

Arbeitspapier

herausgegeben von der
Konrad-Adenauer-Stiftung

Nr. 119/2003

Sankt Augustin, Dezember 2003

Der Bericht der Herzog-Kommission und der Beschluss des CDU-Parteitags

Zusammenfassung und Erläuterung des Berichts der Kommission
„Soziale Sicherheit“ vom 29. September 2003 sowie des
Beschlusses des Parteitags der CDU vom 1./2. Dezember 2003

Andrea M. Schneider

Ansprechpartner: Dr. Andrea M. Schneider
Politik und Beratung
Telefon: 030-26996-516
E-Mail: andrea.schneider@kas.de

Postanschrift: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Wichmannstr. 6, 10787 Berlin

Inhalt

Zusammenfassung	II
I. Zusammenfassung und Erläuterung des Berichts der Kommission	
„Soziale Sicherheit“ vom 29. September 2003	1
1 Sozialpolitische Konsequenzen des demographischen Wandels	1
1.1 Demographischer Wandel	1
1.2 Auswirkungen der Demographie auf die sozialen Sicherungssysteme .	1
1.3 Leitgedanken der Kommission	2
2 Reform der Krankenversicherung	2
2.1 Status Quo	2
2.2 Reformvorschläge	3
3 Reform der Pflegeversicherung	6
3.1 Status Quo	6
3.2 Reformvorschläge	7
4 Reform der Alterssicherung	8
4.1 Status Quo	8
4.2 Reformvorschläge	8
5 Reform der Arbeitslosenversicherung	10
5.1 Status Quo	10
5.2 Reformvorschläge	10
6 Gesamtbetrachtung der Auswirkungen der Reformvorschläge	11
7 Die Herzog-Vorschläge auf einen Blick	13
II. Der Beschluss des Parteitages der CDU vom 1./2. Dezember 2003	14
1 Reform der Krankenversicherung	14
2 Reform der Pflegeversicherung	16
3 Reform der Alterssicherung	16
4 Reform der Arbeitslosenversicherung	16
5 Der Parteitags-Beschluss auf einen Blick	17
III. Ansatzpunkte für die weitere Reformdiskussion	18
Die Autorin	24

Zusammenfassung

Die Kommission „Soziale Sicherheit“ wurde am 03.02.2003 unter Vorsitz von Bundespräsident a. D. Prof. Dr. Roman Herzog durch den Bundesvorstand der CDU eingesetzt. Die Aufgabe der sogenannten „Herzog-Kommission“ war es, angesichts der demographischen Entwicklung Reformvorschläge zur Sicherung der Zukunftsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme zu erarbeiten. Nach 14 Sitzungen legte die Kommission am 29.09.2003 ihren Bericht vor.

Der Bericht der Kommission widmet sich in einem ersten Teil den sozialpolitischen Konsequenzen des demographischen Wandels und befasst sich dann in vier Teilen mit der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Pflegeversicherung (PV), der Rentenversicherung (RV) und der Arbeitslosenversicherung (ALV). Der sechste und abschließende Teil betrachtet die Auswirkungen der Reformvorschläge in ihrer Gesamtheit.

Bei den folgenden Ausführungen handelt es sich um eine Zusammenfassung des Berichts, die zum besseren Verständnis um kurz gehaltene Hintergrundinformationen ergänzt wurde. Alle Zahlen und Berechnungen sind dem Bericht der Kommission und dessen Anhang vom 29. September 2003 entnommen. Der Anhang enthält neben den Grundannahmen der zukünftigen wirtschaftlichen Entwicklung (z.B. jährliches reales Wachstum der Arbeitsproduktivität von 1,25% bis 2050; Arbeitslosenquote von 9,6%; jährliches Wachstum der Reallöhne von 1,3%) die finanziellen Eckpunkte zur Reform der KV, RV und ALV sowie die Liste der Kommissionsmitglieder.

Nach einer ausführlichen Diskussion der Empfehlungen der Herzog-Kommission in der CDU, CSU und auch in der Öffentlichkeit sowie nach eingehenden Beratungen auf dem Parteitag der CDU am 1. Dezember 2003 in Leipzig haben die Delegierten dem Antrag des Bundesvorstands der CDU *„Deutschland fair ändern. Ein neuer Generationenvertrag für unser Land“* mit großer Mehrheit zugestimmt. Sie folgen damit im Wesentlichen den Empfehlungen der Herzog-Kommission. Das vorliegende Arbeitspapier schließt mit einer Darstellung der Beschlüsse des Parteitages sowie einigen Gedanken zur Weiterführung der Diskussion um die Reformen der sozialen Sicherungssysteme.

I. Zusammenfassung und Erläuterung des Berichts der Kommission „Soziale Sicherheit“ vom 29. September 2003

1 Sozialpolitische Konsequenzen des demographischen Wandels

Nachdem die umlagefinanzierten sozialen Sicherungssysteme viele Jahrzehnte Sicherheit bei Arbeitslosigkeit, Unfällen, Pflegebedürftigkeit, Krankheit und Alter geboten haben, stehen sie heute vor neuen Herausforderungen.

1.1 Demographischer Wandel

Die **Geburtenrate** ist in Deutschland auf eine der niedrigsten Raten weltweit gesunken: Frauen gebären im Schnitt 1,34 Kinder. Zur Erhaltung des Bevölkerungsbestandes wäre eine Rate von 2,1 erforderlich. Selbst bei einer Netto-Zuwanderung (das ist die Zuwanderung nach Abzug der Abwanderung) von 100.000 Menschen pro Jahr sinkt die Bevölkerungszahl von heute 82,5 Mio. auf 78 Mio. im Jahr 2030 und 68 Mio. im Jahr 2050. Die **Lebenserwartung** wird erfreulicherweise weiter ansteigen. Vor vierzig Jahren hatte ein 60-jähriger Mann die Aussicht auf weitere 15,5 Lebensjahre, eine 60-jährige Frau auf 18,5 Jahre. Im Jahr 2050 werden es 23,7 bzw. 28,8 Jahre sein. Insgesamt wird die Bevölkerung weiter altern. Die Zahl der **Erwerbsfähigen** (20 bis 65 Jahre), die heute bei 52 Mio. liegt, sinkt bis 2030 auf 44 Mio. und bis 2050 auf 37 Mio. Hingegen steigt die Zahl der **Über-65-Jährigen** von heute 13,7 Mio. auf 20,3 Mio. (2030) und 20,6 Mio. (2050). Die zunehmende **Alterung der Bevölkerung** zeigt sich insbesondere im **Altersquotienten**, dem Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den 20- bis 64-Jährigen. Diese Relation, die zugleich in etwa die Relation der Rentenbezieher zu den Rentenbeitragszahlern wiedergibt, wird von heute 29,2:100 auf 50,1:100 (2030) und 59,4:100 (2050) steigen.

Der gegenwärtige Bevölkerungsrückgang bzw. Alterungsprozess kann weder durch Zuwanderung (die notwendige Zuwanderung wäre hinsichtlich Größenordnung und Integrationsleistung unrealistisch) noch durch Bevölkerungspolitik (diese wirkt erst langfristig) ausgeglichen werden.

1.2 Auswirkungen der Demographie auf die sozialen Sicherungssysteme

Als Folge der Alterung der Bevölkerung ist mit **steigenden Aufwendungen für Gesundheit, Pflege und Rente** zu rechnen. Einerseits sind die Kosten für Gesundheit und Pflege für ältere Menschen höher als für jüngere, andererseits steigt mit zunehmender Lebenserwartung die Rentenbezugsdauer. **Kostentreibende Faktoren** sind zudem der wachsende medizinische und medizintechnische Fortschritt (z.B. die kostenintensive Gerätemedizin); fehlender Wettbewerb unter den Leistungserbringern (v.a. Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte und Apotheken) sowie ineffiziente Strukturen und mangelnde Transparenz in der GKV und PV (kaum jemand durchschaut das komplexe Geflecht der GKV oder kennt die Abrechnung seines Arztbesuchs).

Um die steigenden Ausgaben finanzieren zu können, müssten bei gleichzeitig sinkender Zahl von Beitragszahlern die **Beiträge stark steigen**. Würden in den nächsten Jahren keine Reformen durchgeführt werden, so ist mit einem Anstieg der Beiträge von heute 42% der Bruttolöhne und –gehälter auf 54% im Jahr 2030 und 61% im Jahr 2050 zu rechnen. Verschiedene Faktoren führen zudem zu insgesamt **sinkenden und uneteteren Beitragszahlungen**: die Verlängerung der Ausbildungszeiten, der spätere Eintritt in das Berufsleben, die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit sowie der intensivierte Wettbewerb in der globalisierten Welt.

1.3 Leitgedanken der Kommission

Die **Ausweitung der Beiträge** kann **keine akzeptable Lösung** darstellen. Dies würde die Bürger zusätzlich belasten und die Lohnnebenkosten weiter erhöhen, was wiederum zu höherer Arbeitslosigkeit, schwächerer Konjunktur, weiteren Standortverlagerungen von Unternehmen ins kostengünstigere Ausland und geringeren Steuereinnahmen führen würde. Die **Senkung der Ausgaben** der sozialen Sicherungssysteme insgesamt ist **unrealistisch**, selbst bei einer Steigerung der Effizienz der Systeme. Daher muss unter Beibehaltung des solidarischen Ausgleichs zwischen den Generationen und Einkommensgruppen ein Teil der Kosten, insbesondere für kleinere Risiken, künftig in die **individuelle Eigenverantwortung** der Bürger gegeben werden. Um die finanzielle Fähigkeit des Einzelnen zur Vorsorge zu gewährleisten, ist jedoch eine Verzahnung der Reformen mit einer **umfassenden Steuerreform** vonnöten. Entlastet werden müssen die Sozialversicherungssysteme und damit die Beitragszahler auch von Leistungen, die nicht dem eigentlichen Zweck der Systeme dienen. In der Vergangenheit wurden einige **sozialpolitische oder allgemeinpolitische Ziele** von gesamtstaatlicher Ebene in die Sozialversicherungen verlagert, für deren Finanzierung damit nur die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten herangezogen werden. Diese Fehlentwicklungen gilt es zu beseitigen. Weiterhin muss die Wirtschaft von hohen Arbeitskosten entlastet werden, da wirtschaftliches Wachstum Grundvoraussetzung für die Stabilität der Sicherungssysteme ist. Ziel der Kommission ist es, die **Lohnnebenkosten bei ca. 40% der Bruttolöhne zu stabilisieren**. Die von der Kommission vorgeschlagenen Reformen sind **langfristig** angelegt und sollen die **Demographiefestigkeit** der Sozialsysteme erhöhen.

