

Schmähl, Winfried

Article — Digitized Version

Finanzierung der Krankenversicherung von Rentnern

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Schmähl, Winfried (1987) : Finanzierung der Krankenversicherung von Rentnern, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 67, Iss. 12, pp. 600-606

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136346>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Winfried Schmähl

Finanzierung der Krankenversicherung von Rentnern

Die Beiträge, die von Rentnern oder für sie an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgeführt werden, liegen weit unter den Ausgaben, die die GKV für diese Versichertengruppe tätigt. Daraus wird vielfach die Forderung abgeleitet, die Beiträge für Rentner auf ein „verursachungsgerechtes“ Niveau anzuheben. Entspricht dieser Vorschlag der Logik des Versicherungssystems?

Angesichts der vielfältigen Probleme im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), insbesondere der in jüngster Zeit deutlich gestiegenen Beitragssätze, wird die gegenwärtige Regelung zur Finanzierung der „Krankenversicherung der Rentner“ kritisiert und zum Anlaß von Änderungsvorschlägen genommen. Diese werden vor allem vor dem Hintergrund der folgenden drei Tatbestände formuliert:

- Die Ausgaben der GKV sind im höheren Lebensalter (ungefähr beginnend zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr) überdurchschnittlich hoch (gemessen an den Ausgaben für alle Altersgruppen). Die den einzelnen Altersgruppen zugerechneten Ausgaben nehmen mit steigendem Alter stetig zu.
- Im Gegensatz zur überdurchschnittlichen Höhe der Ausgaben ist der Finanzierungsbeitrag der Rentner unterdurchschnittlich hoch, da als Bemessungsgrundlage vor allem die Lohnersatzleistungen (Rente) dienen, die im Durchschnitt niedriger sind als die beitragspflichtigen Arbeitsentgelte der Erwerbstätigen.
- Die Folgen dieses „Ungleichgewichts“ werden vor allem in der Zukunft noch dadurch verstärkt, daß der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung zunimmt und (vor allem auch infolge des Rückgangs der Sterblichkeit) höhere Altersgruppen absolut und relativ stärker besetzt sein werden.

Dieser Alterungsprozeß der Bevölkerung erhöht tendenziell die Ausgaben der GKV und verschärft deren Finanzierungsprobleme. Allerdings wird der Effekt des Al-

terungsprozesses auf die Ausgabenentwicklung, vor allem aber auf die Finanzlage – d. h. auf den zum Budgetausgleich in der GKV erforderlichen Beitragssatz – in der Diskussion häufig weit überschätzt. Berechnungen über die Auswirkungen des Alterungsprozesses der Bevölkerung auf die Ausgabenentwicklung in der GKV beruhen vor allem auf Annahmen über die weitere Entwicklung des „Alters-Ausgaben-Profil“, d. h. der Pro-Kopf-Ausgabenentwicklung im Lebensablauf.

Üblicherweise wird – mangels besserer Informationen – mit einem weitgehend unveränderten, d. h. also gegenwärtigen Bedingungen entsprechenden Alters-Ausgaben-Profil gearbeitet. Selbst wenn man Annahmen darüber einführt, daß der Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben im Lebenszyklus „abgeflacht“ wird (z. B. durch mehr ambulante anstelle stationärer Versorgung für ältere Menschen), bleibt doch unstrittig ein die Ausgaben erhöhender Gesamteffekt.

Im Gegensatz zur Situation in der Rentenversicherung tragen die aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Rentner jedoch weiterhin zur Finanzierung der GKV bei. Insofern hat der Alterungsprozeß für die Finanzierung der GKV bei weitem geringere Auswirkungen als in Alterssicherungssystemen¹. Allerdings ist hierfür maßgebend, wie die Finanzierungsbeteiligung der Rentner an der GKV geregelt wird.

Da die Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner in der Bundesrepublik sowohl die Finanzlage der Rentenversicherung als auch der Krankenversicherung berührt, spielt die weitere Entwicklung der Beitragsbeteiligung von Rentnern und Rentenversicherung an der Finanzierung der GKV sowohl im Zusammenhang mit Reformen der gesetzlichen Rentenversicherung als auch der gesetzlichen Krankenversicherung eine Rolle.

Prof. Dr. Winfried Schmähl, 45, lehrt Volkswirtschaftslehre an der Freien Universität Berlin und ist Vorsitzender des Sozialbeirates für die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung.

Ausgangspunkt für die folgenden Erörterungen ist die gegenwärtige Regelung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und die daran ansetzende Kritik. Die Frage der künftigen Gestaltung wird sodann unter den Aspekten einer Lebensverlaufsbetrachtung (Längsschnittsbetrachtung) im Vergleich zu einer querschnittsbezogenen Betrachtung erörtert, um daraus Folgerungen abzuleiten. Schließlich wird an einigen Beispielen verdeutlicht, daß es sich bei Entscheidungen über die Finanzierung der KVdR nicht um ein isoliertes Problem handelt, sondern daß damit auch weitere grundsätzliche Fragen der Gestaltung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeworfen werden.

