalenz in der SPV eine grundlegende Finanzierungsreform hin zu einem System pauschaler Pflegeprämien. Wie im Falle der GKV sollte die beitragsfreie Mitversicherung der Ehe- und Lebenspartner dabei abgeschafft werden, während die SPV für den Versicherungsschutz der bisher beitragsfrei

¹⁴⁶ Vgl. Stiftung Marktwirtschaft (2010).

mitversicherten Kinder einen entsprechenden Zuschuss aus Bundesmitteln erhalten würde. Insgesamt würde auch die SPV damit von der Erbringung aller versicherungsfremden, gesamtgesellschaftlichen Aufgaben entbunden werden.

- *Einstieg in ein kapitalgedecktes System*

Um darüber hinaus die kommenden demografischen Finanzierungslasten zu entschärfen, ist eine stärkere Eigenbeteiligung bzw. ein Aufbau einer kapitalgedeckten Zusatzvorsorge zweckmäßig. Dadurch ließe sich ein verstärkter Beitragssatzanstieg vermeiden und eine Angleichung der Belastungen einzelner Generationen erreichen. Vorteilhaft für eine Rücklagenbildung ist zudem das Altersprofil des Pflegerisikos. Denn im Gegensatz zu den meisten Gesundheitsleistungen fallen Pflegeleistungen in der überwiegenden Zahl der Fälle im fortgeschrittenen bzw. hohen Alter an. Es besteht folglich ausreichend Zeit zur Vorsorge. Auf die Frage wie genau eine Vorsorge in Sachen Pflege aussehen kann, bestehen jedoch zahlreiche Antworten. Die Kapitaldeckung kann staatlich oder privatwirtschaftlich organisiert werden, freiwillig oder obligatorisch erfolgen und steuerlich bezuschusst oder ohne Zuschuss ausgestaltet sein. In jeder Frage bestehen valide Gründe für jeweils beide Wege. Letztlich kommt es auf die Gewichtung der jeweiligen Argumente an, was die konkrete Ausgestaltung der Kapitaldeckung letztlich zu einer politischen Angelegenheit macht.

- *Begrenzung des heutigen Leistungskatalogs*

Ein konkreter Vorschlag für einen systematischen Einstieg in die Kapitaldeckung wird unter anderem mit dem Stichwort *Karenzzeit* verbunden.¹⁴⁷ Dabei muss ein Haushalt im Pflegefall die Kosten eines bestimmten Zeitraumes zunächst selbst tragen, wodurch es zu einer Entlastung der SPV kommt. Der Vorzug dieser Idee liegt in der relativ homogenen Verteilung der zu erbringenden Eigenbeteiligung. Gleichzeitig werden Personen mit einer besonders langen Pflegebedürftigkeit entsprechend überproportional von der SPV getragen. Beträgt die Karenzzeit ein Jahr, ließe sich der heutige Beitragssatz immerhin bis ins Jahr 2018 stabilisieren. Darüber hinaus würde der Beitragssatzanstieg bis 2050 um 0,7 Prozentpunkte geringer ausfallen. Zur Vermeidung des Beitragssatzanstiegs müsste die gegenwärtige Umlagefinanzierung parallel zur Einführung der Karenzzeit um ein entsprechendes Kapitaldeckungsverfahren ergänzt werden. Zum Aufbau einer entsprechenden Kapitalrücklage wäre eine obligatorische monatliche Prämie von zunächst ca. 23 Euro pro Versicherten erforderlich.¹⁴⁸ Im Hinblick auf Haushalte mit niedrigen Einkommen und Familien ist zudem ein steuerfinanzierter Sozialausgleich vorgesehen. Um den Beitragssatz langfristig auf dem heutigen Niveau zu belassen, bedürfte es einer entsprechend längeren Karenzzeit von insgesamt ca. drei Jahren. In diesem Fall läge der monatliche Beitragssatz pro Einwohner anfänglich bei 64 Euro.¹⁴⁹

¹⁴⁷ Vgl. Häcker et al. (2010).

¹⁴⁸ Diese Pauschale würde im Zeitablauf aufgrund immer geringerer Umlageelemente auf etwa 9 Euro absinken. Vgl. hierzu Häcker et al. (2010).

¹⁴⁹ Die Pauschale würde im Zeitverlauf entsprechend der vorangegangenen Logik auf etwa 25 Euro absinken.

7 Arbeitsförderung

7.1 Versicherungszweck und Versicherungsleistung

Eine Absicherung gegen das Risiko der Arbeitslosigkeit ist durch private Versicherungsmärkte kaum herzustellen. In diesem Bereich der Sozialen Sicherung weisen bisherige Erfahrungen auf ein breites Marktversagen hin. Insbesondere aufgrund von Informationsproblemen und Verhaltensrisiken ist ein privater Versicherungsmarkt zum Scheitern verurteilt.¹⁵⁰ In nahezu allen OECD Staaten bestehen daher verpflichtende Arbeitslosenversicherungen unter staatlicher Trägerschaft. Eine gesetzliche Arbeitslosenversicherung (ALV) in Form einer Sozialversicherung stellt aber nicht nur ein gewisses Maß an Absicherung gegen Arbeitsmarktrisiken sicher, sondern garantiert auch einen solidarischen Ausgleich zwischen Personen mit geringen Arbeitsmarktrisiken und Personen, die verstärkt von Arbeitslosigkeit bedroht sind.¹⁵¹

Die primäre Leistung der ALV besteht in der finanziellen Absicherung des Arbeitslosigkeitsrisikos.¹⁵² Der Titel des dritten Sozialgesetzbuchs, *Arbeitsförderung*, weist jedoch auf den deutlich umfangreicheren Aufgabenkatalog der ALV hin. Praktisch gewährt die ALV neben einer Kompensation von Arbeitsentgelten auch zahlreiche Leistungen zur Förderung, Aktivierung und Vermittlung von Arbeitslosen. Insofern ist das Verhältnis der ALV zum Risiko der Arbeitslosigkeit ähnlich wie das der GKV zum Krankheitsrisiko. Das Ziel, die Arbeitslosigkeit aktiv zu bekämpfen, kommt aber nicht nur im Begriff der Arbeitsförderung zum Ausdruck, sondern ergibt auch aus ökonomischer Sicht Sinn. Durch die Arbeitsvermittlung und Arbeitsförderung können Fehlanreize eingedämmt, Schwarzarbeit reduziert und dem Verlust an Humankapital entgegengewirkt werden.¹⁵³

Im Fall von präventiven Maßnahmen wie etwa bei Weiterbildungsmaßnahmen von Beschäftigten stellt sich die Situation wiederum komplizierter dar. Praktisch findet eine präventive Arbeitsmarktpolitik vor allem im Zuge des weitgehend steuerfinanzierten Bildungssystems statt. Bildung und Ausbildung fallen damit eigentlich nicht in den Aufgabenbereich der BA. Grundsätzlich spricht jedoch manches dafür – wie auch bei der GKV und der SPV – den Versicherungsträgern die Durchführung präventiver Maßnahmen nicht zu verwehren, da dies – sollten die Leistungen effektiv sein – entsprechende Kosten im Zuge einer Vermeidung von Arbeitslosigkeit einsparen kann. Allein aufgrund des Konnexitätsprinzips wäre eine Erstattung des Bundes in diesem Fall nicht zielführend.¹⁵⁴

¹⁵⁰ Die Annahme, dass Arbeitsmarktrisiken in erheblicher Weise durch das Verhalten eines Beschäftigten beeinflusst werden können, führt zu der Überlegung, dass private Versicherungsverträge für den Großteil der Arbeitnehmer zu teuer wären. Dies ist eine zentrale Erklärung dafür, dass private Versicherungsmärkte für Arbeitslosigkeitsrisiken nicht existieren (vgl. Breyer und Buchholz (2007)).

