

Soziale Sicherungssysteme

Dr. Stefan Baur-Schade

✘ Bundesministerium für Arbeit und Soziales

„Rentenversicherungsbericht 2012“, abrufbar unter:
<http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/rentenversicherungsbericht-2012.pdf?__blob=publicationFile>, zuletzt besucht am: 25.11.2014.

✘ Bundesministerium für Arbeit und Soziales

„Fragen und Antworten zur Rente mit 67“, abrufbar unter:
<http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Gesetze/faqrentemit67.pdf?__blob=publicationFile>, zuletzt besucht am: 25.11.2014.

✘ Statistisches Bundesamt

„Staatliche Förderung der Riester-Rente 2007“, abrufbar unter:
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/FinanzenSteuern/OeffentlicheHaushalte/RiesterRente5799501077004.pdf;jsessionid=D04ED196959E7FF87950171394BE9F51.cae2?__blob=publicatiolle>, zuletzt besucht am: 25.11.2014.

1. Rentenversicherung

Der Rentenversicherung kommt im deutschen Rechts-, Wirtschafts- und Sozialsystem eine einzigartige Bedeutung zu. Dies liegt an der Ausgestaltung des Rentensystems als **Umlagesystem**. Ein nicht unerheblicher Teil des Bruttoeinkommens der sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer wird abgeschöpft und für die Finanzierung des Bedarfs der Rentner aufgewendet. Dieses System trifft der demografische Wandel mit voller Wucht. Durch die Schrumpfung der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Personen sinkt der Kreis der Beitragszahler. Gleichzeitig vergrößert sich der Kreis der Bezugsberechtigten; zudem verlängert sich durch die steigende Lebenserwartung die durchschnittliche Bezugsdauer. Weniger Beitragszahler müssen deshalb länger für mehr bezugsberechtigte Rentner zahlen.

1.1. Ausgangssituation

Die Bevölkerung im heutigen Erwerbsalter wird bis 2020 voraussichtlich um 1,6 bis zwei Mio., bis 2050 voraussichtlich um elf bis 14 Mio. schrumpfen. Dies sind **25 Prozent der heute Erwerbstätigen**. Gleichzeitig wird der Kreis der Rentenbezugsberechtigten bis 2020 um zwei Mio., bis 2050 um sechs bis sieben Mio. Personen wachsen.¹ Dies bedeutet, dass im Jahr 2050 voraussichtlich 100 Erwerbstätige die Beiträge für rund 60 Rentner erwirtschaften müssen. Dies ist eine **Verdoppelung der Last** im Vergleich zum jetzigen Zeitpunkt.² Folglich steht das Rentensystem unter dem Druck gegenläufiger Interessen,³ nämlich auf der einen Seite akzeptable Beitragssätze für die Erwerbstätigen und auf der anderen Seite ein angemessenes Rentenniveau zu garantieren.⁴ Dies kann nur durch eine Mischung aus Erweiterung der Beitragszahler (etwa durch längere Lebensarbeitszeiten), Absenkung des derzeitigen Rentenniveaus⁵ und vermehrter privater Altersvorsorge erreicht werden.

Die mit dem demografischen Wandel für die Rentenversicherung verbundenen Probleme stellen sich folglich als **Finanzierungsprobleme** dar. Um diese besser veranschaulichen zu können, soll zunächst die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung dargestellt und im Anschluss hieran das gesetzliche Reaktionstableau aufgezeigt werden.

1.1.1. Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung ist den §§ 153-227 SGB VI geregelt. Die Einnahmen setzen sich gem. § 153 II SGB VI vordergründig aus Beiträgen der Versicherten (ca. 75 Prozent) und im Übrigen aus Zuschüssen des Bundes (ca. 25 Prozent) zusammen.⁶ Für die knappschaftliche Rentenversicherung gilt ein abweichendes Finanzierungsmodell.

¹ Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 2009; Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Die demografische Lage der Nation, 2011, S. 23. Ausführlich zur kippenden Generationenbalance F.-X. Kaufmann, Schrumpfende Gesellschaft, S. 215 ff.

² Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Die demografische Lage der Nation, 2011, S. 23.

³ F.-X. Kaufmann, Schrumpfende Gesellschaft, S. 201, beschreibt die Aufgabe des Sozialstaates im 21. Jahrhundert als Eingrenzung des Generationenkonflikts.

⁴ Vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Die demografische Lage der Nation, 2011, S. 23.

⁵ Ebenda.

⁶ Vgl. R. Waltermann, Sozialrecht, Rn. 328; F. Ruland, in: von Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 17, Rn. 171.

1.1.1.1. Beitragsfinanzierung

Das Beitragsrecht der gesetzlichen Rentenversicherung ist im Wesentlichen in den §§ 157 ff. SGB VI normiert.⁷ Die Beiträge werden bei sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmern gem. § 168 I Nr. 1 SGB VI von den Versicherten und ihren Arbeitgebern je zur Hälfte aufgebracht.⁸ Freiwillig Versicherte und versicherungspflichtige Selbstständige hingegen tragen den vollen Beitrag allein.⁹ Die Rentenversicherungsbeiträge sind jedoch nicht unmittelbar an den zuständigen Träger der Rentenversicherung abzuführen, sondern an die Krankenkassen als Einzugsstellen.¹⁰

Die **Beiträge** werden gem. § 157 SGB VI nach einem Vomhundertsatz (Beitragsatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen (Beitragsbemessungsgrundlage) erhoben. Diese dürfen jedoch nur bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt werden. Zu den beitragspflichtigen Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter gehört insb. das Arbeitsentgelt.¹¹ Der Beitragsatz wird für alle Versicherten einheitlich festgelegt und beträgt mit Wirkung vom 01.01.2014 18,9 Prozent; für die Versicherten der knappschaftlichen Rentenversicherung 25,1 Prozent.¹²

1.1.1.2. Bundeszuschuss

Neben den Beiträgen der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten wird das System gem. § 213 SGB VI durch **Bundeszuschüsse** und somit aus Steuermitteln finanziert.¹³ Zum einen gibt es gem. § 213 II SGB VI den allgemeinen Bundeszuschuss. Seit 1998 wird dieser gem. § 213 III SGB VI durch einen zusätzlichen Bundeszuschuss ergänzt, der als Pauschale für nicht beitragsgedeckte Leistungen geleistet und durch Mehrwertsteuererhöhungen refinanziert

⁷ Von ergänzender Bedeutung sind die Regelungen der §§ 275a ff. SGB VI. Ferner sind die Regelungen über Beiträge der §§ 20 ff. SGB IV einschlägig.

⁸ Bei der Knappschaftsversicherung trägt abweichend vom Grundsatz der Arbeitgeber die Differenz zwischen dem Anteil des Arbeitnehmers zum allgemeinen Beitragssatz und dem Gesamtbetrag zum knappschaftlichen Beitragssatz. Weitere Ausnahmen bestehen in Abhängigkeit vom Einzelfall gem. § 168 I Nr. 1a-9 SGB VI.

⁹ Vgl. §§ 169 Nr. 1, 171 SGB VI. Bei Künstlern und Publizisten werden die Beiträge gem. § 169 Nr. 2 SGB VI von der Künstlersozialkasse getragen; zur Beitragstragung bei sonstigen Versicherten siehe § 170 SGB VI.

¹⁰ Vgl. § 174 I SGB VI i. V. m. §§ 28d-28n und 28r SGB IV. Zuständig ist die Krankenkasse, von der die Krankenversicherung des Arbeitnehmers durchgeführt wird.

¹¹ Welche Einnahmen beitragspflichtig sind, ist in den §§ 162-167 SGB VI normiert.

¹² Vgl. die Regelung des Gesetzes zur Festsetzung der Beitragssätze in der gesetzlichen Rentenversicherung für das Jahr 2014, BGBl. I, S. 260. Mit Einführung der gesetzlichen Rente in Deutschland lag der Beitragssatz bei 1,7 %. Seinen Höchststand mit 20,3 % erreichte er im Zeitraum vom 1.1.1997 bis zum 31.03.1999.

¹³ Vgl. Art. 120 I 4 GG; BVerfGE 113, 167 (226).

wird. Bereits seit 1999 wird dieser zusätzliche Bundeszuschuss gem. § 213 IV SGB VI durch einen Erhöhungsbetrag ergänzt, der am Anfang aus Mitteln nach dem Gesetz zur Fortführung der ökologischen Steuerreform (sog. „**Ökosteuer**“) getragen wurde.¹⁴ Darüber hinaus fallen Erstattungen für zweckgebundene, durchlaufende Posten in jenen Fällen an, in denen die gesetzliche Rentenversicherung für den Bund Leistungen erbringt.¹⁵

Die Zuschüsse des Bundes gleichen pauschal Belastungen der gesetzlichen Rentenversicherung aus, die ihren Grund nicht in der reinen Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenensicherung haben.¹⁶ Somit dienen sie letztlich auch einer allgemeinen **Entlastungs- und Ausgleichsfunktion**. Die Zahlung des zusätzlichen Bundeszuschusses hingegen erfolgt zur Abdeckung nicht beitragsgedeckter Leistungen und Senkung von Lohnzusatzkosten.

Versicherungsfremde Lasten in der gesetzlichen Rentenversicherung, die aus dem Bundeszuschuss zum Teil abgedeckt werden, sind:

- die Übernahme von Kriegsfolgelasten,
- die Leistungen des Familienlastenausgleichs,
- die Absicherung des Risikos der Arbeitslosigkeit in der Form von Frühberentungen,
- die Höherbewertung niedriger Arbeitsverdienste sowie der ersten Berufsjahre und der Anrechnung von Zeiten einer schulischen Ausbildung,
- die Mitfinanzierung der deutschen Einheit mit der Zahlung von Auffüllbeträgen und Rentenzuschlägen.¹⁷

Des Weiteren stellt der Bund im Rahmen seiner oben beschriebenen Finanzverantwortung Mittel für die demografische Last, die Organisations- und Gestaltungshoheit durch den Bund, die Mitfinanzierung anderer Sozialsysteme durch die gesetzliche Rentenversicherung (z. B. Reha, Berufsförderung etc.) sowie anteilige Verwaltungskosten für fremde Leistungen zur Verfügung.