Die geltenden Regelungen

Bis Ende 1982 wurde von der gesetzlichen Rentenversicherung an die GKV pauschal ein bestimmter Prozentsatz der Rentenausgaben als Finanzierungsbeitrag für die KVdR gezahlt. Mit Wirkung von 1. 1. 1983 wurde dieses pauschale Verfahren durch eine Individualisierung der Beitragspflicht der krankenversicherungspflichtigen Rentner abgelöst. Rentner zahlen im Prinzip 11,8 % ihrer Rente (sowie rentenähnlicher Bezüge, Versorgungsbezüge und vom Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze der GKV). Zum Zeitpunkt der Umstellung erhielten die Rentner jedoch von der GRV einen Beitragszuschuß in gleicher Höhe. Die Neuregelung war also zum Zeitpunkt der Umstellung auf das individualisierte Verfahren sowohl für die Rentenversicherungsträger als auch für die Rentner (sieht man bei diesen von sonstigen versicherungspflichtigen Einkünften ab) finanziertneutral.

Im Zeitablauf wurde jedoch der Beitragszuschuß stufenweise vermindert, so daß nun die Rentner einkommensmäßig effektiv belastet wurden. Im Zuge der Rentenanpassungen wurde der Anpassungssatz durch die Verringerung des Beitragszuschusses faktisch vermindert, d. h. der Rentenzahlbetrag stieg schwächer, als dem Anpassungssatz entsprochen hätte. Hierdurch

¹ Zu den Auswirkungen demographischer Veränderungen auf die Ausgabenentwicklung in der GKV siehe u. a. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung (Jahresgutachten 1987), Baden-Baden 1987; Winfried Schmähle: Demographischer Wandel und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Auswirkungen und Finanzierungsalternativen –, Beitrag zum 18. Colloquium der Robert-Bosch-Stiftung zur Gesundheitsökonomie (in Druck), vorerst verfügbar als Arbeitspapier der Fachrichtung Sozialpolitische Forschung, Freie Universität Berlin 1987. Zu Auswirkungen auf die Finanzlage der GKV, insbesondere den erforderlichen Beitragssatz in längerfristiger Betrachtung siehe schon Winfried Schmähle: Auswirkungen von Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung auf die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zur gesetzlichen Rentenversicherung, in: Konjunkturpolitik, 29. Jg. (1983), S. 100-120. Die Regelungen der Krankenversicherung der Rentner und ihre Änderungen sind dargestellt bei Hans Hungenberg, Jürgen Steffens: Krankenversicherung der Rentner, 3. Auflage, Sankt Augustin 1983.

wurden die Rentenversicherungsträger finanziell entlastet. Durch den Abschmelzungsprozeß beim Beitragszuschuß für die Rentner wurde das Mittelaufkommen in der GKV nicht berührt. Seit dem 1. 7. 1987 zahlen nun die Rentner effektiv die Hälfte des Satzes von 11,8 % selbst, also 5,9 %, während die andere Hälfte vom Rentenversicherungsträger gezahlt und aus dessen Einnahmen finanziert wird.

Wenn über alle Kassen der GKV der durchschnittliche Beitragssatz 11,8 % beträgt, dann würden analog zur durchschnittlichen Beitragszahllast der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer die Rentner den halben Beitragssatz entrichten. Da im Gegensatz zu den Arbeitnehmern keine kassenspezifische Höhe des Beitragssatzes zur Anwendung kommt, die Beitragssätze zwischen Kassen allerdings unterschiedlich sind und auch der Anteil der Rentner an den Mitgliedern der jeweiligen Kasse unterschiedlich hoch ist, wurde ein Finanzausgleich zwischen den Kassen erforderlich. Angesichts des steigenden Anteils von Rentnern an der Gesamtheit aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen steht zu erwarten, daß die quantitative Bedeutung dieses Finanzausgleichs in Zukunft erheblich steigen wird.

Der im Rahmen der KVdR zugrunde gelegte Satz von 11,8 % liegt ab 1986 unter dem tatsächlichen durchschnittlichen Beitragssatz in der GKV. Die Forderung liegt deshalb nahe, den Beitragssatz in der KVdR dem tatsächlichen Beitragssatz in der GKV regelmäßig anzupassen. Dabei ist im Prinzip noch nichts darüber ausgesagt, ob es bei der „hälftigen“ Aufbringung der Finanzierungsbeteiligung durch Rentner einerseits und Rentenversicherung andererseits bleibt.

Für die Interpretation der bestehenden Regelung ist es wichtig festzuhalten, daß die früher pauschale Zahlung der GRV an die GKV durch eine individuelle Zahlung der Rentner auf der Basis des für alle Mitglieder in der GKV im Durchschnitt geltenden Beitragssatzes abgelöst wurde. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß diese Umstellung als Instrument genutzt wurde, um – durch allmäßliche Senkung des Beitragsschusses an die Rentenbezieher – ein Instrument zu schaffen, mit dem – allerdings auf diskretionärem Wege – zur Verwirklichung des sogenannten Programmsatzes einer angestrebten „gleichgewichtigen“ Entwicklung von Renten und verfügbaren Arbeitsentgelten (§ 1272 Abs. 2 RVO) beigetragen werden konnte.