¹⁵¹ Im Fall der Arbeitslosenversicherung wirkt das Solidarprinzip dabei am ehesten parallel zu einer vertikalen Einkommensumverteilung, da das Risiko, arbeitslos zu werden, stark negativ korreliert mit der eigenen Ausbildung und somit einem zentralen Prädiktor für die Leistungsfähigkeit einer Erwerbsperson.

¹⁵² Vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 8 SGB III.

¹⁵³ Vgl. hierzu Sachverständigenrat (2005).

¹⁵⁴ Vgl. Art. 104a GG.

Sollten die prophylaktischen Leistungen zudem verstärkt von Personen mit besonders hohen Arbeitsmarktrisiken beansprucht werden, ist auch der Zweck des Solidarprinzips im Wesentlichen erfüllt. Aus diesem Grund ist die Risikoprävention sowohl in der GKV als auch in der ALV als versicherungszweckmäßig anzusehen.

7.2 Umfang und Versichertenkreis

Mit dem *Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung* wurde die Arbeitslosenversicherung im Jahr 1927 als vierte Säule der deutschen Sozialversicherung eingeführt. Seit 2004 trägt die ALV den Namen *Bundesagentur für Arbeit (BA)*. Darin kommt der zunehmende Wandel der ALV hin zu einer stärkeren Arbeitsförderung zum Ausdruck. Im Krisenjahr 2009 umfassten die Ausgaben der BA rund 48 Mrd. Euro, was einem Anteil von zwei Prozent des BIP entspricht. Diese Zahl ist aufgrund der krisenbedingten Zunahme der Kurzarbeit in 2009 jedoch deutlich erhöht. Im Jahr 2008 lagen die Ausgaben der BA noch bei lediglich 39,4 Mrd. Euro.¹⁵⁵

Der Versichertenkreis der ALV umfasst alle Personen, die gegen Entgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind, wobei im Wesentlichen nur die geringfügig Beschäftigten, Selbständigen und die Beamten von der Versicherungspflicht ausgenommen sind.¹⁵⁶ In erster Linie sind damit die derzeit rund 27 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten versichert.

7.3 Versicherungsfremde Leistungen

Die Abgrenzung und Quantifizierung versicherungsfremder Leistungen im Rahmen der ALV kann – ähnlich wie in den anderen Sozialversicherungszweigen – auf unterschiedliche Weisen vorgenommen werden. Zum einen stellt sich die Frage, inwiefern Ermessensleistungen grundsätzlich als nicht beitragsgedeckt zu betrachten sind, da nur ein Teil des Versichertenkreises von der Maßnahme profitiert. Ausschlaggebend ist hierbei, ob eine Leistung grundsätzlich jedem Versicherten gewährt werden könnte. Dies ist etwa bei Vermittlungsleistungen der Fall. Weiterhin bestehen einzelne Leistungen, die im Rahmen der Abrechnungsergebnisse der BA nicht hinreichend aufgeschlüsselt werden. Hier muss im Folgenden jeweils eine entsprechende Abwägung bzw. eine eigene Schätzung erfolgen. Im Ganzen eignet sich die Finanzstatistik der BA jedoch für eine relativ detaillierte Analyse.¹⁵⁷

Im Rechtskreis des SGB III kann grundsätzlich unterschieden werden zwischen kompensierenden, aktivierenden und präventiven Maßnahmen. Im Fall der Entgeltersatzleistungen (kompensierende Leistungen) kann das Äquivalenzprinzip im Grundsatz als erfüllt erachtet werden, da die Leistungshöhe von der vorangegangenen Beitragszahlung abhängt. Unter solche versicherungszweckmäßige teilhabeäquivalente Leistungen können neben dem

¹⁵⁵ Vgl. Abrechnungsergebnisse der BA.

¹⁵⁶ Vgl. §§ 24 ff. SGB III.

¹⁵⁷ In der jüngeren Vergangenheit hat es zwei Arbeiten zur Abgrenzung und Quantifizierung von versicherungsfremden Leistungen innerhalb der Arbeitslosenversicherungen gegeben. Zum einen den Bericht des Sachverständigenrates (vgl. Sachverständigenrat (2005)) und zum anderen die Studie von Römer und Borell (2002).

eigentlichen Arbeitslosengeld u.a. auch das Kurzarbeitergeld sowie Teile der Gründungszuschüsse gefasst werden.¹⁵⁸ Insgesamt summierten sich diese Leistungen im Jahr 2008 auf 15,3 Mrd. Euro. Bedingt durch die Wirtschaftskrise nahmen diese versicherungseigenen Leistungen in 2009 um fast acht Mrd. Euro auf 23,7 Mrd. Euro zu.

Weiterhin bestehen insbesondere im Rahmen der aktiven Arbeitsmarktförderung Leistungen, die zwar versicherungszweckmäßig aber nicht teilhabeäquivalent sind. Hierunter fallen u.a. Teile der Vermittlung und Weiterbildungsförderung. Ähnlich wie in der GKV und der SPV findet somit auch in der ALV eine versicherungsfremde Umverteilung von Versicherten mit hohem sozialversicherungspflichtigen Einkommen zu solchen mit geringen Einkommen statt. Im Unterschied zur GKV und zur SPV ist das Ausmaß dieser Fehlfinanzierung mit einem Volumen von rund 1,7 Mrd. Euro im Vorkrisenjahr 2008 in Relation zu den Gesamtausgaben von 39,4 Mrd. Euro jedoch noch als tragbar einzustufen.

Die eigentlichen versicherungsfremden Leistungen sind hingegen sowohl zahlreich als auch in ihrem Umfang weitaus bedeutender. Zunächst kommt es in Folge von Sonderregelungen bei der Auszahlung des Arbeitslosengeldes zu nicht beitragsgedeckten Leistungen. Darunter fallen z.B. *Leistungen im Rahmen des Altersteilzeitgesetzes*. Hierbei handelt es sich um Zuzahlungen im Fall einer Reduktion der Arbeitszeit im erhöhten Erwerbsalter. Hintergrund der Maßnahme war die über Jahre besonders hohe Arbeitslosigkeit unter älteren Erwerbspersonen. Aber selbst unter der Annahme, dass sich die Regelungen zur Altersteilzeit entlastend auf den Arbeitsmarkt auswirken, besaßen nur Arbeitnehmer ab einem Alter von 55 Jahren Anspruch auf die Leistungen. Da der Versicherungsvorgang innerhalb der ALV im Gegensatz zur GRV jedoch nicht mehrjährig angelegt ist (es gibt keine Akkumulation der Ansprüche über die Zeit), und ältere Arbeitnehmer keine zusätzlichen Beiträge entrichten, müssen Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz als nicht beitragsgedeckt und damit als versicherungsfremd eingestuft werden. Zwar werden mit dem Auslaufen des Altersteilzeitgesetzes seit dem 1. Januar 2010 keine neuen Leistungen mehr gewährt. Dennoch umfassten die laufenden Leistungen im Jahr 2009 noch ein Volumen von 1,3 Mrd. Euro.

Weiterhin bestehen nicht beitragsgedeckte Leistungen aufgrund des *erhöhten Leistungssatzes für Arbeitslose* mit Kindern.¹⁵⁹ Diese Differenzierung des Leistungssatzes stellt praktisch eine familienpolitische Leistung dar, welche nicht nur dem Versicherungszweck einer Arbeitslosenversicherung zu widerläuft, sondern in dieser Form auch nicht zielgenau ist.¹⁶⁰ Darüber hinaus lässt sich auch die *Staffelung der Bezugsdauer* entsprechend der

¹⁵⁸ Die Gründungszuschüsse bestehen im Regelfall aus zwei Leistungskomponenten, wobei eine als pauschale Zuzahlung von monatlich 300 Euro und eine andere in Höhe des zuletzt erhaltenen Arbeitslosengelds ausbezahlt wird (vgl. §§ 58 und 57 SGB III).