2 Reform der Krankenversicherung

2.1 Status Quo

Am 17.10.2003 hat der Bundesrat dem vom Bundestag am 26.09.2003 verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zugestimmt; damit tritt das Gesetz zum 01.01.2004 zu großen Teilen in Kraft. CDU und CSU hatten sich mit der Regierungskoalition in langen Verhandlungen auf wesentliche Eckpunkte geeinigt und das Gesetzesvorhaben unterstützt.

Die im Rahmen des Gesundheitskompromisses 2003 (GMG) eingeleiteten Maßnahmen können nach Ansicht der Kommission die Probleme der GKV nur kurzfristig dämpfen. Notwendig ist ein Bündel abgestimmter, weit über diesen Kompromiss hinaus gehender, mittel- bis langfristiger angelegter Maßnahmen. Denn in der GKV soll

nach Ansicht der Kommission auch zukünftig der **Grundsatz** gelten, dass medizinisch notwendige Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Versicherungspflicht für alle Versicherten – unabhängig von ihrem Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand oder ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit – erbracht werden müssen. Auch in Zukunft soll der medizinisch-technische Fortschritt der gesamten Gesellschaft zugute kommen. Damit lehnt die Kommission jede Form von Rationierung von Gesundheitsleistungen ab.

Ohne Reformen werden die **Gesundheitsausgaben** aber **dramatisch ansteigen**, während die **Finanzierung immer schwieriger** wird (siehe I.2).

2.2 Reformvorschläge

Die Kommission behält die derzeitige **Pflichtversicherung** für alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bis zu einer Versicherungspflichtgrenze bei, d.h. der bisherige Kreis der Versicherten bleibt gleich. Die Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter und Angestellte in der GKV beträgt 75% der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der RV (2003: 5.100 Euro); im Jahr 2003 liegt sie bei 3.825 Euro.

Die Kommission ist der Meinung, dass die negativen Folgen der demographischen Entwicklung nicht durch eine **Ausweitung des Versichertenkreises** um weitere Personengruppen aufgefangen werden können, wie es z.B. das Modell der „**Bürgerversicherung**“ vorsieht. Während die Einbeziehung aller Bürger (also auch der Beamten, Selbständigen etc.) in die GKV nur ein **geringes zusätzliches Beitragsaufkommen** mobilisieren könnte, entstünden **erhebliche zusätzliche Ausgaben**. Im Ergebnis würde das Finanzproblem der GKV also verschlimmert und über steigende Lohnnebenkosten auch die Wachstumsdynamik in Deutschland nachhaltig beeinträchtigt.

Das Reformziel der Kommission ist die Überführung des heutigen umlagefinanzierten Systems der GKV in ein **kapitalgedecktes, einkommensunabhängiges und erheblich demographiefesteres Prämiensystem**. Nach einer **Umstellungsphase von 10 Jahren** soll ab dem Jahr des Umstiegs, frühestens im Jahr 2013, jeder Versicherte eine **lebenslang gleichbleibende monatliche Prämie** zur Krankenversicherung zahlen. Diese errechnet sich nicht mehr wie bisher nach dem Einkommen des Versicherten, sondern nach den erwarteten Ausgaben für Gesundheitsleistungen, die für einen Versicherten vom Zeitpunkt seines Eintritts in die GKV bis zum Lebensende durchschnittlich anfallen. Die Kommission lehnt Risikoprüfungen bzw. –zuschläge ab. In dieser Kostenprognose wird z.B. auch der zukünftige medizintechnische Fortschritt berücksichtigt.

Für einen 20-jährigen Versicherungsnehmer, der im Jahr 2013 der GKV neu beiträgt, liegt die versicherungsmathematisch errechnete Prämie bei ca. 264 Euro. Während in jungen Jahren relativ geringe Ausgaben anfallen und somit aus den Beiträgen zur GKV ein **individueller Kapitalstock**, d.h. eine individuelle Rückstellung angesparten Kapitals für das Alter, aufgebaut werden kann, steigen die Ausgaben im Alter stark an und können aus dem aufgebauten Kapitalstock beglichen werden.

Für einen 40-jährigen Versicherungsnehmer, der im Jahr 2013 zwar etwa 20 Jahre lang Beiträge zur GKV gezahlt hat, aber keinen individuellen Kapitalstock angesammelt hat, müsste die Prämie relativ hoch ausfallen, wenn sie die tatsächlich über das ganze Leben anfallenden Kosten decken sollte. Die Kommission will aber die bereits

in der GKV versicherten Beitragszahler nicht stärker belasten als den 20-jährigen Neuversicherten. Daher soll die Prämie der „Altfälle“ bei max. 264 Euro gedeckelt werden. Um dies tun zu können, muss in einer Übergangsphase von 10 Jahren bis zur endgültigen Umstellung zum Prämiensystem ein **kollektiver Kapitalstock** gebildet werden. Im Jahr des Umstiegs wird jedem in der GKV Versicherten eine (versicherungsmathematisch errechnete) individuelle altersspezifische Altersrückstellung „mitgegeben“. Sollte der Versicherte später die Krankenkasse wechseln, so „nimmt“ er seine individuelle Altersrückstellung „mit“. Der kollektive Kapitalstock wird sich auf ca. 290 Mrd. Euro belaufen. Ab dem Jahr 2014 wird die Höhe der lebenslang konstanten Prämie für neu in das System eintretende Versichertenjahrgänge jährlich neu berechnet.

Da diese Prämie in ihrer Höhe insbesondere für Geringverdiener eine hohe Belastung darstellt, der solidarische Ausgleich aber erhalten bleiben soll, sieht das Prämienmodell für Bedürftige einen **steuerlichen Ausgleich** vor. Wer keine Steuern bezahlt, wie z.B. Alleinerziehende ohne sozialversicherungspflichtiges Einkommen, erhält direkte staatliche Zuschüsse. Hierfür müssen jährlich Steuermittel in Höhe von ca. 27,3 Mrd. Euro eingesetzt werden.

Wie sieht nun die **Übergangsphase** aus? In dieser Phase soll das derzeitige Umlagesystem mit einkommensabhängigen Beiträgen und der beitragsfreien Familienmitversicherung im Kern erhalten bleiben. Während wie bisher zur Ermittlung des Tatbestands der individuellen Versicherungspflicht auch weiterhin nur das Erwerbseinkommen entscheidend ist, sollen nach Vorschlag der Kommission zur Bemessung des **Beitrags** zur GKV künftig **alle Einkünfte** des Versicherten bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBG) herangezogen werden. (Die BBG der GKV liegt derzeit bei einem monatlichen Bruttoverdienst von 3.450 Euro.) **Kinder** bleiben weiterhin beitragsfrei mitversichert. Zur Bemessung der Beitragshöhe von mitversicherten Ehegatten soll zukünftig ein **Ehegattensplitting** zur Anwendung kommen, es sei denn, dass Zeiten der Kindererziehung oder die derzeitige Pflege von Angehörigen nachgewiesen werden.

Im Gegensatz zum Ehegattensplitting im Steuerrecht, das niedrige und mittlere Einkommensbezieher entlastet, führt das Ehegattensplitting in der GKV dazu, dass höhere Einkommensbezieher zukünftig stärker mit Beiträgen belastet werden sollen. Betrachtet man z.B. ein kinderloses Ehepaar, bei dem der Ehemann monatlich 8.000 Euro Arbeitsentgelt bezieht und die Ehefrau kein eigenes Einkommen hat, so zahlt hier der Ehemann im Jahr 2003 einen GKV-Beitrag von z.B. 14% von 3.450 Euro (BBG), d.h. 483 Euro. Das entspricht 6% seines Einkommens. Das Einkommen über der BBG wird nicht berücksichtigt. Die Ehefrau hingegen ist beitragsfrei mitversichert. Bei dem von der Kommission vorgeschlagenen Ehegattensplitting muss die Ehefrau, die keine Kindererziehungszeiten nachweisen kann und auch aktuell keinen Angehörigen pflegt, eigene Beiträge zahlen. Dazu wird das Einkommen ihres Mannes fiktiv auf ihn und sie gesplittet. Er zahlt also einen Beitrag von 14% von 3.450 Euro und sie ebenso 14% von 3.450 Euro. Das Ehepaar zahlt zusammen Beiträge in Höhe von 966 Euro, das entspricht 12% des Einkommens in Höhe von 8.000 Euro. Zum Vergleich: wer 2.000 Euro verdient (und damit unterhalb der BBG liegt), zahlt 14% seines Einkommens. (Die Prozentsätze in der GKV variieren je nach Krankenkasse.) Das Prämienmodell baut also eine heute bestehende relative Mehrbelastung von Geringverdienern ab.

