

Sozialversicherung mit Wahlfreiheit? Gefahr für Solidarität und Stabilität!

Zusammenfassung

Sozialversicherungen sind in Deutschland noch immer ganz überwiegend als Arbeitnehmerversicherungen ausgestaltet und damit in zweierlei Hinsicht eingeschränkt: Anders als in vielen vergleichbaren Staaten haben bestimmte Personengruppen keinen automatischen Zugang und werden starke Schultern nur unzureichend einbezogen. Diese Begrenzungen der Versichertengemeinschaft ziehen strukturelle Probleme nach sich. Vielfach wird deshalb über eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherungen hin zu Erwerbstätigen- oder gar Bürgerversicherungen diskutiert, um mit „gutem gleichem Recht für alle“ soziale Sicherheit für mehr Menschen zu gewährleisten und die Akzeptanz der Sozialversicherungen zu stärken.

Entsprechende konkrete Reformen sind bislang zwar nicht absehbar, wohl aber ähnlich anmutende Konzepte: Zum einen soll die gesetzliche Krankenversicherung mit dem „Hamburger Modell“ der pauschalen Beihilfe nun auch für (Landes-)Beamte eine realistische Option darstellen. Zum anderen beabsichtigt der Bundesgesetzgeber, zukünftig auch alle Selbstständigen zur Altersvorsorge zu verpflichten, nicht notwendigerweise aber zur Mitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung. Das diese Reformansätze prägende Prinzip der Wahlfreiheit erscheint zunächst positiv, birgt bei näherer Betrachtung aber erhebliche Gefahren für eine insgesamt wirksame, gerechte und wirklich nachhaltige soziale Absicherung. Fortentwicklungen der Sozialversicherungen sollten deshalb dem Modell der solidarischen Pflichtversicherung folgen, die umfassend und nach Leistungsfähigkeit einbezieht, Schieflagen vermeidet und Akzeptanz nachhaltig stärkt.

1. Das Grundprinzip: Risikoausgleich durch Versicherungen

Versicherungen jeglicher Art sind stets auf eine ausreichend große und finanziell leistungsfähige Gemeinschaft von Versicherten angewiesen, um mithilfe dieses „Kollektivs“ auftretende Schäden durch angesparte oder laufende Einnahmen zuverlässig auszugleichen. Dabei müssen die abgesicherten Risiken jedenfalls in der großen Zahl strukturell abschätzbar sein, um im Ernstfall keine umfangreichen und teuren Rückversicherungen oder externe Subventionen zu benötigen. Bei rein zufällig auftretenden Katastrophen ist diese grundsätzliche Planbarkeit nicht gegeben, bei typischen Lebensrisiken wie Krankheit oder Gebrechlichkeit hingegen schon. Eine zuverlässige Absicherung sozialer Risiken kann also prinzipiell schon dauerhaft durch eine breit aufgestellte Versicherung geleistet werden, die keine weiteren Sicherungsnetze für sich selbst (nämlich den Steuerstaat als Ausfallbürgen) und für ihre Versicherten (nämlich Sozialhilfe für unzureichend abgedeckte Risiken) mehr benötigt.

Neben überschaubaren Risiken ist zu gewährleisten, dass eine Versicherung nicht in einer Weise strapaziert wird, die ihren Fortbestand durch zu hohe Ausgaben und/oder unzureichende Einnahmen gefährdet. Sogenannte „schlechte Risiken“ mit hoher Wahrscheinlichkeit eines (kostenträchtigen) Versicherungsfalls müssen deshalb auf einen tragbaren Anteil an allen Versicherten beschränkt werden und bleiben. Dies kann in einer Versicherung mit reguliertem Personenkreis entweder durch teilweisen Ausschluss (mit der Gefahr der Untersicherung) oder durch die verpflichtende Einbeziehung möglichst vieler „guter Risiken“ geschehen, um auf diesem Weg eine angemessene Risikomischung zu erreichen. Beruht eine Versicherung hingegen auf bloßer Freiwilligkeit mit grundsätzlich offenem Zugang, stehen ihr zur ausreichenden Finanzierung zwei andere Ansätze zur Verfügung, die indes wesentliche Schwächen aufweisen und die strukturelle Begrenztheit dieses Modells für soziale Sicherung deutlich werden lassen.