¹⁵⁹ Erfüllt ein von Arbeitslosigkeit betroffener Versicherter die Mindestversicherungszeit so hat er Anspruch auf Arbeitslosengeld. Die Leistungshöhe bemisst sich dabei am pauschalierten Nettoentgelt (Leistungsentgelt) des Versicherten, wobei für Arbeitslose ohne Kinder der allgemeine Leistungssatz von 60 Prozent des pauschalierten Nettoentgeltes, für Arbeitslose mit Kindern hingegen ein erhöhter Leistungssatz von 67 Prozent zugrundegelegt wird. Vgl. hierzu § 129 SGB III.

¹⁶⁰ So bemängelt der Sachverständigenrat unter anderem, dass der erhöhte Leistungssatz unabhängig von der Anzahl der Kinder gewährt wird (vgl. Sachverständigenrat (2005)).

Vorversicherungszeit und dem Alter des Versicherten nicht mit dem Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Arbeitslosigkeitsrisiken rechtfertigen.¹⁶¹ So hat die Altersdifferenzierung zur Folge, dass ältere Arbeitslose bei identischer Vorversicherungs- und Beitragszeit einen höheren Leistungsanspruch haben als jüngere Arbeitslose.¹⁶² Zusammen führten diese Besserstellungen im Jahr 2009 zu Mehrausgaben von schätzungsweise einer Milliarde Euro.¹⁶³

Zu den Entgeltersatzleistungen zählen neben dem Arbeitslosengeld aber auch das Kurzarbeitergeld, das Wintergeld und das Insolvenzgeld. Das Insolvenzgeld stellt dabei eine Kompensation für nicht ausbezahlte Lohnbestandteile im Zuge einer Insolvenz dar. Hierbei findet somit keine Absicherung gegen das Risiko der Arbeitslosigkeit, sondern gegen die Insolvenz eines Arbeitgebers statt. Eine derartige Haftungsübernahme ist nicht sozialversicherungsspezifisch. Sie stellt vielmehr eine indirekte Subvention an den Arbeitgeber dar. Der hierfür aufgewendete Betrag von 1,6 Mrd. Euro im Krisenjahr 2009 entspricht jedoch nicht dem üblichen Umfang der Maßnahme. So beliefen sich die Ausgaben im Rahmen des Insolvenzgeldes in 2008 auf lediglich 650 Mio. Euro.¹⁶⁴

Sämtliche Maßnahmen, die auf die Prävention oder Aktivierung der Versicherten abzielen, stellen weiterhin einen grundsätzlichen Bruch mit dem Prinzip der Teilhabeäquivalenz dar. Der überwiegende Teil der aktiven Arbeitsförderung muss jedoch aus anderen Gründen als versicherungsfremd eingestuft werden. Unter die versicherungsfremden Förderleistungen fallen vor allem *Leistungen zur Förderung behinderter Menschen*.¹⁶⁵ Dabei handelt es sich um solche Leistungen, die an den Behindertenstatus geknüpft sind und den anderen Versicherten somit nicht zustehen. Derartige nicht beitragsgedeckte Fürsorgeleistungen sind aus Steuermitteln zu finanzieren. Hierunter fallen auch die spezielle Förderung älterer Versicherter oder Förderleistungen an Nichtversicherten, wie Jugendliche oder Ausbildungssuchende. Im Jahr 2009 wurden derartige versicherungsfremde Aktivierungsleistungen in einer Höhe von 3,4 Mrd. Euro erbracht.

Die BA tätigt darüber hinaus aber auch zahlreiche versicherungsfremde Ausgaben zur Prävention, z.B. spezielle Leistungen an Berufseinsteiger und Auszubildende etwa in Form von Beratungs- und Vermittlungsleistungen.¹⁶⁶ In beiden Fällen ist ein erheblicher Teil der

¹⁶¹ Derzeit haben Versicherte ab Altersgrenzen von 50, 55 und 58 Jahren Anspruch auf eine längere Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes sofern sie zuvor über einen festgelegten Zeitraum sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Vgl. hierzu § 127 SGB III.

¹⁶² Vgl. hierzu Römer und Borell (2002). Dem steht allerdings nicht entgegen, dass Versicherte erst nach der Erfüllung einer Mindestversicherungszeit einen Anspruch auf Lohnersatzleistungen der ALV erwerben (Sachverständigenrat (2005)). Diese ist zur Begrenzung des moralischen Risikos und der damit verbundenen Fehlanreize vielmehr unerlässlich.

¹⁶³ Dabei entfallen nach eigenen Berechnungen rund 0,4 Mrd. auf die familienbedingt höheren Leistungssätze und 0,5 bis 0,7 Mrd. Euro auf die verlängerte Bezugszeit älterer Arbeitnehmer.

¹⁶⁴ In Bezug auf das Kurzarbeiter- und das Wintergeld folgt das FZG der Argumentation des Sachverständigenrat (2005). Da hierdurch lediglich Gruppen mit hohem Arbeitslosigkeitsrisiko profitieren, entsprechen die Maßnahmen dem Grundgedanken des Solidarprinzips und können als versicherungsgemäß betrachtet werden.

¹⁶⁵ Vgl. § 98 i.V.m. § 101 SGB III.

¹⁶⁶ Vgl. hierzu §§ 33, 235 b und 421s SGB III.

Leistungsempfänger nicht versichert. Auch die Förderung benachteiligter Auszubildender sowie präventive Sondermaßnahmen für Jugendliche (PSJ) sind hierunter zu fassen.¹⁶⁷ In der Summe lag das Volumen versicherungsfremder Maßnahmen zur Prävention im Jahr 2009 bei rund 1,8 Mrd. Euro.

Schließlich sind sämtliche Leistungen der BA, die auf Grundlage des SGB II gewährt werden, als versicherungszweckfremd zu bezeichnen, da das Ziel dabei die Grundsicherung und nicht die Absicherung von Arbeitsmarktrisiken ist. Der mit 5,0 Mrd. Euro nach wie vor umfangreichste Posten ist dabei der Eingliederungsbetrag, mit dem sich die BA an den Aufwendungen des Bundes für die Vermittlung und Eingliederung von Empfängern von Arbeitslosengeld II beteiligt. Zur Begründung dieser Lastenübertragung auf die BA wird regelmäßig auf die positiven Anreizwirkungen verwiesen. Da das Arbeitslosengeld II keine Leistung der ALV darstellt, sondern als Teil der Grundsicherung dem gesamtgesellschaftlichen Aufgabenbereich zuzuordnen ist, stellt der aus Beitragsmitteln finanzierte Eingliederungsbetrag nicht nur eine versicherungsunzweckmäßige Leistung, sondern auch eine Leistung an Nichtversicherte dar.¹⁶⁸ Unabhängig von der Frage nach der Legitimation des Eingliederungsbeitrags ist diese Leistung somit als versicherungsfremd einzuordnen. Neben dem Eingliederungsbetrag bestehen jedoch noch weitere Leistungen, die grundsätzlich in den Bereich der Grundsicherung fallen. Hierunter fallen mit 1,8 Mrd. Euro im Jahr 2009 vor allem die Personalkosten für Kernaufgaben des SGB II.

Tabelle 6: Versicherungsfremde Leistungen der BA

in Mrd. Euro

Position	2008	2009
Ausgaben der Bundesagentur für Arbeit, insgesamt	39,40	48,05
davon:	39,41	48,06
Versicherungseigene Leistungen (SGB III)		
Versicherungsgemäße teilhabeäquivalente Leistungen	15,29	23,70
Versicherungsgemäße beitragsunabhängige Leistungen	1,65	2,63
versicherungsgemäße Verwaltungsausgaben SGB III und sonstige nicht zuordenbare Leistungen	5,72	3,58
Versicherungsfremde Leistungen (SGB III)		
versicherungsfremde Entgeltersatzleistungen	3,09	4,13
davon:		
Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz	1,34	1,31
Kinderzuschlag beim Arbeitslosengeld*	0,32	0,43
Differenzierte Bezugsdauer des Arbeitslosengelds*	0,60	0,60
Insolvenzgeld	0,65	1,62
Erstattungen an die Rentenversicherung	0,17	0,17
versicherungsfremde Leistungen zur Aktivierung	3,19	3,37
davon:		

¹⁶⁷ Vgl. 241 SGB III.