¹⁴ Zum zusätzlichen Bundeszuschuss und zum Erhöhungsbetrag zum zusätzlichen Bundeszuschuss vgl. *W. Rombach*, Bundesbeteiligung und Verfahren der Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung nach der Reform, NZS 2002, 72 (76 ff.).

¹⁵ Z. B. für Kindererziehungszeiten, Rentenzuschläge und Leistungen nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG).

¹⁶ *S. Muckel/M. Ogorek*, Sozialrecht, § 11, Rn. 63.

¹⁷ *F. Ruland*, Rentenversicherung, in: von Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 17, Rn. 195.

1.1.1.3. Umlageverfahren

Die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt im sog. Umlageverfahren. Die eingezahlten Beiträge eines Kalenderjahres werden unmittelbar von der Deutschen Rentenversicherung zur Rentenfinanzierung der Leistungsberechtigten herangezogen, also an diese wieder ausbezahlt.¹⁸ Gem. § 153 I SGB VI müssen sich Ausgaben und Einnahmen decken. Für seine Beitragsleistung erwirbt der Beitragszahler einen **Anspruch auf Leistung im Alter**.¹⁹ Um die Zahlungsfähigkeit sicherzustellen, muss der Rentenversicherungsträger gem. § 216 SGB VI in geringem Umfang Rücklagen bilden, die sog. Nachhaltigkeitsrücklage.²⁰ Sie setzt sich aus überschüssigen Betriebsmitteln und angesammelten Rücklagen zusammen. Das Umlagefinanzierungsmodell erwies sich im Besonderen mit dem Beitritt der neuen Bundesländer als flexibel.²¹ Obwohl die Rentner in den neuen Bundesländern niemals in die gesetzliche Rentenversicherung der BRD eingezahlt haben, müssen nicht die bundesdeutschen Beitragszahler oder die Bundeskasse alle dortigen Renten finanzieren. Vielmehr begannen am Tage der Wiedervereinigung die Beitragszahlung der dort Versicherten und die Zahlung der dortigen Renten.²² Kaufmann hingegen sieht die Umlagefinanzierung aufgrund der Tatsache, dass die seit etwa 1950 geborenen Generationen den Generationenvertrag nicht mehr einhalten, indem sie weit weniger Kinder aufziehen, als zum Erhalt der **Generationenbalance** notwendig wären, in Gefahr.²³

¹⁸ Im Unterschied zum Umlageverfahren werden bei der Kapitaldeckung die Beiträge angespart und verzinst bzw. in andere Anlageformen investiert, um im Leistungsfall (Eintritt in den Ruhestand) ausgezahlt zu werden. Nach diesem sog. Anwartschaftsdeckungsverfahren war die gesetzliche Rentenversicherung ursprünglich finanziert. Durch die Rentenreform des Jahres 1957 rückte der Gesetzgeber aus verschiedenen Gründen vom Verfahren der Anwartschaftsdeckung ab. Zum Gedanken des Generationenvertrages in diesem Zusammenhang vgl. nur *F.-X. Kaufmann*, Schrumpfende Gesellschaft, S. 204 ff.

¹⁹ Zum Anspruch auf Sozialleistungen vgl. nur *R. Waltermann*, Sozialleistungen, in: von Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 7, Rn. 50 ff.

²⁰ Bis Ende 2003 wurde die Nachhaltigkeitsrücklage als Schwankungsrücklage bezeichnet. Gem. § 217 I 1 SGB VI ist sie liquide anzulegen. Grundlegend dazu *F. Ruland*, Rentenversicherung, in: von Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 17, Rn. 200 f.

²¹ Vgl. *F. Ruland*, Die Rentenreform unter besonderer Berücksichtigung der staatlich geförderten zusätzlichen Altersvorsorge, NZS 2002, 505 (510).

²² Durch den Einbruch bei den Beiträgen aufgrund der überdurchschnittlichen hohen Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern ist tatsächlich ein größerer Zuschuss aus Steuermitteln erforderlich, der jedoch genauso zu bewerten ist wie andere Wiedervereinigungskosten. Zu den Besonderheiten der Rentenversicherung in den neuen Bundesländern vgl. *F. Ruland*, in: von Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 17, Rn. 207 ff.

²³ *F.-X. Kaufmann*, Schrumpfende Gesellschaft, S. 209.

1.1.2. Finanzierung der Pensionslasten für Beamte

Die Versorgungsleistungen der Beamten sind aus dem laufenden Haushalt des Staates zu zahlen. Dies ergibt sich aus dem sog. Alimentationsprinzip, nach dem der Dienstherr verpflichtet ist, Beamten während des aktiven Dienstes, bei Krankheit und Invalidität sowie nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst aus Altersgründen einen der Bedeutung und dem sozialen Status seines Amtes entsprechenden angemessenen Lebensunterhalt zu gewährleisten.²⁴

Die Finanzierung der Pensionen der verbeamteten Staatsbediensteten ist damit in einer dem Umlageverfahren der GRV entsprechenden Weise geregelt, da keine Rücklagen für später zu zahlende Pensionen angespart werden.

Im Zuge der demografischen Entwicklung kommen auf die öffentlichen Haushalte in den nächsten Jahrzehnten hohe Belastungen aus diesen Pensionsverpflichtungen zu. Zum einen werden die Beamtenpensionen an den einzelnen Pensionär immer länger zu zahlen sein. Zum anderen wird der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter – und damit eine beachtliche Quelle des Steueraufkommens der öffentlichen Haushalte – sinken.

Zur Entlastung der öffentlichen Haushalte der kommenden Jahrzehnte haben Bund und Länder seit einigen Jahren mit dem Aufbau von Versorgungsrücklagen bzw. Versorgungsfonds begonnen. Nach § 14a Bundesbesoldungsgesetz (BBesG) werden beim Bund und den Ländern Versorgungsrücklagen als Sondervermögen aus der Verminderung der Besoldungs- und Versorgungsanpassungen gebildet.

Mit dem Versorgungsänderungsgesetz 2001²⁵ wurde darüber hinausgehend der von Beamten mit jedem Dienstjahr erworbene Pensionsanspruch auf 1,79375 Prozent der Ruhegehaltsfähigen Dienstbezüge verringert, gleichzeitig wurde die Höchstgrenze der Beamtenpension um 3,25 Prozentpunkte abgesenkt und die Höhe der Witwenversorgung um fünf Prozentpunkte verringert. Die sich hieraus ergebenden Einsparungen sollen gem. § 14a III BBesG zu 50 Prozent den Versorgungsrücklagen zugeführt werden.

1.2. Rechtliche Handlungsinstrumente

Das Problem der kippenden Generationenbalance wurde lange Zeit nicht ernst und später nicht mit der notwendigen Entschlossenheit in Angriff genommen. Das liegt auch an dem

²⁴ Vgl. BVerfGE 44, 249 (265 f.).

²⁵ Einen Überblick vermittelt P. Wilhelm, Versorgungsänderungsgesetz 2001, ZTR 2002, 210 ff.

gesellschaftspolitisch besonders brisanten Themenbereich der Rentenversicherung, vor dessen Neujustierung der Gesetzgeber regelmäßig zurückschreckt.

1.2.1. Regelaltersgrenze: "Rente mit 67"

Der durchschnittliche **Zugang zur Altersrente** liegt inzwischen bei etwas mehr als 63 Jahren. Die durchschnittliche Rentenlaufzeit hat sich seit 1960 um mehr als 74 Prozent auf über 17 Jahre verlängert.²⁶ Der Gesetzgeber hat sich in der 16. Legislaturperiode dazu entschlossen, das Renteneintrittsalter für Personen, die nach dem 31.12.1946 geboren sind, bis zum Jahr 2029 schrittweise auf **67 Jahre** festzulegen (§§ 35, 235 SGB VI).²⁷ Ausgenommen hiervon waren die Personen, die mindestens 45 Jahre beitragspflichtig beschäftigt waren oder Berücksichtigungszeiten aus Kindererziehung und Pflege vorweisen können, § 38 SGB VI.

Diese Regelung wurde durch die Große Koalition in der 18. Legislaturperiode teilweise zurückgenommen. Die Regelaltersgrenze beträgt zwar nach wie vor 67 Jahre bei 35 Jahren Beitragszeit. Allerdings besteht bereits ab der Vollendung des 63. Lebensjahres die Möglichkeit, in Rente zu gehen. Langjährige Beitragszahler, die mindestens 45 Beitragsjahre „gesammelt“ haben, können bereits mit 65 Jahren abschlagsfrei in Rente gehen.

Gleichzeitig wird in § 77 SGB VI ein **Anreizsystem** etabliert, das den vorzeitigen Renteneintritt sanktioniert (durch Rentenminderung i. H. v. 0,3 Prozentpunkten je Monat) und den späteren Eintritt subventioniert (durch Zuschläge i. H. v. 0,5 Prozentpunkten je Monat).²⁸

Dadurch sollen zwei Effekte erzielt werden: zum einen die Erhöhung des Kreises der Beitragszahler, zum anderen die Verringerung der Rentenbezugszeit der einzelnen Berechtigten und somit die Reduzierung des Kreises der Bezugsberechtigten.

Die Anhebung des Renteneintrittsalters wird in vierjährigen Abständen überprüft, § 154 IV SGB VI. Denn der Anteil älterer Beschäftigter ist vergleichsweise gering. Die Gefahr, dass

²⁶ F. Ruland, Rentenversicherung, in: von Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch (SRH), § 17, Rn. 231.

²⁷ Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz [RVAGAnpG]) vom 20.04.2007, BGBl. I S. 554 (Nr. 16), vgl. hierzu Ruland, Rente mit 67 – Ökonomische Notwendigkeit oder Sozialabbau?, NJW 2012, 492 ff.

²⁸ Vgl. F. Ruland, Rente mit 67 – Ökonomische Notwendigkeit oder Sozialabbau?, NJW 2012, 492.

aufgrund einer **Alterserwerbslosigkeit** auch Einbußen bei der Rente drohen, ist daher realistisch.