Um den kollektiven Kapitalstock aufbauen zu können, muss der Beitrag zur GKV für zehn Jahre auf der Höhe von etwa **13,4%** festgeschrieben werden (je nach Krankenkasse sind Schwankungen möglich). Er liegt damit etwa 2,7 Beitragssatzpunkte über

dem Niveau, das sich nach Umsetzung der von der Kommission vorgeschlagenen (und im Folgenden dargestellten) effizienzsteigernden Maßnahmen und Leistungseinschränkungen rechnerisch ergeben würde. Zur dauerhaften Begrenzung der Lohnnebenkosten und zur Schaffung von Kalkulationssicherheit für Unternehmen soll der **Arbeitgeberanteil** zur GKV bei etwa **6,5%** des Bruttoarbeitsentgelts **festgeschrieben** werden. Davon sollen **5,4%** steuerfrei dem Arbeitslohn des Versicherten zugeschlagen, also **ausbezahlt** werden. Mit den verbleibenden **1,1%** sollen die Arbeitgeber im Rahmen einer Pflichtversicherung einen Kapitalstock aufbauen, welcher der Finanzierung des (von der siebten Krankheitswoche an zu zahlenden) **Krankengeldes** (in Höhe von 70% des entgangenen Arbeitseinkommens) dient. Dieses wurde bisher paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert. Es soll nun völlig in die Zuständigkeit der Arbeitgeber übergehen, die bereits für die sechswöchige Lohnfortzahlung im Krankheitsfall zuständig sind. Damit wird für die Arbeitgeber ein deutlicher Anreiz gesetzt, gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen zu vermeiden.

Die Kommission empfiehlt, über den **Zahnersatz** hinaus (Gesundheitskompromiss 2003) weitere, klar abgrenzbare Leistungsblöcke aus dem allgemeinen Leistungskatalog der GKV herauszulösen und einer **privaten Versicherungspflicht** zuzuführen. So soll z.B. die Absicherung der Leistungen für medizinische **Zahnbehandlung** vollständig den Arbeitnehmern übertragen werden. Man rechnet mit monatlichen Versicherungsbeiträgen von ca. 23 Euro für Zahnersatz und -behandlung. Auch Beamte und andere Beihilfeberechtigte wie z.B. Abgeordnete, Regierungsmitglieder und der Bundespräsident sollen diese ausgegliederten Leistungen eigenverantwortlich versichern.

Darüber hinaus soll den Mitgliedern der GKV **mehr Entscheidungsfreiheit über das Ausmaß des Krankenversicherungsschutzes** (z.B. hinsichtlich zusätzlicher Leistungen jenseits eines Standard-Versicherungsschutzes oder hinsichtlich der Höhe der Selbstbeteiligung) gewährt werden.

Um die Kosten des Gesundheitswesens zu dämpfen und die Transparenz der Kosten sowie die Qualität der Gesundheitsleistungen zu erhöhen, schlägt die Kommission vor, die derzeit rein für Verwaltungszwecke genutzten Krankenversichertenkarten zu **elektronischen Gesundheitskarten und Patientenakten** auszubauen.

Auf Gesundheitskarten werden Daten zu Untersuchungen, verordneten Arzneimitteln, Impfungen und Notfalldaten gespeichert; Patientenakten sind elektronische Kopien aller relevanten Daten der Krankengeschichte, die von sämtlichen konsultierten Ärzten, Krankenhäusern etc. zusammengetragen und vom Patienten und einem Arzt kontrolliert werden. Ziel ist es u.a. Doppeluntersuchungen und Arzneimittelunverträglichkeiten zu vermeiden.

Dem Ziel der Kostenreduktion und höheren Transparenz dient ferner die Einführung des **Kostenerstattungsprinzips**, wie es in den privaten Krankenversicherungen üblich ist. Dabei begleichen Patienten die Kosten für ihre Gesundheitsleistungen und erhalten eine Rückerstattung von der Krankenkasse. Dies stärkt nicht nur das Kostenbewusstsein der Patienten, sondern ermöglicht auch die Prüfung von Arztrechnungen.

Zur Kostensenkung sollen weiterhin **Präventivmaßnahmen** wie z.B. regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen durch Beitragsrückerstattungen („Präventions-Bonus“) belohnt werden.

Um die Qualität und Effizienz des Angebots von Gesundheitsleistungen durch Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen etc. zu steigern, sollen generell mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen (z.B. durch freie Wahl und erleichterten Wechsel der Krankenkasse) und auf dem Arzneimittelmarkt ermöglicht und **faire Wettbewerbsbedingungen** für alle Akteure geschaffen werden.

Zur Entlastung der Patienten und der GKV empfiehlt die Kommission die Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes für das Grundbedarfsgut „Arzneimittel“ sowie für zahntechnische Zahnersatzleistungen auf den **ermäßigten Mehrwertsteuersatz** von 7% (bisher 16%).

Welche Umverteilungswirkungen zeitigt das Prämiensystem? Die Umverteilung zugunsten der kleinen und mittleren Einkommen findet im Prämiensystem nicht mehr länger in der GKV statt, in der Beamte und Gutverdienende nicht enthalten sind und in der die BBG dafür sorgt, dass die durchschnittliche Abgabenbelastung der Geringverdiener prozentual höher ist als die der Gutverdiener. Zukünftig findet der **Solidarausgleich innerhalb des Steuersystems** statt, in dem durch den progressiven Steuersatz die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Bürger und Unternehmen berücksichtigt wird und in dem alle Einkunftsarten (z.B. Mieten und Zinsen) herangezogen werden. Die Kommission sieht hierin einen gerechteren Umverteilungsmechanismus. Zugleich stellt dieser Mechanismus eine größtmögliche Transparenz der Kosten des Solidarausgleichs her.

Die Union unterscheidet in ihrer Argumentation häufig Prämien von Kopfpauschalen, wengleich diese Begriffe in der Öffentlichkeit in der Regel synonym verwendet werden. Während die **Prämie** einer Alterskohorte auf der Grundlage der für diese Kohorte anfallenden Kosten **lebenslang konstant**, damit berechenbar und außerdem **unabhängig vom demographischen Wandel** ist, wird in Modellen mit **Kopfpauschalen** meist der Einheitspreis für alle Versicherten auf Grundlage der in einem Jahr für alle Versicherten anfallenden Gesundheitskosten jährlich neu kalkuliert. D.h. die Prämie bleibt für den einzelnen Versicherten lebenslang konstant, die Kopfpauschale ändert sich für jeden jährlich. In beiden Modellen kommt es zu einer Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken. In einem derartigen Kopfpauschalen-Modell kommt es aber auch zu einer Umverteilung zwischen Jungen und Alten in dem Sinne, dass die Jungen die Gesundheitslasten der Älteren überproportional tragen. Diese Belastung steigt aufgrund der demographischen Entwicklung im Zeitverlauf und wird daher als zunehmend ungerecht empfunden.

Ein weiterer großer Vorteil der Prämien gegenüber allen anderen Reformmodellen, auch gegenüber der Bürgerversicherung, ist nach Ansicht der Kommission die **deutliche Senkung der Lohnnebenkosten** und der damit verbundene Wachstums- und Beschäftigungsimpuls.

3 Reform der Pflegeversicherung

3.1 Status Quo

Derzeit sind in Deutschland ca. 1,9 Millionen Menschen in unterschiedlichem Ausmaß dauerhaft auf Pflege angewiesen und werden zum größten Teil von Angehörigen betreut. Angesichts der Alterung der Bevölkerung und der damit einhergehenden Kostenexplosion in der Pflege steht die PV jedoch vor der Notwendigkeit einer grundlegenden Reform.

Ohne Reformen wird der Beitragssatz von heute 1,7% auf 2,6% im Jahr 2030 steigen. Allerdings sind seit Einführung der PV im Jahr 1995 die Leistungen für Pflegebedürftige konstant geblieben, während die Kosten für diese Leistungen anstiegen.

Berücksichtigt man eine regelmäßige Erhöhung der Pflegeleistungen, so müsste der Beitragssatz sogar auf 3,9% (2030) und 5,8% (2050) angehoben werden, um der Kostenentwicklung gerecht zu werden.

3.2 Reformvorschläge

Auch zukünftig sollen für die PV als Pflichtversicherung die **Grundsätze** gelten, dass die häusliche Pflege Vorrang vor der stationären Pflege haben muss, dass Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation Vorrang vor Maßnahmen der Pflege haben müssen und dass Pflegebedürftigkeit nicht zwangsweise in die Sozialhilfebedürftigkeit führt.

Eine Reform der PV darf keinesfalls durch eine Kürzung von Sach- und Geldleistungen, z.B. durch die Streichung der Pflegestufe 1, finanziert werden. Die Kommission spricht sich für die Beibehaltung der Pflegestufen aus. Um die häusliche Pflege zu stärken, empfiehlt die Kommission jedoch eine Anpassung der Zuschüsse. Diese liegen in den Pflegestufen 1 und 2 im Fall der stationären Pflege deutlich höher als bei der häuslichen Pflege. Eine Reform muss generell ein konstantes Niveau der Pflegeleistungen sicherstellen und einen steigenden Zuzahlungsbedarf zu Lasten der Pflegebedürftigen verhindern. Dazu ist eine **Anpassung (Dynamisierung) der Pflegeleistungen an die tatsächlichen Pflegekosten** vorzunehmen.

Analog zur GKV soll auch die PV **nach einer Übergangsphase** in ein **kapitalgedecktes Prämiensystem** überführt werden. In der im Vergleich zur Reform der GKV längeren Übergangsphase bis etwa zum Jahr 2030 wird durch einen erhöhten Beitragssatz (3,2%) ein kollektiver Kapitalstock aufgebaut, um für die Älteren die Prämie dauerhaft deckeln zu können. Die lebenslange monatliche Prämie für einen 20-Jährigen wird etwa 52 Euro, für die 45-Jährigen und Älteren etwa 66 Euro betragen.

Ebenso wie in der GKV sollen zur Bemessung des Beitrags in der Übergangsphase **alle Einkünfte** des Versicherten bis zur BBG herangezogen werden. Auch hier sind Kinder und Ehepartner von Versicherten ohne eigenes Einkommen, die Kinder erziehen oder Angehörige pflegen (und zwar nur für die Zeit der Pflege), **beitragsfrei mitversichert**. Zudem sollen Ehepartner mit Kindern eine **Beitragsbegünstigung** in Höhe von 10 Euro pro Kind und Monat, finanziert aus allgemeinen Steuermitteln, gewährt werden. Diese Form des sozialen Ausgleichs in Höhe von jährlich etwa 9 Mrd. Euro soll über Steuern finanziert werden. Das Verfahren des **Ehegattensplittings** wird analog zur GKV angewendet.