Verknüpfung von GRV und GKV

Über die KVdR sind Finanzlage der Rentenversicherung und der Krankenversicherung wechselseitig verknüpft. Unterstellt man einmal, daß auch in Zukunft die

Beitragszahlungen, die von Rentnern bzw. GRV jeweils an die GKV fließen, von Rentnern und Rentenversicherungsträgern je zur Hälfte aufgebracht werden, dann würde bei einer Erhöhung des derzeitigen Satzes von 11,8 % sowohl eine einkommensmäßige Mehrbelastung der Rentner eintreten als auch eine Erhöhung des Finanzbedarfs der GRV.

Die GRV hat neben der aus der Rentenformel folgenden Höhe der Renten zusätzlich den halben Beitragssatz der Rentner an die GKV zu finanzieren. Dies macht die folgende Gleichung (1) deutlich. Im Vergleich zur früher bestehenden Situation würde die Rentenversicherung allerdings finanzierungsmäßig besser gestellt, da sie nicht mehr den vollen Prozentsatz des KVdR-Satzes an die GKV abzuführen hat, sondern nur noch die Hälfte (bzw. die Hälfte der Beitragssatzsteigerung).

$$(1) \quad R = \sum_{i=1}^n (R^i + \frac{b(GKV)}{2} R^i)$$

$$= \sum_{i=1}^n [(1 + \frac{b(GKV)}{2}) R^i]$$

R = Summe der „Rentenausgaben“ der GRV aus Rente und Beitragszahlung der GRV an die GKV im Rahmen der KVdR

R^i = individuelle (Brutto-)Rente

b(GKV) = Beitragssatz (im Rahmen der KVdR)

n = Zahl der Rentenfälle

Der im Rahmen der KVdR zur Anwendung kommende Beitragssatz mindert für den Rentner den Betrag, den der Rentenversicherungsträger an ihn auszahlt (Rentenzahlbetrag); die „Brutto-Rente“ wird im Ausmaß des halben KVdR-Beitragssatzes reduziert (vgl. Gleichung (2)).

$$(2) \quad R^{in} = R^i - \frac{b(GKV)}{2} R^i$$

$$= (1 - \frac{b(GKV)}{2}) R^i$$

R^{in} = individueller tatsächlicher Rentenzahlbetrag

Ansatzpunkte der Kritik

Zum einen wird die Diskrepanz zwischen tatsächlichem durchschnittlichem Beitragssatz in der GKV und dem für die KVdR gewählten Satz zum Anlaß genommen, eine Aktualisierung und Fortschreibung, d. h. Dynamisierung der Regelung zu fordern, nach der dann regelmäßig eine Anpassung des für die KVdR maßgebenden Beitragssatzes an den durchschnittlich in der GKV erforderlichen Beitragssatz erfolgt. Zum anderen wer-

den aber auch darüber hinausgehende Forderungen erhoben. Diese beruhen vor allem auf der Aussage, daß eine „verursachungsgerechte“ Finanzierung erforderlich sei, die gegenwärtig nicht bestehe: Rentner würden überdurchschnittlich hohe Ausgaben „verursachen“, was keine Widerspiegelung in der Höhe der Zahlungen von oder für Rentner an die GKV finde.

Dazu wird vielfach folgende Berechnung vorgelegt²: Die GKV wird fiktiv in zwei Teile zerlegt, eine „allgemeine Versicherung“ und die „Krankenversicherung der Rentner“. So betragen beispielsweise 1985 die Ausgaben für die in der GKV versicherten Rentner 43,28 Mrd. DM, das sind 39,8 % aller Leistungsausgaben der GKV. Demgegenüber erreichten die Zahlungen der Rentner und der GRV an die GKV nur rund 19 Mrd. DM. Folglich verblieben über 24 Mrd. DM in der KVdR, die von den „aktiven“ Beitragszahlern in der GKV finanziert werden mußten. Daraus wird der Beitragssatz abgeleitet, der für Erwerbstätige ohne diesen Finanzierungsanteil erforderlich gewesen wäre.

Für 1985 wird eine fiktive Minderung des Beitragssatzes für die Erwerbstätigen in der GKV von über 3 % ermittelt. Das heißt also, es wird der Beitragssatz errechnet, der dann von den erwerbstätigen Beitragszahlern aufzubringen wäre, wenn alle Ausgaben für Rentner von diesen selbst oder der GRV finanziert worden wären. Von dort ist der Schritt nicht weit, die fiktive Beitragsatzminderung als Indikator für das Ausmaß der „Subventionierung“ der Rentner durch die Erwerbstätigen zu interpretieren. Angesichts der demographischen Entwicklung ist zu erwarten, daß diese Subventionierung noch weiter an Bedeutung gewinnen wird. Da zudem der Beitragssatz der Erwerbstätigen zur Hälfte von Arbeitgebern gezahlt wird, werden dadurch auch die Lohnkosten erhöht.