¹⁶⁸ Vgl. § 46 Abs. 4 SGB II. Die Frage der Notwendigkeit des Eingliederungsbeitrags wird unter 7.6. diskutiert.

Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben	2,42	2,52
Integrationsfortschrittsorientierte Instrumente	0,18	0,11
Marktersatz	0,05	0,04
Sonstige versicherungsfremde Geldleistungen zur Aktivierung	0,54	0,66
Sonstige versicherungsfremde Sachleistungen zur Aktivierung	0,01	0,04
versicherungsfremde Leistungen zur Prävention	1,70	1,84
<i>davon:</i>		
Förderung der Berufsausbildung	0,86	0,95
Spezielle Maßnahmen für Jüngere	0,80	0,83
Präventive Sondermaßnahmen für Jugendliche und sonstige Leistungen	0,05	0,06
Weitere Leistungen	2,04	2,04
<i>davon:</i>		
Verwaltungsausgaben (ohne einmaliger Zuweisung an den Versorgungsfonds)*	2,04	2,04
Summe versicherungsfremder Leistungen (SGB III)	10,03	11,38
Leistungen (SGB II)		
<i>davon:</i>		
Eingliederungsbeitrag der BA an den Bund	5,00	4,87
Personalausgaben für Kernaufgaben SGB II	1,63	1,81
Ausgaben für überörtliche Aufgaben SGB II (üKo - ohne Personal)	0,10	0,10
Versicherungsfremde Leistungen insgesamt	16,75	18,15
Anteil an gesamten Ausgaben	43%	38%

Quelle: Eigene Zusammenfassung auf Grundlage der Abrechnungsergebnisse der BA. *Eigene Berechnungen.

Der Sachverständigenrat bezifferte den gesamten Umfang der versicherungsfremden Leistungen für das Jahr 2005 zuletzt auf insgesamt rund 19 Mrd. Euro. Trotz der etwas abweichenden Abgrenzung und einer erheblichen Verbesserung der Arbeitsmarktlage liegt das hier ermittelte Volumen auf einem ähnlichen Niveau. Im Jahr 2008 wurde demnach ein versicherungsfremdes Leistungsvolumen von insgesamt 16,7 Mrd. Euro erbracht. Im Jahr 2009 lagen die versicherungsfremden Leistungen konjunkturbedingt etwas höher, nämlich bei 18,2 Mrd. Euro (vgl. Tabelle 6). Dies entspricht einem Anteil von rund 40 Prozent an sämtlichen Ausgaben der BA.

7.4 Fehlfinanzierung aufgrund ungedeckter versicherungsfremder Leistungen

Die BA verbuchte im Jahr 2009 Einnahmen in Höhe von rund 34,3 Mrd. Euro. Diese Einnahmen fielen aufgrund der Krise jedoch etwas geringer aus als in den Vorjahren. Noch im Jahr 2008 lagen die gesamten Einnahmen bei 38,3 Mrd. Euro. Die Beitragseinnahmen lagen im Jahr 2009 (2008) bei 22,0 Mrd. Euro (26,5 Mrd. Euro). Vor Ausbruch der Finanzmarktkrise entsprach dies somit einem Anteil von rund 70 Prozent an sämtlichen Einnahmen. Neben den Beiträgen leistet der Bund regelmäßig Zuschüsse. Im Rahmen des § 363 SGB III wurden die Zuschüsse bislang weitgehend diskretionär festgelegt, wobei 2008 ein Zuschuss von rund 7,6 Mrd. Euro und 2009 ein Zuschuss von rund 7,8 Mrd. Euro an die BA gezahlt wurde. Seit 2010 wird diese Beteiligung an den Kosten der Arbeitsförderung gemäß

der Veränderungsrate der Umsatzsteuer fortgeschrieben.¹⁶⁹ Nach § 363 Abs. 2 SGB III trägt der Bund aber auch Ausgaben für Aufgaben, deren Durchführung die Bundesregierung der BA übertragen hat. Gemäß § 46 Abs. 1 SGB II sind dies vor allem Verwaltungsausgaben für Zwecke des SGB II. Im Jahr 2008 wurden in diesem Zusammenhang Erstattungen von rund 2,26 Mrd. Euro entrichtet. Für 2009 lag dieser Wert bei 2,57 Mrd. Euro. Schließlich erhält die BA weitere Verwaltungskostenerstattungen u.a. für die Durchführung des Familienlastenausgleichs. Diese zusätzlichen Erstattungen beliefen sich 2008 (2009) auf weitere 220 Mio. Euro (260 Mio. Euro).

Stellt man die gesamten Bundesmittel den deutlich umfangreicheren versicherungsfremden Leistungen gegenüber verbleibt eine Fehlfinanzierung in einer Größenordnung von jährlich rund 7 Mrd. Euro – ein Betrag den der Steuerzahler unter Missachtung des Äquivalenzprinzips dem sozialversicherungspflichtig Beschäftigten jährlich aufbürdet (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Umfang der Fehlfinanzierung in der BA

in Mrd. Euro

	2008	2009
Versicherungsfremde Leistungen, insgesamt	16,75	18,15
Bundesmittel aus Zuschüssen und Erstattungen	10,1	10,63
Fehlfinanzierung	6,65	7,52

Quelle: Eigene Berechnungen.

7.5 Versicherungsfremde Umverteilung

Verglichen mit der GKV und der SPV fallen die versicherungsfremden Umverteilungsströme im Rahmen der ALV sehr gering aus. Zwar entsprechen zahlreiche Leistungen der BA nicht dem Prinzip der Teilhabeäquivalenz, insbesondere im Bereich der aktiven Arbeitsförderung. Der überwiegende Teil dieser Leistungen ist jedoch grundsätzlich als versicherungsfremd zu bezeichnen und damit durch Steuermittel zu ersetzen. Nicht teilhabeäquivalente aber versicherungszweckmäßige Leistungen bestehen derzeit nur in einer Größenordnung von einer bis zwei Milliarden Euro und fallen nicht sonderlich ins Gewicht. Eine Einführung eines lohnunabhängigen Sockelbeitrages in dieser Höhe erscheint daher unverhältnismäßig.

Auch intergenerative Umverteilung findet innerhalb der Arbeitslosenversicherung in keinem nennenswerten Ausmaß statt, da der Versicherungsvorgang praktisch jeweils auf das laufende Jahr begrenzt ist. Eine Akkumulierung von Ansprüchen – wie etwa in der GRV – ist nicht möglich. Gleichzeitig sind die Arbeitsmarktrisiken bei weitem nicht so altersabhängig wie etwa die Gesundheitsrisiken. Auch Konjunkturzyklen – die phasenweise zu einer stärkeren Belastung der Beitragszahler führen – gleichen sich über ein Erwerbsleben praktisch aus.

¹⁶⁹ Liquiditätshilfen auf Basis von § 364 SGB III werden hier aufgrund ihres Kreditcharakters nicht berücksichtigt.