Zum einen ist es denkbar, sehr detaillierte Prüfungen individueller Risiken vorzunehmen – ein Beispiel dafür sind Gesundheitschecks vor dem Abschluss einer privaten Krankenvollversicherung – und in der Folge entsprechend hohe Prämien zur adäquaten Absicherung festzulegen. Ein solches Vorgehen ist offensichtlich bewusst nicht auf umfassende Solidarität mit strukturell Schwächeren ausgelegt¹ und kann auch bei Personen, die sich durchaus freiwillig absichern wollen, zu unzureichendem Schutz führen: Möglicherweise können sie die anfallenden Kosten nicht tragen und gegebenenfalls wird ihnen überhaupt kein Versicherungsschutz angeboten, weil das Risiko einfach zu hoch oder der Ernstfall bereits dauerhaft eingetreten ist. Dies ist etwa bei chronisch Kranken der Fall, die im Wortsinn tatsächlich keine Versicherung für einen möglichen Ernstfall Krankheit benötigen, sondern eine dauerhaft gewährleistete Versorgung.

Zum anderen können freiwillige Versicherungen auf Einzelfallprüfungen verzichten und von vornherein hohe Pauschalbeiträge festlegen, die für eine Bearbeitung überproportional vieler Problemlagen ausreichen würden. Ein solcher Ansatz geht von der durchaus berechtig-

¹) Der jeder Versicherung eigene Ausgleich zugunsten konkreter Schadensfälle ist noch keine Folge des Solidarprinzips – eine freiwillige Versicherung mit risikobezogenen Prämien ist nicht solidarisch, sondern lediglich kompensierend.

ten Erwartung aus, dass sich unter sonst gleichen Umständen insbesondere Personen mit schlechten Risiken für einen freiwilligen Versicherungsschutz entscheiden würden, da sie hoffen, die mit einiger Wahrscheinlichkeit entstehenden Kosten so maßgeblich auf das Kollektiv abwälzen zu können. Er hat allerdings zur Folge, dass die hohen Prämien für viele dieser Menschen mit schlechten Risiken kaum noch zu leisten sind (sie also keinen Schutz erhalten) und für jene mit guten Risiken strukturell überteuert sind, sodass diese abgeschreckt und kaum Teil der Versichertengemeinschaft werden dürften. In letzter Konsequenz kommt eine solche Versicherung damit entweder überhaupt nicht zustande oder sie ist sehr fragil und recht leistungsschwach, da sie Teile der Ausgleichslasten über hohe Eigenanteile auf einzelne Versicherte übertragen muss.

Offensichtlich ist ein Nichtzustandekommen von Versicherungen oder der Ausschluss besonders schutzbedürftiger Personen insbesondere dort problematisch, wo es um die Absicherung wichtiger Lebensrisiken/-phasen wie Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Alter geht. Für diese und ähnliche Wechselfälle ist es deshalb notwendig, möglichst große und ausgewogene Solidargemeinschaften zu schaffen, die wirksamen und stabilen sozialen Schutz zu für alle Versicherten tragfähigen Kosten gewährleisten. Eine solche Absicherung ist international wie auch in Deutschland üblich und kann nicht nur über steuerfinanzierte Systeme für die gesamte Wohnbevölkerung, sondern auch über obligatorische Sozialversicherungen für Teilgruppen wie Angestellte, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer oder Erwerbstätige gewährleistet werden.

Dabei sind Abgaben anhand der jeweiligen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu entrichten, also progressive (der Anteilswert steigt mit dem Einkommen) oder zumindest proportionale (der Einkommensanteil bleibt konstant) Steuern oder Beiträge, die „starke Schultern“ angemessen zur Finanzierung heranziehen. Durch Pflicht und Einkommensbezogenheit wird erreicht, dass individuelle Risiken und ökonomische Problemlagen im positiven Sinne in der Gemeinschaft „untergehen“. Sie werden also in ihr handhabbar, sodass auch für strukturelle Problemlagen effektiver und dauerhafter Schutz gewährleistet ist. Solidarität in Sozialversicherungen und steuerfinanzierten Sozialleistungssystemen ist damit umfassend zugunsten jener Personen institutionalisiert, die Versicherungsschutz in einem freien Markt wegen unzureichender eigener Mittel, der bereits eingetretenen Problemlage oder des Nichtzustandekommens der Versicherung nicht zuverlässig erwerben könnten. Als Teil eines sozialen Ausgleichs zugunsten bestimmter Personengruppen ist auch eine kostenlose oder zumindest beitragsgeminderte Miteinbeziehung von Kindern und anderen Angehörigen möglich.