Zwei Teilgruppen

Dieser Argumentation liegt also die Vorstellung zugrunde, daß es zwei getrennte Krankenversicherungen gibt, eine für die Erwerbstätigen und eine für die aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Personen (jeweils einschließlich ihrer Familienangehörigen). Der Risikoausgleich würde sich dann also nur auf die jeweiligen Teilgruppen beziehen, die allerdings nicht streng altersmäßig getrennt sind, da ja der Status des Rentners auch vor Erreichen einer Altersgrenze in der GRV vor allem durch Erwerbsunfähigkeit eintreten kann.

Aber nicht nur die „Subventionierung“ der Rentner durch die Erwerbstätigen wird betont, sondern die Aus-

² Guntram Bauer, Jürgen Steffens: Perspektiven der Rentenversicherung – ein Dollopunkt in der Konsolidierung der GKV, in: Die Ortskrankenkasse, 69. Jg. (1987), S. 169 ff.

gaben für Rentner werden häufig sogar als „... die entscheidende Ursache der Kostenexplosion“ bezeichnet³, „... die Finanzierung der KVdR entwickelt sich zum Kernproblem der Finanzierung schlechthin“⁴.

Die oben angeführten Aspekte – die im nächsten Abschnitt diskutiert werden – dienen zur Begründung der Forderung eines höheren Finanzierungsanteils (bis hin zur vollen Deckung der Krankenversicherungsausgaben der Rentner) durch die gesetzliche Rentenversicherung und die Rentner. In der Diskussion hat besondere Bedeutung der Vorschlag gewonnen, die Krankenversicherungsausgaben für Rentner als Argument zugunsten eines höheren Bundeszuschusses an die Rentenversicherung zu verwenden. „Der Bundeszuschuß wäre von der Rentenversicherung an die gesetzliche Krankenversicherung weiterzureichen. Ziel dieser Maßnahme sollte es in jedem Fall sein, einer wachsenden Solidarbelastung der Aktiven Einhalt zu gebieten.“⁵

Läßt man in diesem Zusammenhang einmal außer Betracht, daß die Forderung nach zusätzlichen Finanzierungsmitteln unter Umständen auch dazu dient, den auf Ausgabenbegrenzung zielenden Druck zu mindern, so ist als Begründung zum einen zu finden, „... daß die

³ Gerhard Zeitel: Die Reform des Gesundheitswesens aus mittelstandspolitischer Verantwortung, in: Mittelstandsvereinigung der CDU/CSU (Hrsg.): MIT Jahrbuch '87 „Strukturreform des Gesundheitswesens – Strategien zur Begrenzung der Sozialkostenlawine“, Bonn 1987, S. 19.

⁴ G. Bauer, J. Steffens, a.a.O., S. 172.

⁵ Eckart Fiedler: Die Finanzierung der Rentner-Krankenversicherung: Die Belastung der Berufstätigen muß verringert werden!, in: Deutsches Ärzteblatt, 84. Jg. (1987), Ausgabe B, Heft 14, S. 648. Fiedler ist Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Vgl. auch eine entsprechende Stellungnahme des niedersächsischen Sozialministers Schnipkowitz (Pressemitteilung des Ministeriums vom 7. März 1987). Demgegenüber vertrat der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages 1985 den Vorschlag, steuerfinanzierte Zuschüsse direkt an die Krankenversicherung zu geben; siehe Karsten Vilmar: Gesundheitspolitik 1985 – ohne Wende?, in: Deutsches Ärzteblatt, 82. Jg. (1985), Ausgabe B, Heft 22.

Kosten auch verursachungsgerecht getragen“ werden sollten⁶, und zum anderen, „daß die kostenmäßigen Auswirkungen der demographischen Entwicklung allein von der Rentenversicherung aufgefangen werden sollen“⁷. Es geht hier also auch um Vorstellungen über eine institutionelle Zuordnung von „Risiken“, hier vor allem um Auswirkungen demographischer Veränderungen.

Längsschnittsbetrachtung

Wenn Beitragseinnahmen und die Ausgaben der GKV getrennt für Rentner und übrige beitragszahlende Versicherte gegenübergestellt werden, so handelt es sich um eine auf einzelne Perioden (Kalenderjahre) bezogene Sicht, also eine Querschnittsbetrachtung. Das in der GKV praktizierte Umlageverfahren scheint diese Betrachtungsweise nahezulegen. Andererseits ist aber zu berücksichtigen, daß die Versicherten im Lebenszyklus Phasen unterschiedlicher „Ausgabenintensität“ durchlaufen, d. h. Phasen mit – über den gesamten Lebenszyklus betrachtet – unterdurchschnittlich und überdurchschnittlich hohen Ausgaben. Dies wird zumeist – wenngleich auch methodisch nicht korrekt – anhand altersspezifischer Ausgabenprofile verdeutlicht.