Allerdings kommt es in indirekter Weise zu einer demografisch bedingten Ungleichbehandlung von Generationen. Diese verläuft jedoch tendenziell in umgekehrter Weise als in den anderen umlagefinanzierten Versicherungszweigen. Während die zahlenmäßig relativ starken Generationen im Rahmen der GRV oder der GKV von einer günstigen Lastenaufteilung unter einander profitieren, erleiden sie im Hinblick auf den Arbeitsmarkt eher Nachteile, indem das umfangreiche Angebot an Arbeitskräften zu geringeren Lohnzuwächsen und einem höheren Maß an Arbeitslosigkeit führt.¹⁷⁰ Reduziert sich hingegen die Zahl der Erwerbspersonen, ohne dass es zu einem entsprechenden Rückgang der Gesamtbevölkerung kommt, so führt dies – wie es für die kommenden zwei Jahrzehnte zu erwarten ist – zu einem Absinken der Arbeitslosigkeit bzw. zu einem verstärkten Anstieg der Löhne.¹⁷¹ Ausgehend von der jeweiligen Arbeitsmarktlage gestaltet sich auch das Verhältnis aus Beitragszahlungen und Leistungen für jede Generation etwas anders. Die heute 40- bis 70-Jährigen wurden bzw. werden noch immer mit relativ hohen Versicherungsbeiträgen belastet. Die Generation der heute 30-Jährigen kann hingegen darauf hoffen, im Laufe ihrer Erwerbstätigkeit relativ geringe Arbeitslosenversicherungsbeiträge zu entrichten. Eine Aufhebung oder Kompensation dieser Ungleichbehandlung zwischen den Generationen ist jedoch aus zwei Gründen abzulehnen. Zum einen verläuft die Umverteilung anderen intergenerativen Umverteilungsprozessen entgegen und zum anderen ist eine Gleichbehandlung praktisch kaum umsetzbar.

7.6 Zur Reform der Arbeitslosenversicherung

Die Rückführung des Beitragssatzes der ALV von 6,5 Prozent im Jahr 2006 auf 3,0 Prozent im Jahr 2011 muss als Erfolg bezeichnet werden, der maßgeblich mit der Reformpolitik und der strukturellen Aufhellung am Arbeitsmarkt zu tun hat. Ein signifikanter Anteil der Beitragssatzabsenkung ist aber auch auf den seit 2006 stark ausgeweiteten Bundeszuschuss zurückzuführen. Beschränkte sich der Zuschuss des Bundes an die BA bis zum Jahr 2006 lediglich auf jene Mittel zur Erstattung von SGB II-Leistungen, so beteiligt sich der Bund seit dem Jahr 2007 zusätzlich an den Kosten der Arbeitsförderung im Umfang des Aufkommens aus einem Mehrwertsteuerprozentpunkt.

Die Ausweitung der Bundesmittel verfolgt dabei eine doppelte Funktion. Einerseits kommt es zu einer Reduktion der Arbeitskosten im Bereich der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, andererseits führt sie zu einer Wiederherstellung der Beitrags-Leistungs-Äquivalenz. Mit einem Volumen von aktuell rund 10 Mrd. Euro deckt die Steuerfinanzierung jedoch nur rund 60 Prozent der versicherungsfremden Leistungen ab (vgl. Tabelle 7).

▪ Abschaffung des Eingliederungsbeitrags und Prüfung sonstiger Fremdleistungen

Ein wesentlicher Schritt hin zur Wiederherstellung der Beitrags-Leistungs-Äquivalenz könnte in der Abschaffung des Eingliederungsbeitrags liegen. Dies würde den Umfang der

¹⁷⁰ Zu einem gewissen Anteil spiegeln die extrem hohen Arbeitslosenzahlen der vergangenen zwei Dekaden auch dieses demografische Missverhältnis wider.

¹⁷¹ Vgl. hierzu u.a. Börsch-Supan (2002) und Fuchs et al. (2008).

versicherungsfremden Leistungen um jährlich rund 5 Mrd. Euro verringern.¹⁷² Zusätzlich wird der Haushalt der BA mittelfristig durch das Auslaufen der versicherungsfremden Alterszeitregelung nochmals um mehr als 1 Mrd. Euro entlastet. Weiterhin sollten zur Stärkung des Äquivalenzprinzips der erhöhte Leistungssatz für Arbeitslose mit Kindern sowie die Differenzierung der Bezugsdauer nach der Vorversicherungszeit und dem Alter entfallen oder entsprechen sachgerecht finanziert werden. Bezogen auf das Jahr 2009 könnte der Umfang der versicherungsfremden Leistungen in der BA durch dieses Maßnahmenbündel um mehr als 7 Mrd. Euro reduziert werden, was für die Beitragszahler eine Entlastung um weitere 0,8 Beitragssatzpunkte zur Folge hätte.

▪ *Systematische Bemessung der Steuerzuschüsse*

Schließlich sollte eine regelmäßige Abgrenzung des Volumens versicherungsfremder Leistungen gesetzlich festgeschrieben werden. Gemäß der heutigen Gesetzgebungspraxis ließen sich die Bundeszuschüsse dann mindestens alle fünf Jahre dem Umfang der Fremdleistungen anpassen. Die jährliche Fortschreibung der Bundesbeteiligung gemäß der Veränderungsrate des Umsatzsteueraufkommens ist aber auch deshalb nicht zweckmäßig, da sie sich prozyklisch auf das Budget der BA auswirkt. Sinnvoller wäre hingegen eine zwischenzeitliche Kopplung an die Entwicklung des Beitragssatzes.

¹⁷² Für den Fall, dass man die BA durch fiskalische Anreizmechanismen auch zu einer erfolgreichen Vermittlung von ALG-II Empfängern bewegen möchte, sollte vielmehr über eine Vergütung erfolgreicher Vermittlungsergebnisse nachgedacht werden. Eine umfangreiche Zweckentfremdung von Beitragsmitteln erscheint hierfür ungeeignet.

8 Gesetzliche Unfallversicherung

8.1 Versicherungszweck und -leistung

Berufsunfälle gehörten zum Alltag der Fabriken und Baustellen des 19. Jahrhunderts. Die uneinheitliche und vielfach mangelhafte Risikovorsorge einzelner Unternehmen und Betriebsstätten führte schließlich zur Gründung der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) im Jahr 1884.¹⁷³ Der ursprüngliche Versicherungszweck bestand vor allem in der Bereitstellung einer Entschädigung bzw. eines Lohnausgleichs nach Eintritt eines berufsbedingten Unfalls. Obwohl die Zahl der Betriebsunfälle in den vergangenen 120 Jahren drastisch reduziert werden konnte und die Sicherheitsvorkehrungen immer umfangreicher wurden, existiert die zweitälteste Sozialversicherung bis heute. Aufgrund der inzwischen weit entwickelten Versicherungsmärkte – auch im Bereich der Unfall- und Berufsunfähigkeitsversicherungen, stellt sich die Frage nach der Legitimation jedoch neu. Eine solidarische Finanzierung in dem Sinne, als dass Arbeitnehmer mit höheren individuellen Unfallrisiken durch solche mit geringen Unfallrisiken getragen werden, erscheint wenig zielführend. Schließlich hängen die berufsspezifischen Risiken im Wesentlichen von der Branche bzw. dem Unternehmen und weniger von Merkmalen einer Person ab. Das Solidarprinzip findet an dieser Stelle somit keine sinnvolle Verwendung. Aus diesen Gründen muss eine Privatisierung der GUV grundsätzlich in Erwägung gezogen werden. Paradox erscheint zudem, dass eine privatwirtschaftliche Abdeckung des gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsschutzes durch die Pflichtmitgliedschaft in der GUV für Unternehmen praktisch unmöglich ist, während in der Krankenversicherung, in der das Solidarprinzip eine starke Berechtigung besitzt, für Teile der Bevölkerung eine Wahlfreiheit besteht.¹⁷⁴

Die Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung teilen sich auf in präventive, kompensatorische sowie rehabilitative Maßnahmen. Zweckmäßig sind somit erstens, Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen bzw. berufsbedingten Krankheiten und Gesundheitsgefahren, zweitens, Leistungen zur Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit nach Eintreten einer berufsbedingten Krankheit bzw. eines Arbeitsunfalls und drittens, Leistungen zur Entschädigung der Versicherten bzw. ihrer Hinterbliebenen.¹⁷⁵

8.2 Umfang und Versicherungskreis

Verglichen mit den bisher behandelten Zweigen der deutschen Sozialversicherung, erscheint die im siebten Sozialgesetzbuch geregelte Gesetzliche Unfallversicherung in ihren Ausmaßen

¹⁷³ Grundstein des SGB VII war das Unfallversicherungsgesetz, das am 6. Juli 1884 als ein Baustein der Bismarckschen Sozialgesetzgebung verabschiedet wurde.