1.2.2. *Nachhaltigkeitsfaktor*

§ 68 I Nr. 3, IV SGB VI sieht eine Rentenformel vor, in der ein sog. **Nachhaltigkeitsfaktor** eingefügt ist. Dadurch soll die Finanzierbarkeit der Rentenversicherung sichergestellt werden. Dies erfolgt in der Weise, dass die jährlichen Rentenanpassungen auch das sich ändernde **Verhältnis von Rentenempfängern zu Beitragszahlern** widerspiegeln.²⁹ Verschlechtert sich das Verhältnis von Rentenempfängern und Beitragszahlern, so verringern sich auch die Rentenanpassungen, wobei die Verschlechterung nicht vollständig auf die Rentenempfänger durchschlägt, sondern nur zu einem Bruchteil i. H. v. 25 Prozent.³⁰

1.2.3. *Private Altersvorsorge (sog. Riester-Rente)*

Die Riester-Rente ist eine vom Staat durch Zulagen und Sonderausgabenabzugsmöglichkeiten geförderte, **privat finanzierte Rente**. Sie gehört zur sog. dritten Säule bzw. zweiten Schicht der Altersvorsorge. Die Förderung ist durch das Altersvermögensgesetz³¹ (AVmG) eingeführt worden und in den §§ 10a, 79 ff. EStG geregelt. Anlass war die Reform der gesetzlichen Rentenversicherung in den Jahren 2000/2001, bei der der Verantwortungsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung durch **Senkung des Rentenniveaus** zurückgefahren und der betrieblichen und privaten Vorsorge ausgebaut worden ist. Die entstehende Differenz soll nunmehr durch die staatlich geförderte Riester-Rente ausgeglichen werden.

Neben der Riester-Rente fördert der Staat eine zweite private Altersvorsorge finanziell, im Rahmen der sog. **Rürup-Rente**. Der Unterschied zur Riester-Rente besteht dabei neben Details der Auszahlung und der Hinterbliebenenversorgung darin, dass auch und gerade Selbstständige und Freiberufler eine Rürup-Rente abschließen können. Die Rürup-Rente sieht anders als die Riester-Rente kein Arbeitsverhältnis im Sinne einer abhängigen Beschäftigung und Weisungsgebundenheit vor, sondern knüpft am Status „Steuerzahler“ an.

²⁹ A. Polster, in: Leitherer (Hrsg.), Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 73. Erg.-Lfg. 2012, § 68 SGB VI, Rn. 17.

³⁰ Ebenda.

³¹ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögens (Altersvermögensgesetz [AVmG]) vom 26.06.2001, BGBl I 2001, S. 1310.

1.3. Reformperspektiven der Rentenversicherung

Das Sozialrecht ist Dauergegenstand gesetzgeberischer Reformen, so auch das Rentenversicherungsrecht. Dies gilt auch im Hinblick auf die Zukunftsfestigkeit des Rentenversicherungssystems.

1.3.1. Handlungsbedarf

Verdoppelt sich bis 2030 der Altersquotient, werden also die Rentner mehr und die Beitragszahler weniger, stellt dies die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung vor gravierende Probleme. 1986 wurde auf Basis des damals geltenden Rechts der Beitragssatz zur Rentenversicherung für 2030 hochgerechnet. In Abhängigkeit zur angenommenen wirtschaftlichen Entwicklung wurden Werte zwischen 36 bis 41 Prozent prognostiziert.³² Die im Jahre 2005 geschaffene Regelung des § 154 III 1 Nr. 1 SGB VI soll einem solchen Szenario vorbeugen. Trotz weiter **steigender Lebenserwartung** und sich ggf. verschlechternder wirtschaftlicher Situation würde der Beitragssatz die darin normierte 20- bzw. 22-Prozent-Grenze nicht überschreiten. Diese **Deckelung** mit dem Ziel einer gewissen Sicherheit auf Beitragsseite ginge jedoch mit Einschnitten an anderer Stelle einher. So wird das Rentenniveau um etwa 17 Prozentpunkte weiter absinken.³³

Trotz aller bisher beschlossenen Reformen wird die Diskussion um die Abgrenzung der Verantwortungsbereiche von gesetzlicher und privater Vorsorge weitergehen. Vieles scheint in diesem Themenfeld davon abzuhängen, welche Erfahrungen in den nächsten Jahren bzw. Jahrzehnten mit den staatlich geförderten, auf dem **Kapitaldeckungsverfahren** beruhenden Systemen (vor allem die nach der Jahrtausendwende installierten Modelle der Riester-Rente oder auch der Rürup-Rente) gemacht werden. Auch die Forderung nach einer obligatorischen privaten Vorsorge lebt derzeit wieder auf.

Im Zusammenhang mit den bevorstehenden demografischen Herausforderungen wird auch gelegentlich die Umlagefinanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung infrage gestellt. So wird häufig behauptet, dass umlagefinanzierte Systeme demografieanfälliger seien als kapitalgedeckte Systeme. Jedoch sind auch kapitalgedeckte Alterssicherungssysteme nicht gegen eine schrumpfende Bevölkerung immun. Nicht übersehen werden darf, dass die Rentenversicherung mehr Risiken abdeckt und gesellschaftliche Solidarität besser realisieren kann als jedes andere System. Da beide Finanzierungsarten ihre Stärken und Schwächen

³² VDR (Hrsg.), Zur langfristigen Entwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung, 1987, S. 185.

³³ F. Ruland, Rentenversicherung, in: von Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 17, Rn. 231.

haben, geht es in der heutigen politischen Diskussion nicht mehr um eine „Entweder-oder“, sondern um das richtige Mischungsverhältnis der beiden Verfahren.³⁴

1.3.2. Die „Baustellen“ im Überblick

Ein wesentliches Reformanliegen des Rentenreformgesetzes von 1992 war die Gewährleistung einer **gleichmäßigen Belastung aller Beteiligten** der gesetzlichen Rentenversicherung. Diese Funktion erfüllt seither die Vorschrift des § 213 II 2 SGB VI, indem sie den Bundeszuschuss an die Veränderungen des Beitragssatzes koppelt. In Anbetracht der demografischen Entwicklung war jedoch absehbar, dass der Bundeszuschuss spätestens zur Jahrtausendwende deutlich würde angehoben werden müssen, um einen konjunkturpolitisch unerwünschten Anstieg der Rentenversicherungsbeiträge zu vermeiden (§ 213 III und IV SGB VI). Zur Finanzierung des erhöhten Bundeszuschusses wurde 1998 die Mehrwertsteuer von 15 auf 16 Prozent angehoben. Seit 1999 fließen zudem die Mehreinnahmen aus der sog. ökologischen Steuerreform zum ganz überwiegenden Teil in die Rentenkasse.³⁵ Hierdurch sollen die Beitragssätze trotz des demografischen Wandels stabil gehalten werden (§ 213 IV SGB VI).³⁶ Seit 2004 wird für Neurentner die Rente nicht mehr im Voraus (zum Monatsersten), sondern am Monatsende ausgezahlt. Alle anderen Renten werden seither am sog. Auszahlungstag überwiesen.³⁷

Um Übergänge zwischen Erwerbstätigkeit und Rentenbezug zu lockern, finden sich in der Literatur inzwischen Stimmen, die Regelaltersgrenze abzuschaffen.³⁸ Danach sollte der Einzelne freiwillig entscheiden können, wann er Rentenleistungen beziehen möchte. Auch das Thema Mindestrente wird mittelfristig ein Schlagwort in der Debatte um die Fortentwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung sein.

³⁴ F. Ruland, Rentenversicherung, in: von Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 17, Rn. 233; ders., Die Rentenreform unter besonderer Berücksichtigung der staatlich geförderten zusätzlichen Altersvorsorge, NZS 2002, 505 (507 ff.).

³⁵ Zur Verfassungsmäßigkeit der Ökosteuer vgl. BVerfG, NVwZ 2004, 846.

³⁶ Muckel/Ogorek, Sozialrecht, § 11, Rn. 64.

³⁷ J. Grosche, Die Rentenreformen im Überblick vom 12.08.2006, abrufbar unter: <<http://www.handelsblatt.com/finanzen/vorsorge-versicherung/ratgeber-hintergrund/altersversorgung-befindet-sich-tief-greifendem-wandel-die-rentenreformen-im-ueberblick/2692060.html>>, zuletzt besucht am: 25.11.2014. Einen informativen historischen Abriss über die Rentenreformen seit 1957 bietet W. Rombach, Bundesbeteiligung und Verfahren der Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung nach den Reformen, NZS 2002, 72 (73 ff.).

³⁸ J. Rüttgers, Sieben Schritte zu einer lebenswerteren Gesellschaft vom 12.07.2012, abrufbar unter: <<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/juergen-ruettgers-sieben-schritte-zu-einer-lebenswerteren-gesellschaft-a-843019.html>>, zuletzt besucht am: 25.11.2014.

2. Krankenversicherung

Nicht nur die Rentenversicherung wird durch die Auswirkungen des demografischen Wandels hinsichtlich ihrer Zukunftsfähigkeit infrage und ihrer Ausgestaltung vor neue Herausforderungen gestellt. Auch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), in der ca. 90 Prozent der Bevölkerung versichert sind,³⁹ ist durch den demografischen Wandel betroffen und wird in Zukunft noch stärker von ihm beeinflusst werden.

Anders als bei der Rentenversicherung wirkt sich der demografische Wandel bei Kranken- und Pflegeversicherung aber nicht nur auf die Finanzierbarkeit der Sozialleistungen aus, sondern auch auf die Potenz, die **gesetzlich garantierten Leistungen** tatsächlich zu erbringen. Anders als bei der Rentenversicherung setzen die Kranken- und Rentenversicherung voraus, dass eine hinreichende Anzahl an Leistungserbringern zur Verfügung steht, die die Leistungen für die Versicherten anbieten. Denn die Versicherungsleistungen bestehen nicht in einer Finanzierung des Bedarfs, sondern in der Erbringung der Leistungen selbst (sog. **Sachleistungsprinzip**).⁴⁰ Die Sozialversicherungsträger können sich deshalb grundsätzlich⁴¹ nicht auf eine bloße Kostenerstattung zurückziehen, sondern sie sind verpflichtet, selbst die erforderlichen Leistungen vorzuhalten. Hierfür greifen sie auf einen **Markt freier Leistungserbringer** zurück, deren Maßnahmen den Sozialversicherungsträgern als eigene Leistungen zugerechnet werden.