Grundsätzlich will die Kommission an der **paritätischen Finanzierung** der Beiträge zur PV durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber festhalten. Zur Entlastung der Arbeitgeber bzw. zur Vermeidung der Erhöhung der Lohnnebenkosten in der Überführungsphase schlägt die Kommission jedoch den Verzicht auf einen Urlaubs- oder Feiertag oder eine Verlängerung der Jahresarbeitszeit vor. Damit reduziert sich der Arbeitgeberanteil zur PV von 1,6% auf real 1,1%.

Gegenüber jüngeren Versicherungspflichtigen, die ihr volles Erwerbsleben zur Finanzierung der PV beitragen, profitieren heutige Pflegebedürftige von der PV relativ

stark, da sie selbst nur geringe Beiträge geleistet haben. Um die **Lasten der Generationen** gerechter zu verteilen, sollen daher die Beiträge der Rentner zur PV maßvoll erhöht werden – unter Berücksichtigung sozialer Kriterien, der Zahl der Kinder und der Dauer der Beitragszahlung zur PV.

4 Reform der Alterssicherung

4.1 Status Quo

Einer sinkenden Zahl an Beitragszahlern (niedrige Geburtenrate) steht eine steigende Rentenbezugsdauer (Frühverrentung und steigende Lebenserwartung) gegenüber. **Ohne Reformen** werden entweder die Beitragssätze zur RV erheblich steigen müssen, um ein gewohntes Rentenniveau sicherzustellen, oder Rentner müssen bei gleichbleibenden Beiträgen ein Rentenniveau hinnehmen, das dem Niveau der Sozialhilfe entspricht oder es sogar unterschreitet.

4.2 Reformvorschläge

Ziele der Reformen sind eine neue Balance zwischen gesetzlicher, privater und betrieblicher Altersvorsorge; zielgerichtete Maßnahmen gegen Altersarmut; die Aufrechterhaltung des Zusammenhangs zwischen Beitragsleistung und Rentenhöhe; die Verbesserung der eigenständigen Alterssicherung von Frauen; die Stärkung der Altersvorsorge von Familien sowie die Begrenzung der Beiträge zur RV auf 20%.

Die Kommission sieht keinen gangbaren finanzierbaren Weg, das derzeitige, überwiegend umlagefinanzierte System hin zu einem gänzlich oder überwiegend kapitalgedeckten System umzubauen. Ziel muss es aber sein, die kapitalgedeckte betriebliche und private Altersvorsorge zu stärken. Dazu ist es unumgänglich, die Reform der RV mit einer großen Steuerreform zu verbinden, die den Eingangs- und Spitzensteuersatz deutlich absenkt, den Steuerzahler entlastet und ihm damit finanziellen Spielraum für die private Altersvorsorge gibt. Die Anerkennung der Erziehungsleistung der Familien in der Rente muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zukünftig aus allgemeinen Steuermitteln und nicht nur aus den Beiträgen der Versicherten finanziert werden.

Die vorgeschlagene Reform zielt auf die **Ausweitung der Zeiten, in denen Beiträge gezahlt** werden. Dazu soll die effektive Lebensarbeitszeit um bis zu vier Jahre verlängert werden. Wer 45 Versicherungsjahre nachweist und das 63. Lebensjahr vollendet hat oder bei einer geringeren Zahl von Versicherungsjahren das 67. Lebensjahr vollendet hat, soll in Zukunft abschlagsfrei Rente beziehen können. Wer hingegen früher bzw. später in Rente gehen will, soll versicherungsmathematisch korrekt ermittelte Abschläge bzw. Zuschläge erhalten. Das Rentenzugangsalter von heute 65 Jahre soll zwischen 2011 und 2023 schrittweise auf 67 Jahre erhöht werden. Anreize zur Frühverrentung sollen beseitigt werden. Zudem ist es Aufgabe der Länder, die Zeit der Erstausbildung zu verkürzen und damit für einen früheren Eintritt in das beitragspflichtige Erwerbsleben zu sorgen.

Die jährliche prozentuale Anpassung bzw. Erhöhung der Renten, die durch eine Rentenanpassungsformel (aktueller Rentenwert) errechnet wird, soll durch einen **erweiterten Demographiefaktor** dahingehend korrigiert werden, dass das sinkende Verhältnis der Beitragszahler zu den Leistungsempfängern Berücksichtigung findet. Bei steigender Lebenserwartung und/oder sinkender Zahl der Erwerbstätigen verläuft der Rentenanstieg dann langsamer. Zu prüfen ist, ob die bestehende Grundsicherung durch eine steuerfinanzierte, bedürftigkeitsabhängige Basisrente, die 15% über der Sozialhilfe liegt, ersetzt werden sollte.

Die rot-grüne Bundesregierung hat nach der Bundestagswahl 1998 den von der CDU/CSU-FDP-Regierung beschlossenen demographischen Faktor, der 1999 erstmals angewendet werden sollte, abgeschafft. Die von der rot-grünen Bundesregierung eingesetzte „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“, die sog. „Rürup-Kommission“, schlägt nun die Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors vor, der die Entwicklung des Altersquotienten berücksichtigt. Der erweiterte demographische Faktor der Herzog-Kommission ist damit nahezu identisch.

Um die Erziehungsleistung zu würdigen und die **Alterssicherung insbesondere von Frauen und Alleinerziehenden** zu sichern, empfiehlt die Kommission die Kindererziehungszeiten, welche in der Berechnung der Rente berücksichtigt werden und sich rentenerhöhend auswirken, zu verdoppeln: für Kinder, die nach dem 01.01.1992 geboren worden sind, sollen zukünftig sechs statt drei Jahre und für Kinder, die vor dem 01.01.1992 geboren worden sind, zwei statt einem Jahr berücksichtigt werden. Weil es sich bei der Anerkennung von Kindererziehungszeiten um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, sollen die hierfür nötigen Mittel zukünftig durch Steuermittel finanziert werden. Aus dem gleichen Grund sollen auch **versicherungsfremde Leistungen** (wie z.B. Renten für Zeiten der Internierung oder Gefangenschaft im Zweiten Weltkrieg) vollständig durch den steuerfinanzierten **Bundeszuschuss** gedeckt werden.

Die Lebensentwürfe von Familien und Frauen haben sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert: die Berufstätigkeit von Frauen hat zugenommen und die Anzahl von Haushalten mit Ehemännern als Alleinverdienern abgenommen. Daher muss auch die Art der **Hinterbliebenenversorgung** an die veränderten Lebenswirklichkeiten angepasst werden. Die Kommission empfiehlt daher, die Höhe der Hinterbliebenenversorgung schrittweise zurückzuführen.

Weiterhin empfiehlt die Kommission die **Schwankungsreserve** auf zwei Monatsausgaben der RV zu erhöhen (sie lag im September 2003 bei 0,39 einer Monatsausgabe). Diese Reserve soll sicherstellen, dass trotz teilweise stark schwankender Einnahmen der Versicherungsträger kein Finanzierungsengpass entsteht und die Renten pünktlich zum Monatsbeginn ausgezahlt werden können.

Für die derzeitige uneinheitliche steuerliche Behandlung der Beiträge zur RV von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie der Alterseinkünfte von Arbeitnehmern und Beamten fordert das Bundesverfassungsgericht bis zum 01.01.2005 eine Neuregelung. Die Kommission empfiehlt in diesem Zusammenhang die **Freistellung der Altersvorsorge-Aufwendungen von der Steuerpflicht** und die **Besteuerung der Alterseinkünfte** (Prinzip der „nachgelagerten Besteuerung“).

Zur Stärkung der **betrieblichen Altersvorsorge** soll bei Abschluss eines Arbeitsvertrages gesetzlich zwingend eine entsprechende Entgeltumwandlung vereinbart werden. Der betriebliche Altersvorsorgevertrag ist an die Person zu binden, damit er bei einem Wechsel des Arbeitgebers erhalten bleibt. Die bestehende **staatliche Förderung der privaten Vorsorge** („Riester-Rente“) ist der Kommission zufolge gescheitert. Das komplizierte Förderverfahren muss daher vereinfacht, die Förderung des selbst genutzten Wohneigentums ausgebaut und die Anforderungen an die staatlich geförderten Altersvorsorgeprodukte liberalisiert werden.

5 Reform der Arbeitslosenversicherung

5.1 Status Quo

Das System der ALV zeitigt vielerlei Fehlentwicklungen und Fehlanreize. So stehen heute Beitragshöhe und Leistungsanspruch nicht mehr in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander, der Versicherungscharakter der ALV wurde ausgehöhlt und die ALV mit allgemeinen sozialpolitischen Aufgaben überfordert. **Ohne Reformen** werden diese Fehlentwicklungen in der ALV die Sozialversicherungen und ihre Finanzierungsbasis insgesamt nachhaltig belasten.

5.2 Reformvorschläge

Die Kommission spricht sich für den Verbleib im System aus. Ziel der Reform ist es, den Versicherungscharakter wieder stärker zur Geltung sowie Beitragshöhe und Leistungsanspruch in ein vertretbares Verhältnis zu bringen. Der Verbleib in der Arbeitslosigkeit darf nicht attraktiver sein als die Aufnahme einer Beschäftigung. Die Kommission avisiert eine Beitragshöhe von unter 5% (gegenüber heute 6,5%).

Die ALV ist auf folgende **Kernaufgaben** zurückzuführen:

- Arbeitsvermittlung;
- Abwicklung des Arbeitslosengeldes, Kurzarbeitergeldes und Insolvenzgeldes;
- Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung;
- aktivierende, streng vermittlungsorientierte Arbeitsmarktpolitik und
- berufliche Rehabilitation.

Die Kommission macht verschiedene Vorschläge zur **Streichung** von Maßnahmen (z.B. JUMP und ABM/SAM in den westlichen Bundesländern), zur **Herauslösung** aus der ALV (z.B. PSA, ABM/SAM in den östlichen Bundesländern) und zur **Leistungssenkung** (z.B. berufliche Weiterbildung).