2. Pflichtversicherung mit „Schlagseite“: ein Problem für Akzeptanz und Stabilität

Umverteilung zugunsten strukturell Benachteiligter ist allerdings nur dann langfristig tragfähig, wenn zwei wesentliche Bedingungen grundsätzlich erfüllt sind: Zum einen sollten individuelle Beiträge nicht nur dieser kollektiven Risikoteilung dienen, sondern auch einen greifbaren Mehrwert für die jeweiligen Beitragszahler bieten, sofern die Aufgabe der Versicherung eine „Schadensregulierung“ durch Sach- und Dienstleistungen (etwa in Form von

Krankenbehandlung) übersteigt. Diese Ergänzung des Bedarfsprinzips durch das beitragsorientierte Äquivalenzprinzip ist besonders in Rentenversicherungen üblich – die Beiträge dienen gerade im deutschen System eben nicht der Finanzierung einer einheitlichen Grundrente – und wird zum Beispiel auch in Entgeltersatzleistungen bei Krankheit oder Arbeitslosigkeit angewandt. Die Gewissheit, im Fall der Fälle Geldleistungen erwarten zu dürfen, die strukturell an die eigene Vorleistung zurückgebunden sind, erhöht die Akzeptanz in der ganzen Breite der Versichertengemeinschaft und damit die langfristige Stabilität des Systems.

Zum anderen ist es notwendig, dass echte Solidarität in Form systematischer Umverteilung nicht nur von einer (zu) kleinen Teilgruppe geübt werden muss. Anders formuliert: Die sozialpolitisch notwendige Absicherung relativ schlechter Risiken erfordert die Verpflichtung eines angemessenen Gegenübers aus besseren Risiken, um dauerhaft wirksam und allgemein akzeptiert erfolgen zu können. Ein solches Gleichgewicht ist beispielsweise bei reinen „Arbeitnehmerversicherungen“, bei Erwerbstätigenversicherungen und bei Bürgerversicherungen oder einer Staatsbürgerversorgung aus Steuermitteln gegeben. Stets sichern sich dabei Statusgruppen verpflichtend untereinander ab, sodass sich niemand dem Schutz für sich und andere entziehen kann. Mit Blick auf Ausgewogenheit, Angemessenheit und Akzeptanz sind die genannten Varianten allerdings keineswegs gleichwertig: Je kleiner eine Versichertengemeinschaft ist, desto höher ist ihre Anfälligkeit für grundsätzliche Schocks. Und je systematisch beschränkter sie ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Risiken im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in einem höheren/geringeren Maße auftreten und damit zu unangemessen hohen/niedrigen Kosten für das Versichertenkollektiv führen. Die Folgen sind gegebenenfalls Subventionierungsbedarfe von außen (zum Beispiel über Bundeszuschüsse) oder andererseits dem solidarischen Risikoausgleich in einem größeren Verbund vorenthaltene Mittel.

Zum Problem der formal ausgewogenen, aber zu kleinen Versichertenkreise kann das Problem der „Pflichtversicherung mit Schlagseite“ hinzukommen, das wegen schiefer Aufgabenzuweisung einerseits und schiefer Versicherungsanreize andererseits in zwei Ausprägungen auftreten kann und im deutschen Sozialstaat tatsächlich auch ganz konkret auftritt. Zum einen können begrenzte Versicherungen mit Schutzaufgaben regelrecht überfrachtet werden, die angesichts ihrer auf höherer Ebene angesiedelten Verursachung eigentlich auch dort zu lösen wären – die institutionalisierte Solidarität der Versicherten untereinander würde also gewissermaßen von oben ausgenutzt. Entsprechende Tendenzen werden etwa in der Debatte um gesamtgesellschaftliche Aufgaben der bislang weitgehend auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer konzentrierten gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und ihre eigentlich notwendige Steuerfinanzierung regelmäßig problematisiert. Ein aktuelles Paradebeispiel dafür ist die bislang ausschließliche Beitragsfinanzierung der oft als „Mütterrente“ bezeichneten pauschal bewerteten zusätzlichen Kindererziehungszeiten für ältere Kinder.

Eine zweite Variante der Schlagseite entsteht mit einiger Wahrscheinlichkeit oder gar Sicherheit dort, wo Pflichtversicherten mit schlechten Risiken kein entsprechender Einbezug jener mit guten Risiken gegenübersteht. Dies ist der Fall, wenn jene sich in Sondersys-

temen versichern oder ganz auf Versicherungsschutz verzichten dürfen.² Die potenzielle Ballung schlechter und damit teurer Risiken kann wiederum langfristig dazu führen, dass die soziale Versicherung finanziell scheitert oder auf unzureichende Leistungen reduziert wird. Um dies zu vermeiden, können Beiträge und damit auch die Beteiligung der – eigentlich zu wenigen – guten Risiken mit Pflichtmitgliedschaft angehoben werden, der sie sich zunächst nicht entziehen können. Folge einer solchen Politik ist allerdings die allmähliche Untergrabung der Systemakzeptanz aufseiten der „Geldgeber“, die sich mit der eigentlich breiter anzulegenden Solidaraufgabe von ähnlich guten Risiken mit hoher Leistungsfähigkeit alleingelassen und insofern benachteiligt fühlen dürften: Sie müssten alleine für etwas aufkommen, was eigentlich von einem offensichtlich deutlich größeren Kreis zu leisten wäre. Die schleichende und im Extremfall auch abrupte Abwicklung, jedenfalls aber leistungsmäßige Reduktion des für eine Teilgruppe zunehmend unvorteilhaften Systems kann schließlich die Folge sein.