Der demografische Wandel wirkt sich deshalb zum einen auf die vorhandene Kraft der GKV, alle Versicherten tatsächlich zu versorgen, aus. Zum anderen wird aber auch ihre Fähigkeit betroffen sein, alle vom Versicherungsangebot umfassten Leistungen finanzieren zu können.

2.1. Ausgangslage

Der demografische Wandel ist ein umfassendes Phänomen. Meistens wird er im Zusammenhang mit der GKV auf die Alterung der Versicherten bezogen und als Erklärung dafür herangezogen, dass mehr Leistungen der GKV in Anspruch genommen werden. **Alter**

³⁹ Vgl. S. Rixen, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht, 2005, S. 12 m. w. N.

⁴⁰ Vgl. hierzu S. Bauer, Ärztliche Leistungserbringer im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine verfassungs- und europarechtliche Untersuchung der Zulassungs- und Vergütungsregelungen für Vertragsärzte, in: ders., Gesetzliche Krankenversicherung und die Freiheit der Leistungserbringer, 2008, S. 17 (18 f.); S. Rixen, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht, S. 119 ff.

⁴¹ § 13 SGB V regelt die Ausnahmen, die eine Kostenerstattung rechtfertigen.

und Multimorbidität gehen regelmäßig miteinander einher.⁴² Der demografische Wandel führt deshalb mittelfristig zu einer **verstärkten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen**:

Das führt dazu, dass im Durchschnitt die Gesundheitskosten einer Person im Alter ab 60 bis 65 Jahren die von dieser Person eingezahlten Beiträge übersteigen. Es kommt zu einer **Schere**, die sich mit steigendem Lebensalter weiter öffnet. Im Jahr 2003 ergab sich so eine „Lücke“ von bis zu 4.000 Euro pro Person und Jahr, wobei gerade alte Personen ab 80 Jahren verstärkt auf Gesundheitsleistungen angewiesen waren und deshalb auch mehr Kosten verursachten.⁴³

Auf der anderen Seite werden auch die **Leistungserbringer**,⁴⁴ die die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen befriedigen sollen, vom demografischen Wandel erfasst. Die Arztlzahlstudien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beispielsweise zeichnen den Trend, dass das Durchschnittsalter der Mediziner steigt.⁴⁵ Gleichzeitig sind zwar die Zahlen der Studierenden und Absolventen der Medizin bislang nicht rückläufig. Jedoch beginnen die letzten geburtenstarken Jahrgänge aktuell und in naher Zukunft ihre akademische Karriere. Ob das Niveau der Medizinabsolventen danach beständig bleiben wird, muss sich erst erweisen.

Zu berücksichtigen ist ein weiteres Phänomen: Die Mehrzahl der Medizinabsolventen ist weiblich (56 Prozent).⁴⁶ Da die Hauptlasten der Familienarbeit nach wie vor von Frauen getragen werden, stehen weniger Mediziner vollständig der Versorgung der Versicherten zur Verfügung.

⁴² Vgl. Enquete-Kommission Demographischer Wandel, Abschlussbericht, BT-Drs. 14/8800, S. 184 f.; G.-A. Ritter, Der Preis der deutschen Einheit, S. 146; M. Schuler-Harms, Soziale Infrastruktur im Gesundheitswesen - Der ambulante Sektor, in: Fehling/Ruffert (Hrsg.), Regulierungsrecht, § 15, Rn. 3.

⁴³ Vgl. zu diesem Phänomen S. Fetzer/S. Moog/B. Raffelhueschen, Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie, Discussion Paper 106/03, S. 4, abrufbar unter: <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/1865/pdf/109_03.pdf>, zuletzt besucht am: 25.11.2014.

⁴⁴ Leistungserbringer der GKV sind: Vertragsärzte, Krankenhäuser, Erbringer von Heilmitteln, Erbringer von Hilfsmitteln, Apotheken, Erbringer von Haushaltshilfe, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie, sozialmedizinischer Nachbehandlung, ambulanter Palliativversorgung, Krankentransport sowie Hebammen. Im Folgenden beschränkt sich die Darstellung wegen der hier in besonderem Maße zu Tage tretenden Probleme auf die Vertragsärzte.

⁴⁵ Kassenärztliche Bundesvereinigung/Bundesärztekammer, Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung, Daten, Fakten, Trends, 4. Aufl., abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztlzahlstudie_09102007.pdf>.

⁴⁶ T. Kopetsch, Entwicklung der Arztlzahlen: Zahl der angestellten Ärzte im ambulanten Bereich steigt, DÄBl. 2008, 105 (19): A-985 f.

Bereits heute klagen die Kliniken über einen **Mangel an Weiterbildungsassistenten**, also Medizinabsolventen, die ihre Facharztausbildung absolvieren. Im Jahr 2009 fehlten knapp 5.000 Weiterbildungsassistenten, wobei 80 Prozent der Kliniken von dem Mangel betroffen waren.⁴⁷

Im ambulanten Sektor ist **Über-, Unter- und Fehlversorgung** in besonders augenfälliger Weise ausgeprägt. Auf der einen Seite konzentrieren sich Vertragsärzte in bestimmten Regionen (Planungsbereichen), auf der anderen Seite haben Ärzte in anderen Planungsbereichen erhebliche Schwierigkeiten, ihre Praxis zu veräußern, weil sich in diesen Planungsbereichen keine Vertragsärzte niederlassen wollen.⁴⁸

Diese von Unterversorgung bedrohten oder bereits unterversorgten Planungsbereiche zeichnen sich vielfach durch eine **Strukturschwäche** aus, die häufig mit einer fortgeschrittenen Alterung und Schrumpfung der ansässigen Bevölkerung einhergeht. Dabei bestehen Über- und Unterversorgung teilweise räumlich in unmittelbarer Nähe. Dies kann etwa am Beispiel des Saalekreises/Sachsen-Anhalt verdeutlicht werden: Dieser wies im Jahr 2006 eine Unterversorgung von Hausärzten und einer Vielzahl von Facharztrichtungen auf. Gleichzeitig war die Stadt Halle, die vom Saalekreis umschlossen wird, mit Hausärzten und Fachärzten überversorgt.⁴⁹ Darüber hinaus war im Jahr 2006 vereinzelt bei anderen Facharztrichtungen eine Unterversorgung zu verzeichnen.⁵⁰ Insgesamt lässt sich feststellen, dass die unterversorgten Planungsbereiche zumeist in der Nähe ausreichend versorgter bzw. überversorgter Planungsbereiche gelegen waren. Auch ist Unterversorgung kein Phänomen, das sich auf die sogenannten neuen Bundesländer beschränkt, auch wenn es dort (derzeit noch) verstärkt auftritt.

Die mit dem demografischen Wandel verbundenen Probleme der GKV finden ihren eindrücklichsten Niederschlag in der vertragsärztlichen Versorgung, die den ersten Anlaufpunkt für die Versicherten bildet und die ärztliche Rundumversorgung gewährleisten soll.

⁴⁷ Vgl. A. Mihm, Immer weniger Arztstellen werden besetzt, FAZ vom 16.02.2010, S. 1.

⁴⁸ Eingehend S. Bauer-Schade, Die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung, S. 42 ff.

⁴⁹ Vgl. J. Klose/I. Rehbein/T. Uhlemann, Ärzteatlas, S. 19 ff.

⁵⁰ Internisten: ein unterversorgter Planungsbereich (Landkreis Wittmund/Niedersachsen); Kinderärzte: ein unterversorgter Planungsbereich (Bad Kissingen/Bayern); Orthopäden: ein unterversorgter Planungsbereich (Saalkreis/Sachsen-Anhalt); Urologen: ein unterversorgter Planungsbereich (Saalkreis/Sachsen-Anhalt), vgl. dazu die Ausführungen bei J. Klose/I. Rehbein/T. Uhlemann, Ärzteatlas, S. 68 f., 114 f., 138 f., 172 f.

Dabei kommt dem Hausarzt eine **Schlüsselstellung** in der medizinischen Versorgung zu. Er koordiniert als den Diagnose- und Behandlungsablauf seiner Patienten. Der Hausarzt nimmt für sich umfassendes Vertrauen in Anspruch und ist durch die Kenntnis der Krankheits- und Behandlungsgeschichte seiner Versicherten in der Lage, zielgerichtete Untersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten vorzuschlagen. Dies bedeutet zum einen, dass der Hausarzt die Belastung seiner Patienten senken kann. Zum anderen ist der Hausarzt eine wesentliche Stellschraube in den Finanzierungserwägungen des Gesetzgebers. Denn durch seine koordinierende Funktion soll der Hausarzt unnötige und teure **Mehrfachbehandlungen** vermeiden.⁵¹

Es zeigt sich jedoch, dass die besonders stark vom demografischen Wandel betroffenen Regionen, die sich zudem durch eine Strukturschwäche auszeichnen, auch überdurchschnittlich von einem Mangel an Vertragsärzten, insb. Fachärzten für Allgemeinmedizin betroffen sind. Dabei kumulieren verschiedene Phänomene, nämlich regionsspezifische und arzt spezifische.⁵²

Regionsspezifische Phänomene sind die **Abwanderung** der jüngeren, gut ausgebildeten oder ausbildungswilligen Bevölkerungsteile, was die Alterung der betroffenen Regionen verstärkt. Dadurch erodiert die Infrastruktur, die Kaufkraft nimmt ab, es mangelt an Fachkräften, weshalb Investitionen nur in geringem Maße getätigt werden.⁵³ Kommunale Leistungen werden zentralisiert; dies trifft zusammen mit Gemeindegebietsreformen, die größere Gemeindegebiete anstreben, um eine effizientere Verwaltung zu etablieren. Dadurch verlängern sich Fahrtwege, insb. zu Schulen, Bibliotheken, Sportvereinen und sonstigen Einrichtungen.