Um die Relation von Beiträgen und Leistungen ins Lot zu bringen und Arbeitslose zu einer raschen, aktiven Beschäftigungssuche zu motivieren, wird folgende **Staffelung** beim Bezug von Arbeitslosengeld vorgeschlagen:

- nach 12 Monaten einer beitragspflichtigen Beschäftigung besteht ein Anspruch auf Arbeitslosengeld für die Dauer von 6 Monaten;

- nach 16 Monaten Beitragszeit ein Leistungsanspruch von 8 Monaten;
- nach 20 Monaten Beitragszeit ein Leistungsanspruch von 10 Monaten;
- nach 24 Monaten und mehr Beitragszeit ein Leistungsanspruch von 12 Monaten. (Die bestehende weitere Staffelung von 12 bis 32 Monaten für die 45- bis 65-Jährigen entfällt.)
- Für Beitragszahler, die mindestens 55 Jahre alt sind und in den letzten sieben Jahren insgesamt 48 Monate mit beitragspflichtiger Beschäftigung nachweisen können, besteht ein Leistungsanspruch von 18 Monaten.
- Für Beitragszahler, die 40 Jahre lang Beiträge geleistet haben, soll aus Gründen des Vertrauensschutzes für einen Übergangszeitraum eine Sonderregelung gelten, nach der ein Anspruch von 24 Monaten besteht.

Generell soll die ALV ein großes Lebensrisiko solidarisch absichern. Die Finanzierung kleiner Risiken, wie kürzere Zeiten der Arbeitslosigkeit, können jedoch in die Verantwortung des Einzelnen übertragen werden. Daher soll das Arbeitslosengeld im ersten Monat der Arbeitslosigkeit um 25% abgesenkt werden, sofern dadurch das Sozialhilfeniveau nicht unterschritten wird.

Entscheidend ist es nach Ansicht der Kommission, neben den Reformen der ALV durch **arbeitsmarkt- und sozialpolitische Reformen** die Arbeitslosigkeit zu senken. Dazu bedarf es einer Umwandlung bisheriger Lohnersatzleistungen in Lohnergänzungsleistungen, einer Neuausrichtung der Arbeitslosen- und Sozialhilfe und einer Übertragung der regionalen Arbeitsmarktpolitik auf die Ebene der Gemeinden – Maßnahmen, wie sie in einem Gesetzesentwurf der Union („Existenzgrundlagengesetz“) vorgesehen sind, der im September dieses Jahres in den Bundestag und Bundesrat eingebracht worden ist.

6 Gesamtbetrachtung der Auswirkungen der Reformvorschläge

- Ohne Reformen steigt die **Summe der Beitragssätze** zu den vier Säulen der Sozialversicherung von heute 42% bis zum Jahr 2030 auf insgesamt 54% (bis zum Jahr 2050 sogar auf 61%). Durch die Reformvorschläge der Kommission werden die Beitragssätze dauerhaft auf 26% (im Jahr 2030) reduziert – d.h. um mehr als die Hälfte!
- Die **Ausgaben der Sozialversicherungen** können durch die Reformen im Jahr 2030 um mehr als 325 Mrd. Euro gesenkt werden.
- Die Nettoentlastung, d.h. die Erhöhung des verfügbaren Einkommens der **Arbeitnehmer**, liegt im Jahr 2030 unter Berücksichtigung der Mehrausgaben für das Prämienmodell und Zusatzversicherungen netto bei 40 Mrd. Euro; dies entspricht einer Einkommenserhöhung von 13,3%.
- Die **Arbeitgeber** werden um 44 Mrd. Euro entlastet.
- Die Mehrausgaben für die **öffentliche Hand** belaufen sich im Jahr 2030 auf 43 Mrd. Euro. (Die Union berät derzeit verschiedene Möglichkeiten der Finanzierung.)
- Auch **Familien** profitieren von den Reformen mit einer deutlichen Entlastung.

- Für **künftige Rentnerinnen und Rentner** reduziert sich das verfügbare Einkommen um ca. 260 Euro im Monat, dies liegt v.a. an der langsameren Erhöhung der Rentenbezüge. Real steigen die Renten nach den Berechnungen der Kommission aber, die Standardeckrente liegt im Jahr 2030 12% über dem heutigen Wert. Außerdem ist die künftige Rentnergeneration des Jahres 2030 die Generation der deutlich entlasteten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der vorhergehenden Jahre. Diese hatten durch die Reformen die Möglichkeit, die geringeren gesetzlichen Rentenleistungen durch private und berufliche Altersvorsorge um ein Mehrfaches zu kompensieren.

In ihren Reformvorschlägen sieht die Kommission „Soziale Sicherheit“ die Möglichkeit, die sozialen Sicherungssysteme in sozial ausgewogener Form auf eine langfristig tragfähige Finanzierungsbasis zu stellen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Zukunftssicherung des Sozialstaats zu leisten. Sie sieht hierin einen „**Neuen Generationenvertrag**“.

7 Die Herzog-Vorschläge auf einen Blick

Gesetzliche Krankenversicherung		
Heute	Übergangsphase von ca. 10 Jahren (2003-2012)	ab 2013 (frühestens)
umlagefinanziertes System	Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks	kapitalgedecktes Prämienmodell; Umwandlung des kollektiven Kapitalstocks in altersspezif. Altersrückstellungen
Beitrag: ca. 14,0% (je nach Krankenkasse) (je 50% AN und AG)	AN: 6,9% AG: 5,4%, konst. Beitrag, (Auszahlung an AN) + 1,1% (Kapitalstock f. Krankengeld) = 13,5%	AN: konst. Prämie von ca. 264 € (Neubeitritt und derzeit Versicherte) AG: 5,4% konst. Beitrag, (Auszahlung an AN) + 1,1% (Kapitalstock f. Krankengeld)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ beitragsfreie Familienmitversicherung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ beitragsfreie Familienmitversicherung (Kinder, Erziehende und Pflegende ohne Einkommen) ▪ Ausweitung der Beitragsbasis auf alle Einkunftsarten ▪ Ehegattensplitting 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prämienfreie Mitversicherung von Kindern ▪ solidarischer Ausgleich für Einkommensschwache
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausgliederung von Leistungen 	
Pflegeversicherung		
Heute	Übergangsphase von ca. 26 Jahren (2003-2030)	ab 2030 (frühestens)
umlagefinanziertes System	Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks	kapitalgedecktes Prämienmodell; Umwandlung des kollektiven Kapitalstocks in altersspezif. Altersrückstell.
Beitrag: 1,7% (AN: 0,85% AG: 0,85%)	Beitrag: 3,2% (AN: 1,6%; AG: 1,6%) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beitragsbegünstigung von 10 € pro Kind und Monat ▪ beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, Erziehenden und Pflegenden ohne Einkommen ▪ Ehegattensplitting 	AN: konst. Prämie von ca. 52 € (Neubeitritt) bzw. 66 € (Über-45-Jährige) AG: 1,6% <ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Risikoprüfung bzw. -zuschläge und Kontrahierungszwang der Versicherer
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhalt aller Pflegestufen, Dynamisierung der Geld- und Sachleistungen ▪ Stärkung der häuslichen Pflege 	
Rentenversicherung		
Heute	zukünftig (ab dem Zeitpunkt der Einführung der Reform)	
umlagefinanziertes System Rente mit 65 Jahren Beitrag: 19,5% (je 50% AN und AG)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ abschlagsfreie Rente nach 45 Beitragsjahren (Korridor für Rentenzugang zwischen 63 und 67 Jahren) ▪ erweiterter Demographiefaktor ▪ Verdoppelung der anzurechnenden Erziehungszeiten ▪ Stärkung der betrieblichen und privaten Altersvorsorge ▪ Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen 	
Arbeitslosenversicherung		
Heute	zukünftig	
alters- und beitragsabhängige Bezugsdauer: 6-32 Monate Beitrag: 6,5% (je 50% AN und AG)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Senkung der Bezugsdauer (max. 12 Monate, außer Beitragszeit ≥ 40 Jahre oder Alter ≥ 55 Jahre) und der Leistungshöhe (im 1. Monat um 25%) ▪ Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen ▪ Beseitigung von Anreizen zur Frühverrentung ▪ Entbürokratisierung und mehr Verantwortung für reg. Arbeitsmarktpolitik 	

II. Der Beschluss des Parteitages der CDU vom 1./2. Dezember 2003

Nach einer ausführlichen Diskussion der Empfehlungen der Herzog-Kommission in der CDU, CSU und auch in der Öffentlichkeit sowie nach eingehenden Beratungen auf dem Parteitag der CDU am 1. Dezember 2003 in Leipzig haben die Delegierten bei vier Gegenstimmen und einer Enthaltung dem Antrag des Bundesvorstands der CDU „*Deutschland fair ändern. Ein neuer Generationenvertrag für unser Land*“ zugestimmt. Sie folgen damit im Wesentlichen den Empfehlungen der Herzog-Kommission.

1 Reform der Krankenversicherung

Der Parteitag ist der Herzog-Kommission in dem wesentlichen Paradigmenwechsel, der Umstellung des Systems der GKV von einem einkommensabhängigen Beitragssystem hin zu einem einkommensunabhängigen Prämiensystem, gefolgt. Im Detail hat man sich zum Teil für andere Ausgestaltungsformen entschieden. Während der Herzog-Bericht vorschlug, frühestens 2013, nach einer ca. 10-jährigen Übergangsphase, in der ein kollektiver Kapitalstock angespart werden sollte, auf **Gesundheitsprämien** umzustellen, sieht der Beschluss des Parteitags vor, die Gesundheitsprämie so schnell wie möglich nach einem Regierungswechsel einzuführen.