¹⁷⁴ Allerdings muss eine Privatisierung der GUV nicht zwangsläufig zu geringeren Kosten führen. Mit rund 10 Prozent liegt der Anteil der Verwaltungskosten zwar relativ hoch. Aber selbst wenn es zu einer Absenkung der relativen Verwaltungskosten käme, müssten aus den Versicherungsbeiträgen zusätzliche Marketing- und Vertriebskosten beglichen werden. Darüber hinaus müsste von zusätzlichen Transaktionskosten ausgegangen werden.

¹⁷⁵ Vgl. hierzu § 1 SGB VII.

relativ überschaubar. Die GUV gliedert sich in drei Bereiche, einen gewerblichen, einen landwirtschaftlichen und einen öffentlichen. Im Jahr 2009 lag der Leistungsumfang der Gesetzlichen Unfallversicherung mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Träger bei rund 12,8 Mrd. Euro, also rund 0,5 Prozent des BIP.¹⁷⁶ Damit ist die Gesetzliche Unfallversicherung mit Abstand die kleinste Sozialversicherung und dementsprechend selten im Zentrum der politischen Aufmerksamkeit.

Der Versichertenkreis ist im Gegensatz zu den anderen Sozialversicherungen nicht allein durch den Status der beruflichen Tätigkeit definiert, sondern richtet sich zudem an der jeweils aktuellen Tätigkeit einer Person aus. Es besteht somit kein universeller Versicherungsschutz. Versichert sind in erster Linie abhängig Beschäftigte, Personen, die an einem staatlich kontrollierten Bildungsprozess teilhaben (bspw. Schüler, Studierende) und landwirtschaftlich Tätige. Gleichzeitig beziehen aber auch all jene Personen einen Versicherungsschutz, die im weitesten Sinne für die Allgemeinheit tätig sind bzw. unter öffentlicher Obhut stehen (bspw. Blutspender, Zeugen, Schöffen, Pflegepersonen).¹⁷⁷ Freiwillig versichern können sich i.d.R. zudem Unternehmer, Selbständige sowie Begleiter von Ehrenämtern in gemeinnützigen Vereinen.¹⁷⁸ Aufgrund des relativ umfassenden Katalogs von versicherten Tätigkeiten, zählte die DGUV im Jahr 2009 insgesamt rund 75 Mio. Versicherte.¹⁷⁹ Die größte Gruppe, die somit nicht innerhalb der DGUV versichert ist, ist das Beamtentum.¹⁸⁰

8.3 Versicherungsfremde Elemente innerhalb der GUV

Im Gegensatz zu den anderen Sozialversicherungszweigen kann das Äquivalenzprinzip im Rahmen der DGUV als weitgehend erfüllt angesehen werden. Die Leistungen der GUV sind – legt man den relativ breit definierten Zweck zugrunde – versicherungsspezifisch und auch nur Versicherten zugänglich. Insofern existieren im engeren Sinn auch keine versicherungsfremden Leistungen.¹⁸¹ Aufgrund der Risikoadjustierung der Beiträge gemäß des jeweiligen Branchencharakters und der aus Steuermitteln bezahlten Beiträge für explizit öffentliche Versicherungsfunktionen¹⁸² findet hier dem Prinzip nach keine Quersubventionierung zwischen Steuer- und Beitragszahlern statt.

Etwas komplizierter stellt sich die Situation mit Blick auf das Prinzip der Teilhabeäquivalenz dar. Die Finanzierung der DGUV basiert auf Beitragszahlungen der Arbeitgeber.¹⁸³ Die Höhe der Beiträge richtet sich dabei (sowohl im Bereich der gewerblichen Unfallversicherung als

¹⁷⁶ Vgl. DGUV (2010). Als weitere relevante rechtliche Grundlage sei an dieser Stelle auf die Berufskrankheitenverordnung (BKV) verwiesen.

¹⁷⁷ Vgl. § 2 SGB VII.

¹⁷⁸ Vgl. § 6 SGB VII.

¹⁷⁹ Vgl. Zahlen und Fakten des DGUV Spitzenverbandes unter www.dguv.de.

¹⁸⁰ Für Beamte gelten beamtenrechtliche Unfallfürsorgevorschriften.

¹⁸¹ Die Aufwendungen für Fremdreten gemäß § 9 Abs. 2 und 3 FRG trägt der Bund. Diese Erstattung beläuft sich für das Jahr 2009 jedoch auf lediglich 23 Mio. Euro.

¹⁸² Die Unfallversicherung der öffentlichen Hand wird im Bereich der Kindergartenkinder, Schüler und Studenten aus Steuermitteln ebenfalls aus Steuermitteln finanziert.

¹⁸³ Vgl. § 150 Abs. 1 SGB VII.

auch bei Unternehmen der öffentlichen Unfallversicherer) einerseits nach der Summe der Arbeitsentgelte und andererseits nach der Risiko- bzw. Gefahrenklasse des Unternehmens.¹⁸⁴ Damit entrichten die Versicherten selbst zwar keine lohnabhängigen Beiträge, die Aufwendungen des Unternehmens für die Unfallversicherung stehen aber dennoch im Verhältnis zu den Lohnkosten.¹⁸⁵ Wie gewichtig diese Kosten bei der Personaleinstellung oder der Standortwahl sind, ist jedoch ebenso unklar wie der praktische Effekt einer Abschaffung der GUV auf die Nettolöhne. Theoretisch besteht damit jedoch auch in der DGUV eine Lohnabhängigkeit der Beitragszahlungen. Da die Leistungen der DGUV aber zu mehr als 50 Prozent aus nicht lohnbezogenen Leistungen bestehen, findet im Zuge dieser Leistungen ein Verstoß gegen das Prinzip der Teilhabeäquivalenz statt.¹⁸⁶ In diesem Zusammenhang könnte ein Sockelbeitrag pro Arbeitszeiteinheit für nicht lohnbezogene Leistungen eine Reduktion versicherungsfremder Umverteilung herbeiführen. Allerdings ist fraglich, inwiefern dies hinsichtlich eines Volumens der lohnunabhängigen Leistungen von derzeit rund 6 Mrd. Euro geboten ist.

Auch aus einer dynamischen Perspektive besteht im Unterschied zur Renten-, Kranken- oder Pflegeversicherung kein Handlungsbedarf für wesentliche Reformen. Im Gegensatz zur Renten-, Kranken- oder Pflegeversicherung ist die GUV keinen nennenswerten demografischen Risiken ausgesetzt, so dass auch eine intergenerative Umverteilung nicht stattfindet.

¹⁸⁴ Vgl. § 153 SGB VII.

¹⁸⁵ Vgl. hierzu §157 SGB VII. In der landwirtschaftlichen Unfallversicherung gelten besondere Beitragsmaßstäbe, die sich überwiegend nach den Flächen- und Ertragswerten der landwirtschaftlichen Unternehmen richten.

¹⁸⁶ Hierunter fallen insbesondere Maßnahmen zur Heilbehandlung und Rehabilitation (27 Prozent), Leistungen zur Prävention (7,3 Prozent) sowie der Verwaltungsaufwand (9,8 Prozent).

TEIL C: Implikationen einer Korrektur der Fehlfinanzierung

9 Implikationen für das Einkommensteuersystem

Eine Reduktion der Fehlfinanzierung ist auch im Hinblick auf das Ziel der Einkommensumverteilung sinnvoll. Die bisherige Einkommensumverteilung innerhalb der Sozialversicherung widerspricht zentralen Prinzipien der Umverteilungspolitik. Dies lässt sich an folgenden drei Aspekten festmachen:

Die versicherungsfremde Einkommensumverteilung im Rahmen der Sozialversicherung ...