Arzt spezifische Phänomene sind zum einen die insgesamt abnehmende Bereitschaft zur freiberuflichen Tätigkeit, die mit großem persönlichem Engagement, wirtschaftlichem Risiko und erheblichen Arbeitszeiten verbunden ist. Zum anderen ist die Bereitschaft, sich zum Facharzt für Allgemeinmedizin weiterbilden zu lassen, im Verhältnis zum bestehenden Bedarf gering.

⁵¹ Ausdruck dieser Bedeutung ist etwa die Möglichkeit der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V.

⁵² Ausführlich S. *Bauer-Schade*, Die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung, S. 46 ff.

⁵³ Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Die demografische Lage der Nation, S. 10.

2.2. Rechtliche Handlungsansätze⁵⁴

Der Gesetzgeber hat das Problem des Mangels an „Landärzten“ aufgegriffen und hierfür Regelungsinstrumente im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)⁵⁵ geschaffen, die an dem bestehenden System der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung anknüpfen.

2.2.1. Überblick und Aufgabenverteilung

Die **Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung** obliegt in erster Linie den **Kassenärztlichen Vereinigungen**. Diese sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltungsgarantie, § 77 V SGB V. Sie haben, zum Teil in Kooperation mit den Landes- bzw. Bundesgremien der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, die bedarfsgerechte Verteilung der Vertragsärzte herbeizuführen, §§ 72, 75, 99 ff. SGB V. Die Krankenkassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen die Sicherstellungsverantwortung auf die KV und haben – von der in der Praxis bedeutsamen Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in verschiedenen Organen abgesehen – in erster Linie die Aufgabe, den Finanzierungsbedarf zu befriedigen. Die Krankenkassen fungieren deshalb primär als **Financiers der Gesundheitsleistungen**.⁵⁶

Für die Aufgaben der KV hat der Gesetzgeber einen Instrumentenkoffer bereitgestellt, aus dem sich die Verantwortlichen bedienen können.

An erster Stelle steht die **Bedarfsplanung** gem. §§ 99 ff. SGB V. Durch sie soll die bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung erreicht werden. Das Gesetz bezeichnet hierfür den einzuhaltenden Rahmen, indem es **Überversorgung** und **Unterversorgung** als die zu vermeidenden Extreme benennt und den zuständigen Stellen verschiedene Befugnisse erteilt, diese Extreme zu verhindern bzw. zu beseitigen.

Grundlage für die Bedarfsplanung sind die **Bedarfszahlen**. Diese sind auf recht intransparente Weise festgelegt worden, indem der Versorgungsgrad des Jahres 1990 in Normform gegossen worden ist. Die damals bestehende Versorgungslage (Einwohner pro Arzt, abhängig von der Facharztrichtung und der Bevölkerungsdichte) wurde mithin als optimal festgesetzt.⁵⁷ An diesen Bedarfszahlen orientiert sich die Bedarfsplanung mit ihren

⁵⁴ Ausführlich S. *Bauer-Schade*, Die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung, S. 98 ff.

⁵⁵ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.2012, BGBl. I S. 2983, geänd. durch Gesetz vom 12.04.2012, BGBl. I S. 579.

⁵⁶ P. *Kirchhof*, Der Leistungswettbewerb unter Einsatz der Beitragshoheit, DVBl. 1982, 933.

⁵⁷ Die bisherigen Bedarfszahlen sollen durch neue, anhand transparenter Kriterien festgelegte Bedarfszahlen ersetzt werden, vgl. § 101 II SGB V; hierbei ist insb. die demografische Entwicklung zu berücksichtigen.

prägenden Begriffen der Über- und Unterversorgung. Das Bestehen einer Überversorgung wird vermutet, wenn der in den Bedarfszahlen ausgedrückte optimale Versorgungsgrad um zehn Prozent überschritten wird, § 101 I 3 SGB V. Unterversorgung liegt vor, wenn der optimale Versorgungsgrad entweder bei Allgemeinärzten um 25 Prozent oder bei den übrigen Fachärzten um 50 Prozent unterschritten wird, § 29 Bedarfsplanungs-RL.

Das SGB V knüpft an die vom Landesausschuss (gebildet aus Kassenärztlichen Vereinigungen, Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, § 90 I SGB V) festgestellte bzw. drohende Unterversorgung eines Planungsbereichs vielfältige Rechtsfolgen. Diese werden im Folgenden in verschiedenen Gruppen zusammengefasst, um einen Überblick über die Handlungsansätze zu geben.

2.2.2. Finanzielle Anreize

Der Gesetzgeber stellt den Verantwortlichen eine Vielzahl unterschiedlicher Finanzierungsmöglichkeiten zur Verfügung, die dazu dienen sollen, Vertragsärzte in unterversorgte Regionen zu locken.

Die maßgeblichen finanziellen Anreize werden nicht (mehr) auf der vergütungsrechtlichen Ebene gesetzt, sondern auf der lokalen Ebene der „**Sonderzulagen**“. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind dazu ermächtigt, die vertragsärztliche Versorgung unter anderem durch finanzielle Anreize zu fördern, § 105 I 1 SGB V.⁵⁸ Hierdurch können die Kassenärztlichen Vereinigungen eigene Instrumente entwickeln, anwenden und überprüfen. Den regionalen und lokalen Bedürfnissen kann in besonderer Weise Rechnung getragen werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen fördern die vertragsärztliche Versorgung unter anderem mit folgenden Instrumenten:⁵⁹

- Sicherstellungszuschläge,
- Darlehen zur Niederlassung,
- Umsatzgarantien,
- Stipendien,

⁵⁸ Diese Möglichkeit stand den Kassenärztlichen Vereinigungen bereits früher offen, wurde zwischenzeitlich gestrichen nunmehr aber wieder eingeführt.

⁵⁹ Vgl. zu den Förderinstrumenten bspw. den Internetauftritt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, abrufbar unter <http://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/foerdermittel.html>. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt bietet allerdings keine Umsatzgarantien an.

- Umzugshilfen,
- Bezuschussung von Entlastungsärzten und angestellten Ärzten,
- Zuschläge auf das Gehalt von Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin.

Demgegenüber kommt den **Vergütungsregelungen** des SGB V, die allgemein gelten, kaum eine niederlassungssteuernde Aufgabe zu.⁶⁰ § 87b III SGB V sieht lediglich vor, dass die Vertragsärzte in unterversorgten Planungsbereichen von den Fallzahlenbegrenzungen des Honorarverteilungsmaßstabs, die in § 87b II 1 SGB V angesprochen werden, ausgenommen sind. Es soll somit sichergestellt werden, dass sämtliche behandelten Fälle in unterversorgten Planungsbereichen auch tatsächlich vergütet werden. In allen anderen Planungsbereichen gelten Fallzahlenbegrenzungen, die die Anzahl der zu vergütenden Leistungen beschränken, um eine Kostendämpfung herbeizuführen.

Dass die finanziellen Anreize tatsächlich eine Auswirkung auf die Niederlassungsentcheidung haben, muss sich erst erweisen. Die Erfolgsaussichten sind eher skeptisch zu betrachten. Die Studie Report Versorgungsforschung kam zu dem Ergebnis, dass eine strukturschwache (ländliche) Region eine so abschreckende Wirkung auf Mediziner hat, dass die regionalen Nachteile nur durch eine **zusätzliche Vergütung i. H. v. 8.800 Euro** im Monat ausgeglichen werden können.⁶¹ Solche Zusatzvergütungen sind jedoch in der Praxis kaum realistisch.

2.2.3. Ausweitung der Leistungserbringer

Die zweite Stellschraube, mit der die vertragsärztliche Versorgung justiert werden kann, ist der **Kreis der Leistungserbringer**. Gem. § 95 SGB V sind zur vertragsärztlichen Versorgung lediglich Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zugelassen. Für die Zulassung bedarf es der Approbation sowie der fachärztlichen Weiterbildung. Weitere Voraussetzung ist die Niederlassung am Vertragsarztsitz, in der die Sprechstunde abgehalten

⁶⁰ Der Gesetzgeber hatte bis zum 31.12.2012 einen anderen Ansatz verfolgt und hatte dadurch eine Niederlassungssteuerung erreichen wollen, dass identische Leistungen unterschiedlich hoch vergütet wurden, nämlich abhängig von der Versorgungsdichte des Planungsbereichs, vgl. hierzu § 87 IIe SGB V a. F.

⁶¹ O. H. Günther/B. Kürstein/S. G. Riedel-Heller/H.-H.König, The Role of Monetary and Nonmonetary Incentives on the Choice of Practice Establishment: A Stated Preference Study of Young Physicians in Germany, Health Services Research 45 (1) (2010), 212 (129 ff.); Dies., Analyse von Anreizen für die Niederlassung von Ärzten, in: Schwartz/Angerer (Hrsg.), Report Versorgungsforschung, Bd. 2, Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten, 2010, 419 (428 ff.).

werden kann, vgl. § 24 Ärzte-ZV. Das MVZ muss von einem Arzt verantwortlich geleitet werden.

Der Kreis der Personen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können, ist daher begrenzt. Diese Begrenzung wurde bis vor wenigen Jahren noch dadurch verstärkt, dass eine **Altersgrenze** von 68 Jahren existierte. Mit Erreichen der Altersgrenze erlosch die Zulassung zum Vertragsarzt. Mittlerweile ist die Altersgrenze aufgehoben worden.

Um nicht versorgte Versicherte in die vertragsärztliche Versorgung einzubeziehen, liegt es daher nahe, diese strengen Anforderungen zu lockern und mehr Leistungserbringer in die vertragsärztliche Versorgung einzubeziehen. Hierfür sieht der Gesetzgeber zwei Möglichkeiten vor.