Die Frage ist nun, ob eine solche Längsschnittsbetrachtung, die sich über den gesamten Lebensablauf oder zumindest große Teile davon erstreckt, für die GKV angemessen ist. Anders ausgedrückt: Ist die GKV auch eine Institution, die dem intertemporalen Risikoausgleich dient, oder geht es nur um den Risikoausgleich innerhalb jeweils einzelner Kalenderjahre zwischen den dann gerade in der GKV Versicherten? Falls auch die

⁶ G. Zeitel, a.a.O., S. 19.

⁷ Positionspapier der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung vom 4. 2. 1987, veröffentlicht unter dem Titel „Gemeinsame Forderungen zur Strukturreform im Gesundheitswesen“, in: Die Ortskrankenkasse, 69. Jg. (1987), S. 103.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

Henry Krägenau

INTERNATIONALE DIREKTINVESTITIONEN AUSGABE 1987

DIN A4, 670 Seiten, 1987, brosch. DM 84,-

ISBN 3-87895-341-0

V E R L A G W E L T A R C H I V G M B H – H A M B U R G

intertemporale Betrachtungsweise angemessen ist, dann stellt sich als weitere Frage, ob es berechtigt ist, diese nur auf die Erwerbsphase zu beziehen, oder ob auch die Rentnerphase mit zu berücksichtigen ist.

Es wird – wenn auch eher implizit – die Vorstellung vertreten, die GKV sei eigentlich eine Einrichtung, die sich auf die Erwerbsphase beziehe. So schreiben beispielsweise Bauer und Steffens⁸, daß „...die GKV in ihren tragenden Funktionsbedingungen überhaupt nicht auf diesen Bereich (gemeint ist dabei die KVdR, W. Sch.) konstruiert worden ist. Sie knüpft vielmehr systematisch am Erwerbsleben, am Erwerbseinkommen und am Leistungsangebot der Akutmedizin an. Sie ist in ihrer individuellen einkommensmäßigen Finanzierung durch größere Gemeinlasten systematisch überfordert, d. h., der Generationenausgleich kann eigentlich gar nicht Gegenstand der solidarischen Ausgleichsfunktion in der GKV sein.“

Zwar wird hier auf die Erwerbsphase abgestellt, doch maßgebend für die Argumentation ist implizit zumindest wiederum die Querschnittsbetrachtung. Dies wird am Ausdruck „Generationenausgleich“ deutlich, bei dem die „Rentner-Generation“ der „Erwerbstätigen-Generation“ gegenübergestellt wird. Betrachtet man allein die Erwerbsphase, die sich ja oft auf rund 40 oder mehr Jahre erstreckt, dann sind zu einem Zeitpunkt in der Erwerbsphase Angehörige vieler oder zumindest mehrerer „Generationen“, d. h. von Altersjahrgängen oder Gruppen von Jahrgängen. Im Hinblick auf die Ausgabenhöhe und die Relationen zwischen ihnen jeweils gezahlten Beiträgen und „verursachten“ Ausgaben unterscheiden sich auch diese Altersgruppen.

Intertemporaler Risikoausgleich

Bei längsschnittsorientierter Betrachtung gibt es Phasen, in denen der Versicherte mehr an Beiträgen zahlt als ihm an Ausgaben zufließt, und umgekehrt. Das heißt, der so berechnete Saldo aus geleisteten Zahlungen und empfangenen, zurechenbaren Ausgaben ist in den einzelnen Altersjahren unterschiedlich und wechselt auch in der Richtung. Ob allerdings diese Richtungsänderung des Saldos in erster Linie verknüpft ist mit dem Überwechseln vom Status des Erwerbstätigen in den des Rentners, wäre empirisch erst noch anhand von Längsschnittsuntersuchungen zu prüfen, da ja – wie erwähnt – dieser Statuswechsel zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Lebenszyklus eintreten kann.

Da der weit überwiegende Teil der Bevölkerung der gesetzlichen Krankenversicherung angehört, scheint

⁸ G. Bauer, J. Steffens, a.a.O., S. 172.

eine Betrachtung angemessen zu sein, die sich auf den gesamten Lebenszyklus erstreckt. Allerdings ist darauf hinzuweisen, daß ein solcher intertemporaler Risikoausgleich voraussetzt, daß die Versicherten im Prinzip auch dauerhaft der GKV angehören. Diese Bedingung ist bei der Ausgestaltung der KVdR jedoch nicht unbedingt erfüllt. Zwar erfordert die Pflichtversicherung von Rentnern in der GKV infolge einer „Vorversicherungszeit“⁹, daß in vielen Fällen eine beträchtliche Länge der Versicherungsdauer während der Erwerbsphase bestand, doch ist dennoch die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß sich die Mitgliedschaft vor allem auf die Phasen erstreckt, in denen üblicherweise überdurchschnittlich hohe Ausgaben auftreten.