- führt zu einer Gleichbehandlung von Personen mit ungleicher Leistungsfähigkeit.
- führt zu einer Ungleichbehandlung von Personen mit gleicher Leistungsfähigkeit.
- ist in ihrer Auswirkung jeweils begrenzt auf einen Teil der Gesamtbevölkerung.

Die alleinige Einbeziehung von Lohneinkünften zu Umverteilungszwecken widerspricht ebenso dem Prinzip vertikaler Gerechtigkeit wie die Begrenzung der Bemessungsgrundlage. Beides ist im Rahmen der Sozialversicherung jedoch der Fall. Unter diesen Umständen führt eine Umverteilung zu einer Gleichbehandlung von Ungleichen, da eine Bemessung der umfänglichen ökonomischen Leistungsfähigkeit ausbleibt. In umgekehrter Weise folgt daraus jedoch auch eine Ungleichbehandlung von Personen mit gleicher Leistungsfähigkeit. Insofern wird auch gegen den Grundsatz der horizontalen Gerechtigkeit verstoßen. Schließlich kommt hinzu, dass die Einkommensumverteilung in den einzelnen Sozialversicherungszweigen jeweils nur einen Teil der Bevölkerung mit einbezieht. Die Angleichung von Einkommen kann jedoch nur unter Einbeziehung aller Bürger Diskriminierungstatbestände vermeiden und dem gesamtgesellschaftlichen Umverteilungsziel in sinnvoller Weise nachkommen.

Eine Reduktion der Fehlfinanzierung innerhalb der einzelnen Sozialversicherungszweige wie sie in Teil B dargestellt wurde, hätte für sich genommen jedoch zahlreiche Auswirkungen auf die heutige Einkommensverteilung. Die Entflechtung der in den Sozialversicherungen bestehenden Einkommensumverteilungsströme ist zwar im Interesse einer systematischen Finanzierung des Sozialwesens, würde zunächst aber zu einem deutlich regressiveren Abgabensystem führen. Insbesondere die Umstellung einer lohnabhängigen Beitragsfinanzierung der GKV und SPV auf einen pauschalen Beitragssatz hätte weitreichende Konsequenzen etwa für Bezieher niedriger Lohneinkommen oder für Rentenempfänger. Insgesamt entfielen einkommensbezogene Umverteilungsströme in Höhe von zusammengekommen jährlich rund 46 Mrd. Euro, was immerhin einem Anteil von knapp 30 Prozent des Aufkommens aus der Einkommensteuer entspricht. Die Gretchenfrage einer jeden Beitragspauschale liegt damit in der Art der Kompensation bzw. der Ausgestaltung eines Sozialausgleiches und der Finanzierung dieser Ausgleichszahlungen.

Faktisch ergeben sich dabei zwei Probleme. Zum einen müsste die Progression der Einkommensbesteuerung derart angepasst werden, dass die bisherige inkonsistente

Umverteilung innerhalb der SV durch das gewünschte Ausmaß an konsistenter Umverteilung über das Steuersystem kompensiert wird. Konkret bedeutet dies beispielsweise, dass der Eingangsteuersatz abgesenkt und der Spitzensteuersatz entsprechend aufkommensneutral angehoben werden müsste.

Problematischer gestaltet sich der Sozialausgleich an jene Gruppen, die weder persönlich noch im Rahmen einer gemeinsamen Veranlagung einkommensteuerpflichtig sind. Darunter fallen neben Arbeitslosen und Beziehern geringfügiger nicht sozialversicherungspflichtiger Einkommen vor allem Rentner. Hinzu kommen jene Haushalte, die zwar einkommensteuerpflichtig sind, faktisch jedoch keine oder nur sehr begrenzt Einkommensteuern entrichten. Eine vollständige Steuerfinanzierung der Beiträge dieser Personengruppen kommt sowohl aus arbeitsmarktpolitischen, als auch aus fiskalischen Gründen nicht in Frage.

Für einen sozial und fiskalisch tragbaren Sozialausgleich bestehen daher letztlich nur zwei Optionen. Erstens ließe sich der Ausgleich je nach Bedürftigkeit im Rahmen der Grundversicherung etablieren. Und zweitens wäre eine Ausweitung der Einkommensteuerpflicht auf sämtliche Versicherte denkbar, wodurch der Ausgleich verwaltungstechnisch nicht bei den Kommunen und der BA, sondern bei den Finanzämtern angesiedelt wäre.

10 Fazit

Die deutsche Sozialversicherung ist bis heute eines der leistungsfähigsten sozialen Sicherungssysteme weltweit. Der große Umfang sowie die Ausdifferenzierung der sozialen Sicherung haben im Laufe der Jahrzehnte jedoch zu zahlreichen Brüchen mit elementaren Prinzipien der Sozialversicherung geführt. In besonderem Maße wird dabei gegen das Äquivalenzprinzip verstoßen. Der Zweck der vorliegenden Studie ist es, die daraus resultierende Fehlfinanzierung der einzelnen Sozialversicherungszweige zu identifizieren und zu quantifizieren. Dabei wurden drei Kategorien von Fehlfinanzierungstatbeständen unterschieden. Erstens die Vermengung von Beitrags- und Steuermitteln, zweitens sozialversicherungsfremde Umverteilung und drittens die ungleiche Belastung verschiedener Generationen.

Innerhalb des größten Sozialversicherungszweigs – der GRV – konnte das Ausmaß der Beitragsfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in den vergangenen zwei Jahrzehnten durch Zuführung zusätzlicher Bundeszuschüsse zwar drastisch reduziert werden. Betrachtet man die Hinterbliebenenversorgung als familienpolitisch motivierte Fremdleistung, klafft aber auch heute noch eine Finanzierungslücke von rund 20 Mrd. Euro pro Jahr. Allerdings dürfte das Ausmaß der versicherungsfremden Leistungen in der GRV zukünftig abnehmen, sodass ein weiterer Ausbau der Steuerfinanzierung nicht zwingend notwendig erscheint. Wünschenswert im Sinne einer Reduktion der Fehlfinanzierung sind jedoch eine bedürftigkeitsorientierte Ausgestaltung der Hinterbliebenenrenten und eine Überprüfung sämtlicher Fremdleistungen hinsichtlich ihrer Zweckmäßigkeit. Insbesondere die mittelfristige Angleichung der ost- und westdeutschen Rentenberechnung wäre ein Schritt zu einem transparenteren Rentensystem. Gleichzeitig sollte die Fortschreibung der Bundesmittel systematisch an den Umfang der Fremdleistungen gekoppelt werden.

In der GKV übersteigen die Bundesmittel das Ausmaß der versicherungsfremden Leistungen inzwischen deutlich. Jedoch muss der Umfang der Bundesmittel in der GKV vor dem Hintergrund beurteilt werden, dass die GKV infolge der beitragsfreien Mitversicherung der Kinder auch umfangreiche sozialversicherungsfremde Umverteilungsaufgaben erfüllt, die gegebenenfalls aus Steuermitteln zu finanzieren sind. Die Beitragsfreiheit der mitversicherten Ehepartner und die einkommensabhängige Beitragsbemessung sollte hingegen mittelfristig auf den Prüfstand gestellt werden. Sie widersprechen der Teilhabeäquivalenz und führen zu einer unsystematischen Einkommensumverteilung. Zu diesem Zweck sollte die Finanzierung der GKV auf eine einkommensunabhängige und von allen erwachsenen Versicherten zu tragende Gesundheitsprämie umgestellt werden. Die bisher durch die Beitragszahler erbrachte sozialversicherungsfremde Umverteilung sollte in diesem Zuge – über die Schaffung eines Sozialausgleichs oder die Anpassung bestehender Steuer- und Transferinstrumente – in eine steuerfinanzierte Umverteilung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip umgewandelt werden.