Zum einen ist es möglich, im Falle einer festgestellten Unterversorgung die **Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor teilweise aufzuheben** und Klinikärzte bzw. Kliniken dazu zu ermächtigen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, §§ 116, 116a SGB V. Es wird bei der Ermächtigung darauf verzichtet, dass der Arzt selbstständig arbeitet und eine Praxis betreibt. Die Ermächtigung ermöglicht es, dass die vertragsärztliche Versorgung für die Versicherten tatsächlich gewährleistet wird, da zumindest die Kliniken in der Regel unter Inkaufnahme einer zumutbaren Wegstrecke von den Versicherten erreicht werden können. Hierbei ist jedoch der bereits angesprochene personelle Engpass vieler Kliniken zu berücksichtigen. Es muss sich erst erweisen, ob die Kliniken die erforderliche „manpower“ vorhalten können, die für die Erfüllung ihrer stationären und ambulanten Aufgaben erforderlich ist.⁶²

Zum anderen kann der **Arztvorbehalt gelockert** werden. Dies erfolgt auf dem Wege der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen. Bislang dem Arztvorbehalt unterfallende Aufgaben werden von Nichtärzten wahrgenommen, teils selbstständig kraft eigener Qualifikation (**Substitution**), teils unter ärztlicher Anleitung und Aufsicht (**Delegation**).⁶³

⁶² Skeptisch R. Pitschas, Rechtsfragen des GKV-Modernisierungsgesetzes, in: ders. (Hrsg.), Finanzierungsprobleme der Gesundheitsreform und GKV-Modernisierungsgesetz, 2004, S. 35 (54 f.). Auch die Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen bleiben vom Ärztemangel nicht verschont, so dass bereits erste Krankenhäuser Modelle entwickeln, die die Anstellung von Assistenzärzten im ausreichenden Maße gewährleisten sollen. So zahlt etwa das Altmark-Klinikum Gardelegen Medizinstudenten ein monatliches Stipendium, wenn sich diese im Gegenzug verpflichten, ihre Facharztausbildung im Klinikum zu absolvieren, vgl. <http://www.altmark-klinikum.de/Gardelegen/>.

⁶³ Hierzu ausführlich S. Bauer, Gegenwart und Zukunft der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, GewArch 2012, 13 ff.

Die rechtlichen Vorgaben sind bislang recht ungenau, so steht nicht abschließend fest, welche einzelnen Aufgaben dem Arztvorbehalt unterfallen. Ein solcher Katalog ist von den Partnern der Bundesmantelverträge (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesverbände der Krankenkassen) zu erstellen, vgl. § 28 I 3 SGB V.

2.2.4. Zulassungssperren

Das stärkste Instrument, die reguläre Versorgung in unterversorgten Planungsbereichen herzustellen, ist die sog. **Zulassungssperre** gem. § 100 II SGB V. Sie wirkt dergestalt, dass der Landesausschuss⁶⁴ für seinen Zuständigkeitsbereich (also ein Bundesland) all die Planungsbereiche für die Zulassung neuer Vertragsärzte sperren kann, die nicht unterversorgt sind. Auf diese Weise sollen die niederlassungswilligen Mediziner in die unterversorgten Planungsbereiche gelotst werden, in denen allein noch eine Niederlassung möglich ist. Voraussetzung hierfür ist, dass sämtliche Sicherstellungsbemühungen fruchtlos waren (ultima-ratio-Prinzip der Zulassungssperren).

Die Zulassungssperren greifen in erheblicher Weise in die **Berufsfreiheit der Ärzte** ein, die sich nicht an dem Ort niederlassen können, den sie bevorzugen. Ob die Zulassungssperren die angestrebte Steuerungswirkung entfalten können, ist mangels hinreichender empirischer Grundlage noch nicht abzuschätzen. Da die Zulassungssperren am Zuständigkeitsbereich des Landesausschusses, mithin der Bundeslandgrenze, enden, ist eine Ausweichbewegung in die Grenzregion anderer Bundesländer nicht ausgeschlossen. Denkbar ist dies etwa in der Region Halle/Leipzig, nordöstliches Sachsen-Anhalt/Brandenburg, westliches Sachsen-Anhalt/Thüringen bzw. Niedersachsen.

2.3. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Ebenso wie bei der Rentenversicherung sind die Fragen der **Finanzierung** auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung dringend. Eine älter werdende Gesellschaft verlangt nach mehr medizinischen Leistungen und dadurch nach einem höheren Finanzaufwand.

Nach einer Darstellung des derzeitigen Finanzierungssystems werden die unterschiedlichen Finanzierungsalternativen skizziert und im Anschluss Folgeprobleme der Verteilungsgerechtigkeit angesprochen.

⁶⁴ Die Landesausschüsse werden aus den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gebildet, § 90 I SGB V.

2.3.1. Das derzeitige Finanzierungsmodell

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist in den §§ 220-274 SGB V geregelt. Sie beruht vordergründig auf **Beiträgen**, im Übrigen auf sonstigen Einnahmen. Letztere setzen sich aus **Zuschüssen, Erstattungs- und Ersatzansprüchen sowie aus Erträgen, Zinsen und Gebühren**⁶⁵ zusammen.

2.3.1.1. Beitragsfinanzierung

Auch die gesetzliche Krankenversicherung ist ein im Wesentlichen durch **Beiträge** finanziertes Sozialversicherungssystem. Die Beiträge werden gem. § 249 I SGB V grundsätzlich von den versicherungspflichtigen Beschäftigten und von deren Arbeitgebern paritätisch getragen. Beide Anteile werden im Rahmen des Gesamtsozialversicherungsbeitrages vom Arbeitgeber abgeführt.⁶⁶ Nur in Ausnahmefällen tragen Pflichtversicherte den Beitrag allein, so z. B. gem. § 250 I SGB V freiwillig Versicherte.⁶⁷

Die Höhe der Beiträge bestimmt sich nach dem jeweils einschlägigen Vomhundertsatz, zu dem von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Beitrag bemessen wird.⁶⁸ Die Beiträge werden auch hier lediglich bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze **nach dem Arbeitsentgelt berechnet**.⁶⁹ Der allgemeine Beitragssatz wurde ursprünglich durch Rechtsverordnung festgelegt, seit dem 01.01.2011 ist er jedoch in § 241 SGB V gesetzlich normiert. Er beläuft sich derzeit auf 15,5 Prozent.

Ausgabensteigerungen, die durch den gesetzlichen Beitragssatz nicht abgedeckt werden können, sind durch **einkommensunabhängige Zusatzbeiträge** der Mitglieder zu finanzieren. Die Zusatzbeiträge können gem. §§ 242 ff. SGB V von den einzelnen Krankenkassen durch Satzung festgelegt werden.⁷⁰ Um dadurch drohende soziale Härten abzufedern, wurde ein

⁶⁵ Hervorgehoben sei vor allem die bis Ende 2012 erhobene „Praxisgebühr“.

⁶⁶ § 253 SGB V i. V. m. § 28e SGB IV.

⁶⁷ Z. B. Studierende, vgl. §§ 250 I Nr. 3, 236 I SGB V.

⁶⁸ Vgl. S. Muckel/M. Ogorek, Sozialrecht, § 8, Rn. 150.

⁶⁹ Im Jahr 2012 lag die bundeseinheitliche Beitragsbemessungsgrenze bspw. bei 45.900 € (3.825 € monatlich); vgl. §§ 223 III, 6 VII SGB V i. V. m. § 4 II Verordnung über maßgebenden Rechengrößen der Sozialversicherung für 2012. Zur Beitragsbemessung bei Rentnern übersichtlich Waltermann, Sozialrecht, Rn. 147.

⁷⁰ Die bisherige Begrenzung des Zusatzbeitrages auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen sowie die Acht-Euro-Grenze wurden aufgehoben. Erhebt eine Krankenkasse ab dem 01.01.2009 erstmals einen Zusatzbeitrag, oder erhöht sie einen bereits existierenden, so haben die Mitglieder gem. § 175 IV 5 SGB V ein Sonderkündigungsrecht.

sog. **Sozialausgleich** eingeführt.⁷¹ Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag wird unmittelbar bei den Versicherten eingezogen, d. h. das bei Arbeitnehmern übliche Lohnabzugsverfahren gem. § 28g SGB IV findet in diesem Fall keine Anwendung.

2.3.1.2. Sonstige Einnahmen

Zu den sonstigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung i. S. d. § 220 I 1 SGB V gehören die Bundeszuschüsse,⁷² die Realisierung von Ersatz- und Erstattungsansprüchen gegenüber Privaten und anderen Sozialversicherungsträgern, Miet- und Kapitalerträge⁷³ sowie Zinsen und Gebühren.

Die **Bundeszuschüsse**, durch die insb. die diversen versicherungsfremden Leistungen ausgeglichen werden, sind in den §§ 221 ff. SGB V geregelt. Nach § 221 SGB V leistet der Bund zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen 10,5 Milliarden Euro für das Jahr 2014, 11,5 Milliarden Euro für das Jahr 2015, 14 Milliarden Euro für das Jahr 2016 und ab dem Jahr 2017 jährlich 14,5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds.

2.3.1.3. Gesundheitsfonds

Die o. g. Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung fließen in den sog. Gesundheitsfonds.⁷⁴ Bei diesem handelt es sich um ein beim Bundesversicherungsamt gebildetes **Sondervermögen**, aus dem die Krankenkassen gem. §§ 266 I, 270 SGB V Zuweisungen erhalten.⁷⁵ Neben einer Grundpauschale erhalten sie daraus alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen⁷⁶ sowie Zuweisungen für sonstige Aufgaben. Lediglich die Landwirtschaftliche Krankenversicherung ist aufgrund ihrer besonderen sozial- und finanzpolitischen Aufgaben nicht am Gesundheitsfonds beteiligt; dort werden die Beiträge nach wie vor durch autonomes Recht (Satzung) geregelt.

⁷¹ § 242b SGB V; vgl. dazu nur R. Waltermann, Sozialrecht, Rn. 146a.

⁷² §§ 221, 221a, 221b SGB V.

⁷³ Vgl. § 262 II, V SGB V.

⁷⁴ § 271 SGB V.

⁷⁵ Weitere Informationen zum Gesundheitsfonds bietet das Bundesversicherungsamt auf seiner Homepage, abrufbar unter:
<http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1912730/DE/Gesundheitsfonds/gesundheitsfonds__node.html?__nnn=true>, zuletzt besucht am: 25.11.2014; grundlegend, A. Pfohl/M. Sichert, Der Gesundheitsfonds: Sondervermögen des Bundes oder der Krankenkassen?, NZS 2009, 71 ff.