Die Prämie von insgesamt **200 Euro** setzt sich für Erwachsene aus einem Grundbeitrag von 180 Euro und einem Vorsorgebeitrag von 20 Euro zusammen. Der Grundbeitrag soll den Krankenkassen Einnahmen in unveränderter Höhe sichern, mit denen der heutige Leistungskatalog finanziert und erhalten werden kann. Gegenüber dem Vorschlag des Herzog-Berichts liegt die Prämie damit deutlich niedriger und ist keine lebenslang konstante Prämie. Vielmehr muss sie entsprechend der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen angepasst werden.

Darüber hinaus ist die CDU abgerückt von zwei weiteren Vorschlägen der Herzog-Kommission, und zwar erstens das Krankengeld aus der paritätischen Finanzierung herauszulösen und den Arbeitgebern zu überantworten, und zweitens die Zahnbehandlung aus dem Leistungskatalog der GKV auszugliedern und in die Verantwortung der Arbeitnehmer zu stellen. Hinsichtlich des Leistungsumfanges, der Möglichkeit zusätzliche Leistungen durch höhere Beiträge zu finanzieren und der Möglichkeit, durch höhere Selbstbehalte niedrigere Beiträge zu zahlen soll es jedoch wie von Herzog vorgeschlagen mehr Entscheidungsfreiheit für den Versicherten geben.

Der Beschluss hält im Prinzip am ursprünglichen Modell des Herzog-Berichts fest, in der Zukunft auf ein Modell mit lebenslang konstanten Prämien umzustellen und dafür einen kollektiven Kapitalstock aufzubauen. Sie organisiert den Aufbau des Kapitalstocks jedoch über eine für jeden Versicherten gleich hohe Prämie von 20 Euro und setzt sich keinen Termin für eine Umstellung. Der Herzog-Bericht sah für den Aufbau des Kapitalstocks bis (frühestens) 2013 eine Erhöhung des Beitragssatzes zur GKV um etwa 2,7 Prozentsatzpunkt vor. In diesem Fall hätten die Versicherten in Abhängigkeit von ihrem Einkommen zum Aufbau des Kapitalstocks beigetragen. In beiden

Modellen wird der Kapitalstock zum Zeitpunkt der Umstellung auf ein Modell lebenslang konstanter Prämien in versicherungsmathematisch errechnete individuelle Altersrückstellungen umgewandelt.

Nach dem Beschluss der CDU bleiben **Kinder** wie bisher beitragsfrei mitversichert, jedoch zahlt die Kindergeldstelle für diese einen Beitrag in halber Höhe des Grundbeitrages, d.h. **90 Euro**. Auf diese Weise sollen in Zukunft alle Steuerzahler für die Krankheitskosten der Kinder (der gesetzlich Versicherten) aufkommen und nicht mehr nur die gesetzlich Versicherten, wie es bisher der Fall war. Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Familienförderung wird damit ins Steuersystem verlagert.

Wie von der Herzog-Kommission vorgesehen soll der **Arbeitgeberanteil** zur GKV bei **6,5%** des Bruttoarbeitsentgelts **gedeckt** werden. Während Herzog jedoch noch 1,1 Prozentpunkte des Arbeitgeberanteils für die Übertragung des Krankengeldes in die Verantwortung der Arbeitgeber vorsah und die restlichen 5,4% steuerfrei dem Arbeitslohn zuschlug, hat sich die CDU in ihrem Parteitags-Beschluss darauf geeinigt, den vollen Satz von 6,5% an die Arbeitnehmer auszuzahlen und als ständigen Lohnbestandteil der **Besteuerung** zu unterwerfen.

Der bereits im Herzog-Bericht vorgesehene **soziale Ausgleich** für Geringverdiener wurde im Zuge des Parteitagsbeschlusses nun konkretisiert. Der Ausgleich soll automatisch zwischen Finanzamt und Krankenversicherung erfolgen. Grundlage ist der jeweils gültige Einkommensteuerbescheid, in der Regel der des vorletzten Kalenderjahres. Die Einkommensgrenze, bis zu der ein solidarischer Ausgleich greift, liegt nach derzeitigen Beitragssätzen in der GKV bei ca. **1.400 Euro** für Alleinstehende und **2.800 Euro** für Verheiratete mit einem Verdienenden. Eine Anrechnung des Vermögens soll nicht erfolgen. Damit bestätigt der Parteitag die Verlagerung des Solidarausgleichs vom GKV-System in das Steuersystem, wodurch zukünftig alle Steuerzahler entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zur Finanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe herangezogen werden.

In einer Übergangsphase von vier Jahren nach der Umstellung soll gewährleistet werden, dass – unter Berücksichtigung des als Lohnbestandteil ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags – durch die Prämienzahlung kein Versicherter effektiv höher belastet wird als unmittelbar vor der Umstellung. Auch nach der Übergangsphase wird eine unzumutbare Belastung der Versicherten vermieden, indem die **Prämiengesamtbelastung des Haushalts auf 15% des Bruttogesamthaushaltseinkommens begrenzt** wird.

Die Gegenfinanzierung der Prämienzahlungen für Kinder in Höhe von ca. 15 bis 17 Mrd. Euro kann aus dem Steuerertrag des Arbeitgeberanteils zur GKV erfolgen. Die Finanzierung des sozialen Ausgleichs für Geringverdiener in Höhe von ca. 10 Mrd. Euro kann aus dem durch die wirtschaftliche Dynamik gestiegenen allgemeinen Einkommensteueraufkommen, durch den Abbau von Subventionen oder durch eine Verzahnung mit einer großen Einkommensteuerreform gesichert werden.

Die Prävention soll nicht nur durch Präventions-Boni in der Prämiengestaltung Berücksichtigung finden, sondern zu einer gleichberechtigten Säule neben der Heilbehandlung, Rehabilitation und Pflege ausgebaut werden.

2 Reform der Pflegeversicherung

Der Parteitag der CDU ist auch in der Pflegeversicherung der Empfehlung der Herzog-Kommission gefolgt, baldmöglichst auf ein **Prämiensystem** mit einer starken kapitalgedeckten Komponente umzusteigen. Ebenso wie in der GKV soll auch in der PV der Arbeitgeberanteil an die Arbeitnehmer ausgezahlt und versteuert werden. Die Leistungen sollen dynamisiert werden. Eine Abschaffung der Pflegestufe 1 wird strikt abgelehnt.

Entsprechend einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ist es mit dem Grundgesetz nicht zu vereinbaren, wenn Mitglieder der PV, die Kinder erziehen und damit einen monetären und generativen Beitrag zur Funktionsfähigkeit des umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems leisten, gleich hohe Beiträge zur PV leisten wie Mitglieder ohne Kinder. Daher sollen beitragspflichtige Ehepartner mit Kindern eine **Beitragsbegünstigung von 10 Euro** pro Kind und Monat erhalten. Hingegen lehnt die CDU einen Beitragszuschlag für Versicherte, die keine Kinder erziehen oder Angehörige pflegen, strikt ab.

3 Reform der Alterssicherung

Auch in ihren Beschlüssen zur Reform der Alterssicherung folgen die Delegierten den Empfehlungen der Herzog-Kommission. Jedoch wird die Kindererziehungszeit, welche in der Berechnung der Rente berücksichtigt wird und sich rentenerhöhend auswirkt, nicht verdoppelt, sondern **um zwei Jahre erhöht**. Damit werden künftigen Rentnerinnen und Rentnern für Kinder, die nach dem 01.01.1992 geboren worden sind, fünf statt bisher drei Jahre angerechnet und für Kinder, die vor dem 01.01.1992 geboren worden sind, drei statt bisher einem Jahr. Des weiteren soll in der Zeit der Kindererziehung ein steuerfinanzierter **Zuschuss in Höhe von 50 Euro** pro Kind und Monat gewährt werden. Die CDU unterstreicht zudem mit Nachdruck ihre Absicht, die Rückführung der Hinterbliebenenversorgung nur in dem Maße zu vollziehen, wie das Ziel einer eigenständigen Alterssicherung von Frauen erreicht worden ist.

4 Reform der Arbeitslosenversicherung

Der Parteitag übernimmt alle Empfehlungen zur Reform der Arbeitslosenversicherung. Ergänzend fordert er im Jahre 2006 eine Prüfung, inwieweit angesichts einer eventuellen Verbesserung der Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage die Sonderregelung für Beitragszahler, die 40 Jahre lang Beiträge geleistet haben, beendet werden kann.

5 Der Parteitags-Beschluss auf einen Blick

Gesetzliche Krankenversicherung	
Heute	Nach Umstellung
umlagefinanziertes System	kapitalgedecktes Prämienmodell
Beitrag: ca. 14,0% (je nach Krankenkasse) (je 50% AN und AG)	AG: konst. Beitrag von ca. 7 %, Auszahlung an AN, Besteuerung AN: Prämie von ca. 200 € (180 € Grundbeitrag + 20 € Vorsorgebeitrag)
beitragsfreie Familienmitversicherung	nicht beitragspflichtig beschäftigte Ehepartner: Prämie von ca. 200 € Kinder: Prämie von ca. 90 € (halbe Höhe des Grundbeitrags; Leistung der Kindergeldstelle an Krankenkasse)
	solidarischer Ausgleich für Einkommensschwache
Pflegeversicherung	
Heute	Nach Umstellung
umlagefinanziertes System	kapitalgedecktes Prämienmodell
Beitrag: 1,7% (AN: 0,85% AG: 0,85%)	AG: konst. Beitrag von 1,7%, Auszahlung an AN, Besteuerung AN: Prämie mit Grund- und Vorsorgebeitrag - analog zur GKV Beitragsbegünstigung von 10 € pro Kind und Monat
beitragsfreie Familienmitversicherung	Prämien (analog zur GKV)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhalt aller Pflegestufen, Dynamisierung der Geld- und Sachleistungen ▪ Stärkung der häuslichen Pflege
Rentenversicherung	
Heute	Zukünftig (ab dem Zeitpunkt der Einführung der Reform)
umlagefinanziertes System Rente mit 65 Jahren Beitrag: 19,5% (je 50% AN und AG)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ abschlagsfreie Rente nach 45 Beitragsjahren (Korridor für Rentenzugang zwischen 63 und 67 Jahre) ▪ erweiterter Demographiefaktor ▪ Erhöhung der anzurechnenden Erziehungszeiten ▪ steuerfinanzierter Zuschuss zu den Rentenbeiträgen (50€ pro Kind und Monat) ▪ Stärkung der betrieblichen und privaten Altersvorsorge ▪ Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen
Arbeitslosenversicherung	
Heute	Zukünftig
Alters- und beitragsabhängige Bezugsdauer: 6-32 Monate Beitrag: 6,5% (je 50% AN und AG)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Senkung der Bezugsdauer (max. 12 Monate, außer Beitragszeit \geq 40 Jahre oder Alter \geq 55 Jahre) und der Leistungshöhe (im 1. Monat um 25%) ▪ Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen ▪ Beseitigung von Anreizen zur Frühverrentung ▪ Entbürokratisierung und mehr Verantwortung für regionale Arbeitsmarktpolitik