Verglichen mit der GKV ist der Umfang der versicherungsfremden Leistungen in der SPV von eher untergeordneter Bedeutung. Im Unterschied zur GKV erhält die SPV aktuell jedoch auch keinerlei Ausgleich für gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Der GKV folgend sollte jedoch auch die Finanzierung der SPV mittelfristig auf eine pauschale Pflegeprämie umgestellt werden. Der Versicherungsschutz der bisher beitragsfrei mitversicherten Kinder sollte dabei wiederum über entsprechende Bundesmittel getragen werden.

Für den Bereich der Arbeitsförderung besteht ebenfalls ein deutlicher Anpassungsbedarf. Allerdings stehen hier nicht versicherungsfremde Umverteilungsströme im Vordergrund, sondern die gegenwärtige Verwendung von Teilen der Beitragseinnahmen, da die versicherungsfremden Leistungen den Umfang der Steuerfinanzierung von rund 7 Mrd. Euro überschreiten. Eine Abschaffung des Eingliederungsbeitrags könnte diese Deckungslücke dabei bereits erheblich verringern. Zentral ist jedoch auch hier – analog zur GRV – eine gesetzliche Verankerung des Äquivalenzprinzips in Form einer regelmäßigen Angleichung von Bundesmitteln und Fremdleistungen.

Schließlich lässt sich auch die intertemporale Umverteilung zwischen Generationen als Fehlfinanzierung bezeichnen, denn die Diskriminierung einzelner Generationen durch besonders hohe Beitragslasten widerspricht ebenfalls dem Zweck einer solidarischen Versicherung. Analog zur versicherungsfremden Umverteilung besteht hier der größte Anpassungsbedarf ebenfalls in der GKV und der SPV. Ohne weitere politische Eingriffe ist mit einem Anstieg der Beitragssätze für beide Sozialversicherungszweige von heute 17,45 auf über 30 Prozent zu rechnen. Die Umstellung auf eine lohnunabhängige Finanzierung kann hier nur zu einer bedingten Entlastung führen. In beiden Sozialversicherungszweigen ist daher eine Kombination aus verschiedenen Maßnahmen notwendig, um der demografischen Herausforderung zu begegnen. Während innerhalb der GKV auch weiterhin über Möglichkeiten der Kostenreduktion durch eine wirkliche Wettbewerbsstärkung nachgedacht und letztlich auch eine offene Diskussion über effektive und sozialverträgliche Begrenzungen des Leistungskatalogs geführt werden muss, besteht in der SPV für große Teile der Versicherten noch ausreichend Zeit eine kapitalgedeckte Vorsorge zu bilden.

Literaturverzeichnis

- Augurzky, B., S. Felder, S. Krolop, C. M. Schmidt und J. Wasem (2010), Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm, *RWI Position*, 38, Berlin.
- Auerbach, A., J. Gokhale und L. Kotlikoff (1991), Generational Accounts: a meaningful alternative to deficit accounting, *Tax policy and the economy*, 5, S. 55-110.
- Auerbach, A., J. Gokhale und L. Kotlikoff (1992), Social security and medicare policy from the perspective of generational accounting, *Tax policy and the economy*, 6, S. 129-145.
- Beratungsgremium für die gesetzgebenden Körperschaften und die Bundesregierung (2009), Gutachten des Sozialbeirats zum Rentenversicherungsbericht 2009, *Drucksache 17/52*, Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Berlin.
- Bonin, H. (2001), *Generational Accounting: Theory and Application*, Springer-Verlag, Berlin.
- Börsch-Supan, A. (2002), *Labor Market Effects of Population Aging*, MEA Discussion Paper Nr. 11-2002, Mannheim.
- Breyer, F. und W. Buchholz (2007), *Ökonomie des Sozialstaats*, Springer-Verlag, Berlin.
- Bundesregierung (2004), Bericht der Bundesregierung zur Entwicklung der nicht beitragsgedeckten Leistungen und der Bundesleistungen an die Rentenversicherung vom 13. August 2004, in: *Deutsche Rentenversicherung*, Heft 10, S. 669–583.
- Bundesregierung (2009), *Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP*.
- Destatis (2009), *Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, Wiesbaden.
- Deutsche Rentenversicherung (2010), *Rentenversicherung in Zeitreihen*, Berlin.
- DGUV (2010), *Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2009*, Paderborn.
- Ehrentraut, O. (2006), *Alterung und Altersvorsorge: Das deutsche Drei-Säulen-System der Alterssicherung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels*, Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Fichte, D. (2010), *Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Schrift 106, Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler, Berlin.
- Fichte, D. und O. Schulemann (2010), *Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Wirtschaftsdienst, Nr. 10.
- Fichte, D. (2011), *Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung und ihre sachgerechte Finanzierung*, Heft 107, Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler, Berlin.
- Fuchs, J., D. Söhnlein und B. Weber (2008), *Demographic effects on the German labour supply: a decomposition analysis*, IAB Discussion Paper No. 31, Nürnberg.

- Häcker, J. (2008), *Die Soziale Pflegeversicherung: Eine Generationenbilanz*, Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Häcker, J. und T. Hackmann (2010), *LOS(T) in Long-term Care: Empirical Evidence from German Data 2009-2009*, Diskussionsbeiträge des Forschungszentrums Generationenverträge, Nr. 43, Freiburg.
- Häcker, J., T. Hackmann und B. Raffelhüschen (2010), *Pflegereform 2010: Karenzzeiten in der Sozialen Pflegeversicherung*, Diskussionspapiere des Forschungszentrums Generationenverträge, Nr. 46, Freiburg.
- Hackmann, T. und S. Moog (2009), Die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Deutschland, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 98, S.73-89.
- Heidler, M. (2008), *Reform der gesetzlichen Rentenversicherung: Politisches Risiko und intergenerative Umverteilung*, Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Lampert, H. (1994), *Lehrbuch der Sozialpolitik*, Springer-Verlag, 3. Auflage, Berlin.
- Moog, S. und B. Raffelhüschen (2006), *Sozialpolitisch motivierte Umverteilungsströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse*, Studie des Forschungszentrums Generationenverträge im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft, Freiburg.
- Raffelhüschen, B. (1999), Generational Accounting: Method, Data, and Limitations, *European Economy, Reports and Studies*, 6, S.17-28.
- Rawls, J. (1975), *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Römer, M. und R. Borell (2002), *Versicherungsfremde Leistungen in der Arbeitslosenversicherung*, Heft 96, Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler e.V., Wiesbaden.
- Rürup, B. (2004), Vom Bundeszuschuss zum Bundesbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung, *Deutsche Rentenversicherung*, 10/2004, S.586-591.
- Sinn, H.-W. (2000), Why a Funded Pension System is Useful and Why It is not Useful. *International Tax and Public Finance*, 7, S.389–410.
- Sachverständigenrat (2005), *Die Chancen nutzen – Reformen mutig voran bringen*, Jahresgutachten 2005/2006, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Situation, Wiesbaden.
- Sachverständigenrat (2010), *Chancen für einen stabilen Aufschwung*, Jahresgutachten 2010/2011, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Situation, Wiesbaden.
- Schnurr, F., F. Weinmann und J. Vatter (2010), *Zum Kostenanstieg im Gesundheitswesen 2009: Wie teuer waren die Reformen?*, Diskussionsbeiträge des Forschungszentrums Generationenverträge, Nr. 45, Freiburg.
- Stiftung Marktwirtschaft (2010), *Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz – Update 2010: Handlungsoptionen der Gesundheitspolitik*, Argumente zu Marktwirtschaft und Politik, Stiftung Marktwirtschaft, Nr. 111, Berlin.

Union Investment (2009), *Vorsorgeatlas Deutschland*, Frankfurt am Main.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1997), *Versicherungsfremde Leistungen – sachgerecht finanzieren! Fakten und Argumente*, Heft Nr. 5, Frankfurt am Main.

Forschungszentrum Generationenverträge

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Bertoldstraße 17

79098 Freiburg

Fon +49(0)761 . 203 23 54

Fax +49(0)761 . 203 22 90

www.generationenvertraege.de

info@generationenvertraege.de