⁷⁶ Sog. morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich.

2.3.2. *Alternativmodelle*

Zur derzeitigen Finanzierung der GKV gibt es insb. zwei prominente Alternativmodelle.

Die sog. **Gesundheitsprämie** bzw. Kopfpauschale sieht vor, dass die Versicherten – unabhängig von der Höhe des Einkommens – einen identischen Geldbetrag einzahlen. Nach diesem Modell bestimmt das Arbeitsentgelt nicht die Höhe des Krankenversicherungsbeitrags, da kein prozentualer Anteil des Arbeitseinkommens zu entrichten ist. Das Modell sieht vor, dass Personen, die durch die Höhe des Beitrags finanziell überfordert sind, Beihilfen aus Steuermitteln erhalten sollen.⁷⁷ Dieser Ansatz ist teilweise in Gesetzesform gegossen worden: So sind die Zusatzbeiträge ausschließlich von den Arbeitnehmern zu finanzieren, wobei eine einkommensunabhängige Pauschale zu entrichten ist, vgl. §§ 242 I i. V. m. 251 SGB V. Dabei erfolgt ein Sozialausgleich nach § 242b SGB V, wenn die Belastungsgrenze des Versicherten überschritten wird.

Das Gegenmodell, die **Bürgerversicherung**, sieht hingegen eine Ausweitung der Beitragszahler vor. Die derzeitige Möglichkeit, ab einer bestimmten Einkommensgrenze in die private Krankenversicherung zu wechseln, soll beseitigt werden. Dadurch sollen mehr finanziell Leistungskräftige in das Solidarsystem der GKV einbezogen werden.⁷⁸

Die Reformdebatte scheint derzeit ermattet zu sein. Parlamentarische Mehrheiten für das eine oder andere Modell sind zum aktuellen Zeitpunkt nicht zu organisieren.

2.3.3. *Probleme der Verteilungsgerechtigkeit*

Wenn knappe finanzielle Ressourcen auf einen die Verfügbarkeit übersteigenden Bedarf treffen, stellt sich die Frage, wie die Lücke zwischen Bedarf und Verfügbarkeit geschlossen werden kann. Diese Frage muss in jeder **Knappheitssituation** beantwortet werden. In der GKV stellt sich die Frage jedoch zum einen in besonderer Dringlichkeit und zum anderen mit besonderem Gewicht. Denn **Zuteilungsentscheidungen**, die diese Frage beantworten, sind in Bezug auf Gesundheitsfragen von herausgehobener Bedeutung, da Leben und Gesundheit **transzendente Rechte** im Sinne *Immanuel Kants* sind, sie also die Bedingung der

⁷⁷ „Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämiensmodell“, Beschluss C33 des 18. Parteitags der CDU Deutschlands, 12.06.2004.

⁷⁸ Vgl. hierzu den Überblick von *K. Lauterbach*, abrufbar unter <<http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/Buergerversicherung.pdf>>, zuletzt besucht am: 25.11.2014.

Möglichkeit jeden weiteren Freiheitsgebrauchs und -genusses sind.⁷⁹ Es ist zu fragen, ob bestimmte Leistungen, die derzeit noch vom Leistungskatalog umfasst sind, nicht mehr vorgehalten und privat zu finanzieren sein werden (**Rationierung**)⁸⁰ oder ob Einsparmöglichkeiten vorhanden sind, die nicht mit der Streichung von Leistungen einhergehen (**Rationalisierung**).⁸¹

Die absehbare Finanzierungslücke wird dauerhaft nicht durch Optimierungsprozesse und somit Einsparungen erfolgen, ohne bestimmte Leistungen zu streichen und der privaten Finanzierung anheimzustellen.⁸² Daher stellen sich Fragen nach den richtigen oder zumindest **sachgerechten Maßstäben für eine Rationierungsentscheidung**.

Ein Vorschlag aus dem Jahr 2003 zielte auf die Frage, ob bestimmte Leistungen ab einem bestimmten Alter nicht mehr durch die GKV finanziert werden (**Altersrationierung**).⁸³

Eine solche Altersrationierung wird – mit Verweis auf den allgemeinen Gleichheitssatz aus Art. 3 I i. V. m. dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 II GG sowie auf Europarecht – häufig abgelehnt. Eine Altersrationierung sei nicht erforderlich, um die Einspareffekte zu erzielen, da eine Vielzahl anderer Kostendämpfungsmaßnahmen existiert,

⁷⁹ Hierzu S. Huster, Gesundheitsgerechtigkeit: Public Health im Sozialstaat, JZ 2008, 859; W. Kersting, Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung, in: ders. (Hrsg.), Politische Philosophie des Sozialstaats, 2000, S. 467 (477 ff.); H. M. Heinig, Der Sozialstaat im Dienst der Freiheit, S. 417.

⁸⁰ Vgl. F. Welte, Allokation, Rationierung, Priorisierung: Rechtliche Grundlagen, MedR 2010, 379; S. Huster, Altersrationierung im Gesundheitswesen: (Un-)Zulässigkeit und Ausgestaltung, MedR 2010, 369 ff.; V. Neumann, Prioritätensetzung und Rationierung in der gesetzlichen Krankenversicherung NZS 2005, 617; F. S. Odunco, Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung – das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ökonomie, Ethik und Recht, MedR 2012, 359.

⁸¹ Hierzu C. Fuchs/E. Nagel/H. Raspe, Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?, DÄBl 2009; 106(12): A-554.

⁸² Vgl. V. Neumann, Prioritätensetzung und Rationierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, NZS 2005, 617.

⁸³ Vgl. zum Vorschlag des damaligen Vorsitzenden der Jungen Union, Mißfelder, Menschen ab 85 Jahren keine künstlichen Hüftgelenke mehr zu finanzieren. Der Vorschlag hat jedoch nur eine gesundheitswissenschaftliche Diskussion in die breite Öffentlichkeit getragen, vgl. hierzu etwa F. Breyer/C. Schultheiss, Altersbezogene Rationierung von Gesundheitsleistungen?, in: E. Wille (Hrsg.), Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen, 2003, S. 169 (188). Aus rechtlicher Perspektive vgl. differenzierend S. Huster, Altersrationierung im Gesundheitswesen: (Un-)Zulässigkeit und Ausgestaltung, MedR 2010, 369 ff., ablehnend V. Neumann, Prioritätensetzung und Rationierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, NZS 2005, 617 (622 f.); Brech, Triage und Recht, 2008, S. 280 ff.

die ebenso effektiv wie eine Altersrationierung seien.⁸⁴ Auf der anderen Seite könnte auf das Alter als besonders transparentes Differenzierungskriterium verwiesen werden.⁸⁵

Aus der **Wesentlichkeitstheorie** des Bundesverfassungsgerichts, nach der der Gesetzgeber die wesentlichen, insb. grundrechtsrelevanten Aspekte eines Regelungsbereichs selbst normieren muss,⁸⁶ folgt, dass der Gesetzgeber die Kriterien und Maßstäbe für eine Rationierung selbst festzulegen hat und diese nicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss überlassen darf.⁸⁷

Schließlich ist zu überlegen, ob eine Wichtigkeitsskala entworfen werden kann, nach der bestimmte Leistungen stets oder nur unter Anerkennung eines Vorrangs bestimmter Indikationen oder Personengruppen vorgehalten werden (sog. **Priorisierung**).⁸⁸ Auch diese Entscheidung ist in ihren wesentlichen Punkten durch den Gesetzgeber zu treffen.

3. Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung wird sich den Auswirkungen des demografischen Wandels ebenfalls in besonderem Maße ausgesetzt sehen, da mehr Personen pflegebedürftig sein werden.

3.1. Ausgangssituation

Es gibt immer mehr ältere Menschen und immer mehr Hochbetagte. Damit steigt auch die Zahl der **Pflegebedürftigen** weiter an. Im Jahr 2011 waren ca. 2,34 Mio. Menschen pflegebedürftig.⁸⁹ In wenigen Jahrzehnten steigt die Zahl auf über vier Millionen. 1,3 Mio. Menschen sind an Demenz erkrankt.⁹⁰ Auch ihre Zahl wird deutlich ansteigen. Gleichzeitig

⁸⁴ V. Neumann, Prioritätensetzung und Rationierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, NZS 2005, 617 (622 f.).

⁸⁵ Vgl. S. Huster, Altersrationierung im Gesundheitswesen: (Un-)Zulässigkeit und Ausgestaltung, MedR 2010, S. 369 ff.

⁸⁶ Grundlegend BVerfGE 33, 125; 49, 89.

⁸⁷ Zur Frage, ob der Gemeinsame Bundesausschuss überhaupt ausreichend legitimiert ist, den Leistungsumfang für die Versicherten verbindlich festzulegen vgl. bspw. E. Hauck, Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – ein unbequemes Kind unserer Verfassungsordnung?, NZS 2010, S. 600 ff.; P. Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S. 115 ff., 269 ff.; einerseits, H. Butzer/M. Kaltenborn, Die demokratische Legitimation des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, MedR 2001, 333 ff.; A. Hänlein, Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht, 2001, S. 454 ff.; R. Schmidt-De Caluwe, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 2. Aufl., 2010, § 92, Rn. 9 ff. (m. w. N.) andererseits.

⁸⁸ Hierzu C. Fuchs/E. Nagel/H. Raspe, Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?, DÄBl. 2009; 106(12): A-554.

⁸⁹ Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 070 vom 21.02.2011.

⁹⁰ Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Demenz-Report, S. 6, abrufbar unter: <http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf>, zuletzt besucht am: 25.11.2014.

sinkt die Zahl der Erwerbsfähigen und damit auch das Potential zur Gewinnung der für die Versorgung notwendigen Pflegekräfte. Hinsichtlich der Versorgungssituation Demenzkranker ist festzustellen, dass sich ihr spezieller Hilfebedarf, der sich auf Betreuung und Anleitung richtet, zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht adäquat in den Leistungen der Pflegeversicherung widerspiegelt.