Wenn für Rentner der jeweils durchschnittliche Beitragssatz aller Versicherten in der GKV gelten soll, also der Gesichtspunkt des Risikoausgleichs auch über den Lebenszyklus eine Rolle spielt, dann ist damit auch die Frage nach der Dauer der Versicherungspflicht und den sie auslösenden Faktoren gestellt.

Diese Betrachtung läßt es angemessen erscheinen, daß alle Mitglieder den jeweils in einer Periode erforderlichen Beitragssatz entrichten, unabhängig vom Alter und unabhängig von ihrer Beteiligung am Erwerbsleben. Bleibt es – auch aus Praktikabilitätsgesichtspunkten – bei der am durchschnittlichen Beitragssatz orientierten KVdR-Regelung, dann erfordert dies eine Anpassung der jetzt geltenden gesetzlichen Bestimmungen derart, daß von Rentnern und Rentenversicherung zusammen der jeweils kassenübergreifend ermittelte durchschnittliche Beitragssatz erhoben wird, der im Zweifel zur Hälfte von der GRV, zur anderen Hälfte vom Rentner gezahlt wird¹⁰.

Willkürliche Forderung

Folgt man diesen Überlegungen, dann sind Forderungen nach einem höheren als dem durchschnittlichen Beitragssatz in der Rentnerphase nicht überzeugend begründbar, da hierdurch eine nach „Risikogesichtspunkten“ differenzierte Beitragserhebung erfolgen würde, die sich ausschließlich am Status „Erwerbstätigkeit“ und „Rentner“ orientiert. Dies erscheint zumindest willkürlich. Warum sollte dann nicht auch eine Beitragsdifferenzierung nach anderen Risikomerkmalen erfol-

⁹ Es handelt sich hier um die sogenannte „Halbdeckung“, d. h. daß mindestens während der Hälfte des Erwerbslebens eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bestand.

¹⁰ Hier kann nicht auf die materielle Inzidenz von Abgaben eingegangen werden, wer also eine Abgabe jeweils „trägt“. Hingewiesen sei nur darauf, daß die GRV-Zahlungen an die GKV aus deren Einnahmen, d. h. Beiträgen der Versicherten (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) und aus Bundeszuschüssen finanziert werden, wobei in der GRV eine um ein Drittel höhere Beitragsbemessungsgrenze als in der GKV besteht.

gen? Neben Alter und Geschlecht werden in der Diskussion immer wieder Faktoren genannt, die vom Verhalten des Versicherten abhängen und ausgabebeeinflussend sind, wie z. B. Tabak- oder Alkoholkonsum.

Eine solche verursachungsorientierte Risikodifferenzierung setzt nicht nur Annahmen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge voraus, sondern wirft auch Fragen der Kontrollierbarkeit auf. Darüber hinaus stellt sich die generelle Frage, ob überhaupt Risikoklassen gebildet werden sollen (wie in der privaten Krankenversicherung insbesondere nach Alter und Geschlecht). Dies kann hier im einzelnen nicht erörtert werden. Zumindest wäre eine ausschließlich höhere Beitragsbelastung in der Rentnerphase willkürlich und würde dem Gesichtspunkt des intertemporalen Risikoausgleichs widersprechen.

Wenn in der Erwerbsphase die Arbeitsentgelte Grundlage der Beitragsabführung sind, dann erscheint auch die Orientierung der Beitragszahlung von Rentnern an die GKV auf der Basis der jeweiligen Lohnersatzleistungen angemessen¹¹. Forderungen nach Einbeziehung beispielsweise von Vermögensseinkünften sind dann nicht plausibel.

Im Rahmen einer primär beitragfinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung sind auch Vorschläge, Beitragssätze der Rentner an die GKV „sozial zu staffeln“, problematisch. So stellt sich u. a. die verteilungspolitisch relevante Frage, welches das Kriterium für eine solche Staffelung sein soll. Die Rente allein könnte es kaum sein, da von der Rentenhöhe (oft) nicht auf die Einkommenssituation geschlossen werden kann, um die es bei der „sozialen Staffelung“ aber gerade geht.

Wird dagegen das gesamte Einkommen berücksichtigt, dann ist zu fragen, warum dies auf Rentner beschränkt bleiben und nicht z. B. auch auf Arbeitnehmer ausgedehnt werden soll. Abgaben zur Finanzierung der GKV, die an der Leistungsfähigkeit orientiert sind, würden auch in der Erwerbsphase im Zweifel breitere (als nur das Arbeitsentgelt umfassende) Bemessungsgrundlagen erfordern. Damit würde es sich aber um Steuerfinanzierung handeln.