III. Ansatzpunkte für die weitere Reformdiskussion

Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die sozialen Sicherungssysteme und letztlich auch auf Wachstum und Beschäftigung werden in Fachkreisen seit Jahrzehnten ausführlich diskutiert und Reformvorschläge unterbreitet. Angesichts des steigenden Reformdrucks setzt sich seit einiger Zeit auch die Politik mit der Frage umfassender Systemveränderungen intensiver auseinander. Nach der Diskussion der Ergebnisse der von der Bundesregierung eingesetzten Rürup-Kommission leisten nun auch die Ergebnisse der Herzog-Kommission und die Beschlüsse des Parteitags der CDU einen wesentlichen Beitrag zur nachhaltigen Diskussion um die Reform der sozialen Sicherungssysteme.

Konsolidierung der Finanzen

Über kurzfristige Symptombehandlung hinausgehend wurden von der Herzog-Kommission Konzepte entwickelt, welche darauf zielen, die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme langfristig auf sicheren Boden zu stellen. Dem dient einerseits der Ausbau der betrieblichen und privaten Altersvorsorge in der RV. Kapitalgedeckte Systeme sind unabhängiger von der demographischen Entwicklung, da hierbei gewissermaßen jeder für sich selbst vorsorgt, während heute die Generation von Beitragszahlern für die Generation der Rentner Sorge trägt. Damit kann die aufgrund der demographischen Entwicklung erwartete Schieflage der finanziellen Mehrbelastung jüngerer Generationen vermieden werden. Da kapitalgedeckte Systeme stets der Problematik unsicherer Kapitalmarktrenditen unterliegen, erscheint ein Drei-Säulen-Modell aus privater, betrieblicher und gesetzlicher Vorsorge mit einer Mischung aus Umlage und Kapitaldeckung als guter Mittelweg, auch im Sinne einer Risikodiversifizierung.

Wachstums- und Beschäftigungseffekte

Nicht nur der Sicherung der Finanzierung dient andererseits die angestrebte Umstellung von lohnabhängigen Beiträgen zur GKV und PV auf lohnunabhängige Gesundheitsprämien. Die heute praktizierte Koppelung der Finanzierung der GKV an die Löhne führt bei steigenden Krankenversicherungskosten bzw. Beiträgen zu einem permanenten Anstieg der Lohnnebenkosten und zur Vernichtung von Arbeitsplätzen. Umgekehrt führt eine Zunahme der Arbeitslosigkeit zu schwindenden Einnahmen. Der Systemwechsel in Form einer Entkoppelung von Beiträgen und Löhnen ist mit einer deutlichen Senkung der Lohnnebenkosten verbunden und wird vor allem aufgrund der erwarteten positiven Effekte für Wachstum und Beschäftigung von weiten Teilen der Wirtschaft und Wissenschaft begrüßt. Die vorgesehene Festschreibung der Arbeitgeber-Beiträge schafft zudem Kalkulationssicherheit für Unternehmen. Kurzfristig ändern sich die Gesamtkosten der Unternehmen freilich nicht, da der Arbeitgeberanteil als Lohnbestandteil an die Arbeitnehmer ausbezahlt wird. Der Effekt wird daher nicht kurzfristiger, sondern eher mittel- bis langfristiger Natur sein.

Sozialer Ausgleich

Entgegen dem häufig vorgebrachten Vorwurf sozialer Verwerfungen durch Prämien können durch die Steuerfinanzierung der Kinderprämien in der GKV, die Prämienzuschüsse für Familien mit Kindern in der RV und PV sowie durch die Beschränkung der Prämiengesamtbelastung auf 15% des Bruttogesamthaushaltseinkommens und durch den sozialen Ausgleich für Geringverdiener in der GKV soziale Härten vermieden werden. Durch eine Feinabstimmung der Detailregelungen (z.B. der Einkommensgrenzen für Prämienzuschüsse bzw. der Höhe der Zuschüsse in Abhängigkeit vom Einkommen) kann gewährleistet werden, dass sich Verdiener mit geringem und mittlerem Einkommen sowie Familien mit Kindern gegenüber dem heutigen Stand nicht schlechter stellen. Prämienzuschüsse bewirken letztlich eine Einkommensabhängigkeit der Prämien, und zwar dort, wo sie nötig ist, im Bereich niedriger Einkommen.

Gerechte Lastenverteilung

Während das Prämien-Modell gegenüber dem aktuellen GKV-System in der öffentlichen Diskussion oft als ungerechter bewertet wird, weil Geringverdiener die gleiche Prämie zahlen wie Gutverdiener, ist das heute gültige beitragsfinanzierte System durch die BBG mit einer stärkeren Ungleichheit der Belastungen von Haushalten verbunden. Im heutigen System können zudem Gutverdiener aus dem System ausscheiden und andere Einkünfte als solche aus unselbständiger Arbeit bleiben bei der Bemessung der Beitragshöhe unberücksichtigt. Die BBG führt zudem zu einer relativen Besserstellung von Gutverdienern. Der Familienlastenausgleich in Form der beitragsfreien Mitversicherung wird nicht von allen Steuerzahlern getragen, sondern nur von den Versicherten. Im neuen System werden alle Gutverdiener über ihre Steuern zur Finanzierung sozialpolitischer Aufgaben herangezogen; eine BBG gibt es hierbei nicht.

Auch das bisher geäußerte Argument, ein großer Teil der Bürger würde durch untragbar hohe Prämien zu Bittstellern gemacht, kann nicht überzeugen. Die verwaltungstechnische Lösung, den sozialen Ausgleich automatisch zwischen Finanzamt und Krankenkasse zu regeln, macht den viel beschworenen „Gang zum Sozialamt“ unnötig. Nur ein kleiner Personenkreis, der nicht beim Finanzamt registriert ist, müsste tatsächlich einen Antrag auf Entlastung von der Prämie stellen.

Beseitigung von Systemwidrigkeiten

Der Konsolidierung der Finanzen und gerechteren Belastung aller Bürger dient auch die Verlagerung des Solidarausgleichs für Geringverdiener, der Finanzierung von Kinderprämien, Kindererziehungszeiten sowie versicherungsfremder Leistungen aus den Versicherungen in das Steuersystem, das die Leistungsfähigkeit aller (!) Bürger abbildet bzw. theoretisch abbilden sollte. Um dies zu erreichen, müssen die Reformen der sozialen Sicherungssysteme eng mit einer Reform des Steuersystems verzahnt werden. Aus ordnungspolitischer Sicht ist der Solidarausgleich im Rahmen der Krankenversicherung letztlich systemwidrig und das Steuersystem der angemessene Ort für Umverteilungsmaßnahmen.

Stärkung der Familien

Die beschlossenen Reformen stärken darüber hinaus deutlich Familien mit Kindern, und zwar durch die Kostenübernahme der GKV- und PV-Prämien von Kindern durch die Kindergeldstelle bzw. durch alle Steuerzahler, durch Beitragsreduktionen für Familien mit Kindern in der RV und PV und die Erhöhung der berücksichtigten Kindererziehungszeiten in der RV.

Stärkung der Eigenverantwortung

Versteht man die sozialen Sicherungssysteme als solidarisch angelegte Absicherungen gegen große Lebensrisiken, die der Einzelne nicht bewältigen kann, dann ist die Stärkung der Eigenverantwortung – wie sie in allen Versicherungszweigen vorgesehen ist – folgerichtig. Damit erscheint die Einführung des Kostenerstattungsprinzips ebenso gerechtfertigt wie die Senkung des Arbeitslosengeldes im ersten Monat um 25%.

Dies sind wesentliche Schritte in die richtige Richtung – weitere müssen sich anschließen. Im Folgenden werden einige Fragen aufgeworfen, die Ansatzpunkte für die weitere Reformdiskussion bieten können.

Kostenseite des Gesundheitswesens

Die Herzog-Kommission hat sich in ihren Beratungen ausführlich mit der Finanzierungsseite der GKV beschäftigt und weitreichende Empfehlungen ausgesprochen. Die Diskussion der Zukunft muss ihr Augenmerk nun insbesondere auf die Kostenseite im Gesundheitswesen richten, wo ein erhebliches Rationalisierungspotenzial zu vermuten ist. So äußert die Kommission bzw. der Parteitagsbeschluss die Notwendigkeit, mehr Wettbewerb unter allen Leistungserbringern zu schaffen. Hier ist insbesondere die Wissenschaft gefordert, mit gezielten Vorschlägen die Weiterentwicklung der Reformen zu unterstützen.

Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass hohe Kosten im Gesundheitswesen nicht per se als Krisensymptom gedeutet werden können. Nach der ökonomischen Theorie sind Gesundheitsleistungen eine Art von Gütern, von denen mit steigendem Einkommen mehr nachgefragt wird: Wir können uns schlichtweg mehr „Gesundheit“ leisten. So muss es nicht verwundern, dass USA, Schweiz und Deutschland die Liste der Länder mit den höchsten Gesundheitsausgaben anführen. Höhere Ausgaben sind ihrerseits aber nicht unbedingt mit einer besseren Gesundheit verbunden, hier spielen eine ganze Reihe von Faktoren eine Rolle.