Die Pflegeversicherung sieht sich hierbei in erster Linie erheblichen Finanzierungsschwierigkeiten ausgesetzt. Aber auch die Gewinnung von Pflegekräften gestaltet sich als äußerst kompliziert. Die Anzahl der osteuropäischen Pflegekräfte ist erheblich und steigend. Ohne diese Kräfte bestünde die Gefahr der pflegerischen Unterversorgung. Gleichzeitig bewegen sich diese Personen wegen ihrer häufig nicht bei der Sozialversicherung angemeldeten Beschäftigung oftmals im Bereich der sog. Schwarzarbeit.⁹¹

3.2. Rechtliche Handlungsinstrumente

Die rechtlichen Mechanismen haben in erster Linie die Finanzierung der Pflegeversicherung im Blick.

3.2.1. Überblick über die Finanzierung der Pflegeversicherung

Die Mittel der Pflegeversicherung werden gem. § 54 I SGB XI durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber gedeckt. Einen Bundeszuschuss gibt es in diesem Sozialversicherungssystem bislang nicht.

3.2.1.1. Beitragsfinanzierung

Die beitragsrechtlichen Vorschriften der Pflegeversicherung stimmen weitgehend mit denen der gesetzlichen Krankenversicherung überein. So richten sich die Beiträge auch hier nach den Einnahmen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze, deren Berechnungsgrundlage die Jahresarbeitsentgeltsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung ist.⁹² Für mitversicherte Familienangehörige⁹³ werden gem. §§ 1 VI 3, 56 I SGB XI keine Beiträge erhoben. Seit dem 01.01.2013 beträgt der Beitragssatz gem. § 55 I SGB XI 2,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

⁹¹ Vgl. <<http://www.welt.de/finanzen/article2276653/Pflege-als-Schwarzarbeit-fuer-den-guten-Zweck.html>>.

⁹² Vgl. § 55 II SGB XI.

⁹³ I. S. d. § 25 SGB XI.

Die Beiträge tragen **pflichtversicherte Beschäftigte** und deren **Arbeitgeber** je zur Hälfte. Die Beiträge für die Leistungsempfänger der gesetzlichen Rentenversicherung sind seit dem 01.01.2004 gem. § 59 I 1 SGB XI von diesen allein zu tragen. Auch freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer müssen für die Pflegeversicherungsbeiträge gem. § 59 IV 1 SGB XI allein aufkommen.⁹⁴

Seit dem 01.01.2005 wird gem. §§ 55 III, 58 I 3 SGB XI ein **Beitragszuschlag** i. H. v. 0,25 Prozent für Kinderlose, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, erhoben. Diesen Beitrag tragen die Versicherten gem. § 58 I 3 SGB XI allein. Mit dem Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (KiBG) reagierte der Gesetzgeber auf eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 03.04.2001.⁹⁵ Danach soll eine auch dem Schutz der Familie (Art. 6 I GG) widersprechende **Ungleichbehandlung** darin liegen, dass Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen und damit neben dem Geldbeitrag einen generativen Beitrag zur Funktionsfähigkeit eines umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems leisten, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden.⁹⁶

Die Finanzierung der Pflegeversicherung folgt ebenfalls dem **Umlageverfahren**. Es war ein wesentliches Anliegen bei Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung, dass sie für alle Pflegebedürftigen sofort wirksam werden sollte.⁹⁷

3.2.1.2. Stabilisierung des Beitragssatzes

Zur Stabilisierung des Beitragssatzes der Pflegeversicherung sind drei Instrumente hervorzuheben.⁹⁸ Zunächst wird der Beitragssatz gem. § 55 I SGB XI gesetzlich und nicht etwa durch Satzung der Pflegekasse bestimmt.

⁹⁴ Sie erhalten jedoch gem. § 61 I SGB XI von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss i. H. der Hälfte des Beitrages, der als Arbeitgeberanteil gem. § 58 SGB XI zu zahlen wäre.

⁹⁵ BVerfGE 103, 242 = NJW 2001, 1712 ff.

⁹⁶ Vgl. *G. Igl*, Pflegeversicherung, in: von Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, 4. Aufl., 2008, § 18, Rn. 136. Das BSG hat durch Urt. v. 27.02.2008 (BSGE 100, 77) entschieden, dass der Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung auch von den Versicherten zu zahlen ist, die ungewollt kinderlos geblieben sind.

⁹⁷ Das wäre bei einer privatrechtlich organisierten Pflegeversicherung nicht möglich gewesen, da wegen der erforderlichen Kapitaldeckung hinreichend ergiebige Leistungen erst längerfristig hätten erwirtschaftet werden müssen. Vgl. *R. Waltermann*, Sozialrecht, Rn. 210.

⁹⁸ Die Stabilisierungsinstrumente übersichtlich darstellend *G. Igl*, Pflegeversicherung, in: von Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), SRH, § 18, Rn. 138.

Zum anderen dürfen nach § 30 SGB XI die Leistungen durch Rechtsverordnung der Bundesregierung nur im Rahmen des geltenden Beitragssatzes und der sich daraus ergebenden Einnahmeentwicklung angepasst werden. Dies dient der **Vermeidung einer Beitragserhöhung** in Folge einer (notwenigen) Leistungserhöhung. So sind konsequenterweise Vereinbarungen mit den Leistungserbringern über die Höhe von Vergütungen für Pflegeleistungen, die dem Grundsatz der Beitragsstabilität widersprechen, gem. § 70 II SGB XI unwirksam. Die Bundesregierung prüft zu diesem Zweck – erstmals im Jahre 2014 – Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Anhaltspunkt ist dabei die Preisentwicklung der letzten drei Jahre.⁹⁹

Zum dritten werden die Leistungsaufwendungen sowie die Verwaltungskosten der Pflegekassen von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. Zu diesem Zweck findet zwischen allen Pflegekassen gem. § 66 I 1, 2 SGB XI ein **Finanzausgleich** statt. Hierfür wurde beim Bundesversicherungsamt ein **Ausgleichsfonds** eingerichtet.¹⁰⁰

3.2.2. Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz: Reaktion auf den erhöhten Pflegebedarf

Das Bundesministerium für Gesundheit geht davon aus, dass durch die beschriebene Situation weitere Reformen mittelfristig unumgänglich sind.¹⁰¹

Der Gesetzgeber hat in jüngster Zeit bereits reagiert:

Am 28.06.2012 hat der Deutsche Bundestag das **Pflege-Neuausrichtungsgesetz** (PNG) beschlossen. Die Reform sieht eine Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung um 0,1 Prozentpunkte und Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen vor. Der Beitragssatz stieg damit zum 01.01.2013 von 1,95 auf 2,05 Prozent. Mit dem Anheben des Beitragssatzes soll gesichert werden, dass die gesetzliche Pflegeversicherung auch weiterhin allein aus Beitragsmitteln finanziert werden kann. Auf die Rücklage soll nicht zugegriffen werden.¹⁰²

⁹⁹ Vgl. S. Muckel/M. Ogorek, Sozialrecht, § 9, Rn. 59.

¹⁰⁰ § 65 SGB XI.

¹⁰¹ Bundesministerium für Gesundheit, Eckpunkte zur Umsetzung des Koalitionsvertrages für die Pflegereform, S. 1, abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/P/Pflegereform/Eckpunkte_Pflege.pdf>, zuletzt besucht am: 25.11.2014.

¹⁰² Bundesministerium für Gesundheit, Eckpunkte zur Umsetzung des Koalitionsvertrages für die Pflegereform, S. 4, abrufbar unter:

Vor allem die ambulante Versorgung und die Betreuung von **Demenzkranken** sollen mit den Mehreinnahmen von jährlich rund 1,2 Mrd. Euro gestärkt werden. Altersverwirrte Menschen erhalten auch dann Pflegegeld und höhere Sachleistungen, wenn sie keiner Pflegestufe zugeordnet sind. Neue Wohnformen, sog. **Pflege-WGs**, sollen gefördert werden.¹⁰³

Schwerpunkt der jüngsten Pflegereform ist damit die Weiterentwicklung des Versicherungsrechts und der Leistungsangebote. Gleichzeitig sollen die Finanzierungsgrundlagen der Pflege angepasst und durch eine **steuerliche Förderung der privaten Vorsorge** als zusätzlicher Baustein für die Absicherung bei Pflegebedürftigkeit ergänzt werden. Beim Ausbau der Betreuungs- und Pflegestrukturen spielt, neben der Familie und professionellen Angeboten, das Ehrenamt eine wichtige Rolle.¹⁰⁴

Literaturhinweise:

Bauer-Schade, Stefan, Die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung, 2013.

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Die demografische Lage der Nation, 2011.

Heinig, Hans Michael, Der Sozialstaat im Dienst der Freiheit, 2008.

Kaufmann, Franz-Xaver, Schrumpfende Gesellschaft, 2005.

Klose, Joachim/ Rehbein, Isabel/ Uhlemann, Thomas, Ärzteatlas – Daten zur Versorgungsdichte mit Vertragsärzten, 2007.

Muckel, Stefan/ Ogorek, Markus, Sozialrecht, 4. Auflage, 2011.

Ritter, Gerhard A., Der Preis der deutschen Einheit – Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaats, München 2007.

Rixen, Stephan, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht, 2005.

Waltermann, Raimund, Sozialrecht, 9. Auflage, 2011.

<http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/P/Pflegereform/Eckpunkte_Pflege.pdf>, zuletzt besucht am: 25.11.2014.

¹⁰³ [sueddeutsche.de](http://www.sueddeutsche.de), Bundestag beschließt *Bahrs* Pflegereform, 29.06.2012, abrufbar unter: <<http://www.sueddeutsche.de/politik/pflegeversicherung-bundestag-beschliesst-bahrs-pflegereform-1.1396879>>, zuletzt besucht am: 25.11.2014.

¹⁰⁴ Bundesministerium des Innern, Jedes Alter zählt, Demographiestrategie der Bundesregierung, S. 28, abrufbar unter: http://www.demografiestrategie.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/Politik_Gesellschaft/DemographEntwicklung/demografiestrategie.pdf?__blob=publicationFile>, zuletzt besucht am: 25.11.2014.