¹¹ Die Beitragsberechnung auf der Basis von Lohnersatzleistungen spielt im Zusammenhang mit Finanzbeziehungen zwischen verschiedenen Sozialversicherungsträgern verschiedentlich eine Rolle. Allerdings sind die Regelungen bislang weder konsequent durchgeführt noch einheitlich. So zahlt die Bundesanstalt für Arbeit für ihre Leistungsempfänger Beiträge an die GRV auf der Basis der Lohnersatzleistung (während die Rentenansprüche nach Maßgabe des früheren Bruttoarbeitsentgelts berechnet werden). Dagegen ist für die Beitragsabführung der Bundesanstalt an die GKV nicht die Lohnersatzleistung, sondern das frühere Bruttoarbeitsentgelt maßgebend. Im Rahmen der KVdR ist wiederum die Lohnersatzleistung Grundlage für die Beitragszahlung. Insgesamt bedarf es systematischer und den Betroffenen verständlich zu machender Regelungen für die Finanzbeziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern. Dabei dürfte allerdings die Beitragspflicht von Rentnern zur GKV insgesamt auf recht großes Verständnis stoßen.

Sowohl höhere Beitragssätze in der Rentner- im Vergleich zur Erwerbsphase als auch eine Staffelung der Beitragsbelastung¹² sind also Fremdkörper in einer lebenszyklusorientierten Konzeption der gesetzlichen Krankenversicherung.

„Demographisches Risiko“

Selbst wenn die Lebenszyklusbetrachtung für die GKV akzeptiert wird und damit der intertemporale Risikoausgleich als Aufgabe, so muß man sich angesichts der relativen Zunahme der Zahl der Rentner dennoch mit der Auffassung von Verbänden und Politikern auseinandersetzen, dieses „demographische Risiko“ (wie es sich in der absoluten und vor allem auch relativen Zunahme von Rentnern an der Gesamtheit der Versicherten ausdrückt) gehöre nicht zu den Aufgaben der GKV.

Nur am Rande sei dabei erwähnt, daß der steigende Rentneranteil nicht nur aus Änderungen der Altersstruktur resultiert, sondern zum nicht unbedeutlichen Teil auch durch politische Entscheidungen bedingt ist, so durch Senkungen von Altersgrenzen und veränderte Bedingungen für die Inanspruchnahme von Erwerbsunfähigkeitsrenten. Der steigende Rentneranteil ist also keinesfalls ausschließlich als „demographisch“ determiniert anzusehen.

Läßt man diesen (allerdings nicht unwichtigen) Aspekt beiseite, so geht es darum, durch wen und im Rahmen welcher Institution „demographisch bedingte“ Ausgabenerhöhungen finanziert werden sollen. Zum Teil wird dies – wie die oben zitierte Äußerung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zeigt – als alleinige Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherung angesehen. Andere sehen dagegen darin eine Aufgabe der „Allgemeinheit“; Ausgaben seien folglich von allen Steuerzahlern zu finanzieren. Beides spielt als Begründung für eine Erhöhung des Bundeszuschusses an die Rentenversicherung eine Rolle, aus dem dann zusätzliche Zahlungen der Renten- an die Krankenversicherung zu finanzieren wären.

Eine möglichst einsehbare und transparente Zuweisung von Risiken zu bestimmten Institutionen ist sicher

¹² Zumindest soweit dies allein auf die Beitragszahlung beschränkt bleibt und nicht eine Belastungsdifferenzierung durch steuerliche Maßnahmen oder Transferzahlungen erfolgt.

¹³ In der Mitte November 1987 veröffentlichten Stellungnahme des AOK-Bundesvorstandes zur Strukturreform in der Krankenversicherung ist die Forderung enthalten, „... das altersbedingte Krankheitsrisiko der Rentner wieder zu gleichen Teilen auf die Rentenversicherung und die Krankenversicherung aufzuteilen“. Hierfür fehlt allerdings eine inhaltliche Begründung, sieht man vom Ziel der „Stabilisierung der finanziellen Entwicklung“ in der GKV ab. Vgl. den Beschuß des AOK-Bundesvorstandes zur Strukturreform, in: Die Ortskrankenkasse, 69. Jg. (1987), S. 637 (Hervorhebung nicht im Original).

wünschenswert¹³. Hieran mangelt es in vielfacher Hinsicht in der deutschen Sozialpolitik. Allerdings sind damit schwierige konzeptionelle Fragen verbunden, bevor über institutionelle Regelungen politisch zu entscheiden wäre.

Kein plausibles Kriterium

Hier sei nur auf die Frage eingegangen, ob die Veränderungen der Altersstruktur eine tragfähige Begründung für die Forderung nach einer Finanzierungsbeteiligung durch die „Allgemeinheit“ sind und folglich dafür,

- daß auch Bevölkerungsgruppen, die nicht in die GKV einbezogen sind, an der GKV-Finanzierung beteiligt werden und
- daß diese Finanzierung nach Maßgabe anderer Lastverteilungskriterien erfolgt als der Beitragsberechnung zugrunde liegen.