Nicht zuletzt wird im Gesundheitsmarkt schon seit längerem ein Zukunftsmarkt mit erheblichem Wachstums- und Beschäftigungspotenzial gesehen. Es geht also nicht um eine Beschneidung der Entwicklung in diesem Markt. Wenn die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen insgesamt steigt, muss jedoch erstens die Finanzierung überdacht werden - wie es die Herzog-Kommission getan hat.

Leistungskatalog

Wenn die Nachfrage steigt und die Finanzen knapper werden muss zweitens die Ausgabenseite überdacht werden. So muss man z.B. die Frage stellen, ob wirklich alle Versicherte der GKV für alle erwünschten Leistungen aufkommen müssen oder vor diesem Hintergrund nicht ein Standardkatalog an Leistungen Sinn macht – ohne dass man gleich von einer Zwei-Klassen-Medizin sprechen muss. (Ganz abgesehen von der Tatsache, dass sich auch schon heute ein Teil der Versicherten Zusatzversicherungen leistet bzw. leisten kann und ein anderer nicht und daher in diesem Sinn schon lange eine Zwei-Klassen-Medizin existiert.) Welche Leistungen sollen zukünftig medizinischer Standard sein und welche prinzipiell privat finanziert werden?

Eigenverantwortung

Dies führt zu der Frage, wie viel Wahlmöglichkeiten dem Versicherten eingeräumt werden soll. Das Prämienmodell der Herzog-Kommission sieht letztlich einen sehr umfangreichen „Standard-Krankenversicherungsschutz“ sowie die Möglichkeit vor, gegen einen höheren Beitrag zusätzliche Leistungen zu erhalten oder durch einen höheren Selbstbehalt geringere Beiträge zu zahlen. Dadurch werden die Freiheitsgrade für die Versicherten erhöht. Denkbar sind hier verschiedene Staffelungen wie sie z.B. in der Schweiz möglich sind und die Freiheitsspielräume der Versicherten erhöhen.

Versichertenkreis

Zur Diskussion steht weiterhin die Frage, ob das Nebeneinander von privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen bestehen bleiben soll oder anders formuliert, ob über den heutigen Versichertenkreis hinaus in Zukunft alle Bürger in eine Pflichtversicherung eingebunden werden sollen. So sieht es die Bundesregierung vor, die eine Bürgerversicherung favorisiert, die alle Bürger umfasst. Viele Experten warnen vor einem solchen Modell, da es die Einnahmehasis nur geringfügig erweitert, hingegen aber mit einer starken Erhöhung der Leistungsansprüche verbunden ist. Die GKV hat zudem noch nicht den Beweis dafür erbracht, dass sie effizienter als die privaten Versicherungen arbeitet.

In der öffentlichen Diskussion wird oft auf das Schweizer Modell verwiesen, das eine obligatorische Versicherung für alle in der Schweiz lebenden Bürger beinhaltet, einen „Standard-Krankenversicherungsschutz“ vorsieht, die Wahl der Krankenkasse jedoch völlig frei stellt. Ein Kontrahierungszwang, d.h. ein gesetzlicher Zwang der Versicherungen, jeden Antragsteller aufzunehmen, verhindert die Ablehnung sogenannter „schlechter Risiken“. Die Variation von Prämien ermöglicht einen echten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um Versicherte, der theoretisch langfristig zu einem sparsamen Umgang mit knappen Mitteln, Effektivität und Effizienz zwingt. Die Empirie ist hier noch nicht zu einer eindeutigen Bewertung des jungen schweizerischen Modells gelangt. Das Modell könnte aber doch Anlass zu Gedankenexperimenten sein, in Deutschland z.B. eine Versicherungspflicht bei gleichzeitiger Freistellung der Wahl der Krankenkasse einzuführen. Hier könnte eine zukünftige Diskussion ansetzen.

Generationengerechtigkeit

Die CDU hat die Umstellung auf ein System lebenslang konstanter Prämien, wie es die Herzog-Kommission vorgeschlagen hat, noch nicht aus den Augen verloren, lässt das Datum für einen Umstieg aber offen. Gegenüber den nunmehr beschlossenen Prämien, die gemäß der Ausgabenentwicklung angepasst werden müssen, entsprechen solche konstanten Prämien in Verbindung mit individuellen Altersrückstellungen stärker dem Ziel der Generationengerechtigkeit. Denn hierbei tragen Alterskohorten ihre jeweils kohortenspezifisch erwarteten Kosten selbst. Die deutlich höheren Kosten der älteren Versicherten werden also nicht auf alle Versichertenjahrgänge umgelegt. Andererseits birgt die Festlegung einer lebenslangen Prämie die Gefahr der Fehlkalkulation und der späteren erratischen Prämienerrhöhung, die zu Verunsicherungen führen kann. Es lohnt sich daher, weiter über diesen Vorschlag nachzudenken.

Wettbewerb

Das Kernproblem eines kapitalgedeckten GKV-Systems, wie es sich heute schon in der privaten Krankenversicherung zeigt, ist jedoch der faktisch kaum mögliche Wechsel der Krankenkasse und damit die Behinderung bzw. Verzerrung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen. Hier gilt es über die Umstellung auf ein Kapitaldeckungssystem weiter nachzudenken und vor allem Lösungen dafür zu finden, wie individuelle Altersrückstellungen bei einem Wechsel übertragen werden können.

Eine in der Zukunft zu beantwortende Frage wird sicherlich die der Risikoabhängigkeit von Prämien sein. Folgt man der Argumentation, dass die Funktionsfähigkeit des Gesundheitsmarktes und der Wettbewerb zwischen den Anbietern Effizienz steigert und Ausgaben senkt, dann stellen risikounabhängige Prämien ein Problem dar, da das individuelle Krankheitsrisiko entscheidend die Kosten für Gesundheitsleistungen des Individuums und damit die langfristig kostendeckenden Versicherungsprämien bestimmen. Sich für risikoabhängige Prämien zu entscheiden, muss dabei nicht ungedingt bedeuten, dass Versicherte mit einem hohem Risiko, z.B. chronisch Kranke, ihr Risiko allein tragen müssen. Auch hier ist ein sozialer Ausgleich denkbar. Der gesetzlich verpflichtete Aufbau eines Kapitalstocks aus Vorsorgebeiträgen von Geburt an ist beispielsweise eine Möglichkeit, hohe Risiken abzusichern.

Generell muss die Frage gestellt werden, wie mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern ermöglicht werden kann. Die Umstellung der heutigen GKV auf ein Prämienmodell lässt noch Gestaltungsspielraum dahingehend, mehr Wettbewerb zuzulassen, ohne den Ansätze zur Rationalisierung immer zu kurz greifen. Denn wenn Effizienzsteigerung nicht systembedingt notwendig ist, sondern staatlich verordnet wird, dann wird es immer Schlupflöcher geben, d.h. dann werden die Kosten für die erbrachten Leistungen immer über den notwendigen liegen – Kosten, für die alle Beitragszahler und in Zukunft alle Steuerzahler aufkommen müssen.

In jedem Fall gilt es Anreize in der Wettbewerbsordnung so zu setzen, dass Konkurrenzvorteile eher durch effizientere Versorgungsmodelle, günstigere Vertragsbedin-

gungen und niedrigere Prämien entstehen als durch das Werben von sogenannten guten Risiken.

Prävention

Ein weiterer Ansatzpunkt für die nächsten Reformschritte bietet sich auf dem Gebiet der Prävention. Der Parteitagsbeschluss spricht hier von einer „Kultur der Prävention“. Zwar können mit Beitragsrückerstattungen im Fall regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen finanzielle Anreize gesetzt werden, jedoch kann dies tatsächlich nur ein erster Schritt sein, gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern und zu unterstützen. Gesucht sind hier neue, kreative Wege, welche die Eigenverantwortung der Bürger stärken ohne das Maß staatlicher Ausgaben oder Regulierungen zu erhöhen.

Finanzierung

Der Parteitagsbeschluss sieht zur Finanzierung der Reformen verschiedene Möglichkeiten. So werden die notwendigen Mittel für die Kinderprämien in Höhe von 15 bis 17 Mrd. Euro beispielsweise über die Steuererträge des Arbeitgeberanteils zur GKV gegenfinanziert. Der soziale Ausgleich für Geringverdiener, der mit 10 Mrd. Euro veranschlagt wird, soll über ein aufgrund der wirtschaftlichen Dynamik steigendes Einkommenssteueraufkommen, einen Subventionsabbau bzw. die Verzahnung mit der Einkommenssteuerreform finanziert werden. Mit dem Steuermodell von Friedrich Merz, auf das sich die CDU auf demselben Parteitag geeinigt hat, liegen tatsächlich Vorschläge zur Reform des Steuersystems vor. Hier gilt es nunmehr die Finanzierung langfristig sicherzustellen und eine Verzahnung der sozialpolitischen und der steuerpolitischen Beschlüsse im Detail herzustellen.

Der Bericht der Kommission und der Beschluss des Parteitags der CDU hat in der Reformdiskussion der sozialen Sicherungssysteme wesentliche inhaltliche Akzente gesetzt und das Reformklima und die Reformbereitschaft positiv beeinflusst. Damit ist ein guter Boden bereitet, die sozialen Sicherungssysteme grundlegend zu reformieren. Eine Intensivierung des Dialogs von Wissenschaft und Politik kann hier sicherlich ein schlummerndes Potenzial an weiterführenden Lösungen wecken und langfristig zur Zukunftsfähigkeit unserer sozialen Sicherung beitragen.

Die Autorin

Andrea M. Schneider, Koordinatorin für Grundsatzfragen der Wirtschaftsordnung und Wirtschaftspolitik, Arbeitsgruppe Wirtschaftspolitik, Hauptabteilung Politik und Beratung, Konrad-Adenauer-Stiftung, Berlin.