Änderungen der Altersstruktur haben in der GKV vielerlei ausgabenwirksame Effekte, zum Teil auch entlastender Art (weniger Kinder – weniger Schwangerschaften und damit Änderungen des altersspezifischen Ausgabenprofils von Frauen, um nur ein Beispiel zu nennen). Soll nun der im Saldo ausgabenerhöhende Effekt des Alterungsprozesses der Bevölkerung ausschließlich in den Aufgabenbereich der GRV verwiesen werden? Hierfür fehlt es an einer überzeugenden Begründung. Gedacht wird in der Regel auch nur an einen Teil des Gesamteffekts, die Ausgabensteigerung durch den höheren Rentneranteil, nicht aber Minderungen z. B. durch weniger Kinder oder Jugendliche, also nicht an den Nettoeffekt.

Da keine eigene Institution besteht zur Bewältigung „demographisch bedingter“ Ausgabenveränderungen – die nicht nur in der GKV, sondern auch in anderen sozialen Leistungsbereichen auftreten –, bleibt die Frage, ob die „Allgemeinheit“ der zuständige Adressat ist, der zur Finanzierung heranzuziehen ist (z. B. durch Bundeszuschüsse an Sozialversicherungsträger).

Eine solche Begründung erscheint mir jedoch nicht überzeugend: Grundlage müßte doch eine Art „Norm-Altersstruktur“ sein, bei der keine finanzielle Beteiligung der „Allgemeinheit“ notwendig wäre. War beispielsweise die Altersstruktur vor 5, 10 oder 20 Jahren diejenige, bei der die ausgabenmäßigen Konsequenzen für die GKV allein von dieser hätten übernommen werden sollen? Es fehlt meines Erachtens an einem plausiblen

Kriterium für die Isolierung bestimmter Ausgaben oder eines Finanzbedarfs, der aus „demographischen Wandlungen“ resultiert und der nicht von den Versicherten in der GKV zu übernehmen ist. Hierzu müßte eine Referenzsituation stichhaltig begründet werden¹⁴.

Wenn ich also die demographischen Veränderungen zur Begründung einer Finanzierung durch die „Allgemeinheit“ (vereinfacht für „Steuerfinanzierung“) als nicht überzeugend ansehe (sei dies durch direkten Zuschuß an die GKV oder auf dem „Umweg“ über steuerfinanzierte Zahlungen an die GRV, die dann an die GKV weitergeleitet werden), dann heißt dies allerdings nicht, daß es nicht andere Begründungen für (teilweise) Steuerfinanzierung von Ausgaben in der GKV gibt. Solche Verteilungs- und allokativenpolitischen Begründungen sind aber nicht Thema dieses Beitrags¹⁵.

Folgerungen

Aus den obigen Überlegungen ziehe ich somit den Schluß, daß eine finanzielle Beteiligung von GRV und Rentnern jeweils auf der Basis des halben durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV eine sachlich begründbare und in der Öffentlichkeit auch relativ gut verständlich zu machende Lösung ist. Sie erfordert eine Anpassung der gesetzlichen Regelungen zu gegebenem Zeitpunkt. Dabei ist die Situation sowohl in der Rentenversicherung als auch in der Krankenversicherung zu berücksichtigen. So wie eine Veränderung des (durchschnittlichen) Beitragssatzes in der GKV die Finanzlage der Rentenversicherung, die Einkommenssituation von Rentnern und Erwerbstätigen berührt, so haben auf der anderen Seite Entscheidungen in der Rentenversicherung über die Höhe der Rentenzahlungen Konsequenzen für die Höhe der Beiträge, die der Krankenversicherung zufließen.

Dies macht einmal mehr deutlich, daß es nicht um isolierte Entscheidungen für einzelne Bereiche geht, sondern stets um eine Abstimmung von Maßnahmen in verschiedenen Bereichen im Hinblick auf die Realisierung der Ziele, die von ihnen betroffen werden. Das gilt nicht nur für die verschiedenen Sozialversicherungszweige in ihren Beziehungen untereinander, sondern auch für die Verknüpfung der Haushalte öffentlicher Gebietskörperschaften mit denen der Sozialversicherung. Die politische Diskussion wird jedoch meist von eher eindimensionaler Betrachtung geprägt. Von einem integrierenden Vorgehen sind wir in der Realität noch recht weit entfernt.

¹⁴ Nur am Rande sei darauf hingewiesen, daß es bei der Aussage, es trate eine „Überalterung“ der Bevölkerung ein, gleichfalls eines Beurteilungskriteriums bedarf, also einer „Norm-Altersstruktur“. Ohne ein solches Beurteilungskriterium bleibt die Aussage inhaltsleer und wirkt negativ wertend.

¹⁵ Siehe hierzu W. Schmähl: Demographischer Wandel, a.a.O., sowie ders.: Gesetzliche Krankenversicherung: Sachleistungen, Art der Einkommensverteilung und Wahl der Finanzierungsart, in: ders. (Hrsg.): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen 1985, S. 89-97.