Grundsätzlich – und das zuvor beschriebene Problem des durch kleine Versicherungskreise erhöhten Schwankungsrisikos außen vor lassend – ist das deutsche Sozialversicherungssystem angemessen konstruiert, um Schlagseitenprobleme zu verhindern.³ Weitgehende „Arbeitnehmerversicherungen“⁴ beziehen beide Risikotypen verpflichtend ein, sodass schlechte Risiken zuverlässig abgesichert werden, da auch Personen mit guten Risiken ihren angemessenen Beitrag entrichten müssen. Dieses Prinzip wird allerdings nicht völlig stringent umgesetzt, sodass es durchaus einige strukturelle und im internationalen Vergleich auffällige Problematiken im in Deutschland unvollendeten Pflichtversicherungsmodell gibt.

Das erste wesentliche Strukturproblem besteht in der realen Abwälzung externer Kosten auf strukturell zu kleine Versichertengemeinschaften, die diese eigentlich nicht alleine tragen sollten. Neben der unpassenden Finanzierung der „Mütterrenten“ kann hier beispielhaft die soziale Absicherung im „Hartz-IV“-System genannt werden: Für Personen im Arbeitslosengeld-II-Bezug wird lediglich ein fiktives Einkommen in Höhe von 21,55 Prozent der Bezugsgröße konstruiert (2019 entspricht dies monatlich 671,28 Euro), auf das der Bund dann entsprechende Beiträge für Gesundheit und Pflege in Höhe von derzeit etwa 125 Euro pro Monat an die zuständigen Krankenkassen entrichtet. Derartige Beitragshöhen sind zur adä-

-
- 2) Die bloße Möglichkeit muss natürlich nicht zwangsläufig zur entsprechenden Handlung führen – viele formal versicherungsfreie Personen mit guten Risikostrukturen sind tatsächlich ganz bewusst (weiter) sozialversichert.
 - 3) Die steuerfinanzierten Fürsorgesysteme sind dies grundsätzlich ohnehin: Der „Steuerstaat“ besitzt die breitestmögliche Erhebungsgrundlage und nutzt Erträge daraus, um die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Hilfe für Bedürftige zu erfüllen. Die konkrete Ausschöpfung dieser Basis ist allerdings durchaus kritisch zu sehen, da „starke Schultern“ im historischen Vergleich heute einen recht geringen Anteil an Steuern entrichten und andererseits die Steuerlast unterer Einkommensgruppen deutlich gestiegen ist: Der fürsorgende Steuerstaat schöpft zwar strukturell recht breit ab, aber an einigen Stellen gar nicht, an weiteren nicht tief genug und an anderen wiederum zu tief.
 - 4) Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind mit ihrem Lohn/Gehalt bis zu unterschiedlichen Bemessungsgrenzen sozialversicherungspflichtig (dabei je hälftige Beitragstragung gemeinsam mit dem Arbeitgeber), während die Pflichtversicherung für Selbstständige nur eng begrenzt für kleine Gruppen in der Rentenversicherung gilt. Freiberufler, Landwirte und Beamte verfügen über Sondersysteme (gegebenenfalls mit privatem Lückenschlussbedarf) und für ökonomisch inaktive Personen besteht – sofern nicht über Angehörige ohnehin kostenlos mitversichert – lediglich eine Pflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung aus eigenen Mitteln, die unter Umständen auch in der Sozialversicherung erfolgen kann.

quaten Versorgung als Durchschnittswert allerdings bei Weitem unzureichend – nicht grundlos sind durchschnittlich erheblich höhere Einkommen voll zu verbeitragen, um die umlagefinanzierte Krankenversorgung dauerhaft auszufinanzieren. Folglich wird die notwendige Solidarität mit „Hartz-IV“-Beziehern maßgeblich von den sonstigen Beitragszahlern und nur eingeschränkt von der eigentlich angemessenen Gesamtgemeinschaft der Steuerzahler geübt, die eher symbolische Unterstützung leistet. Immerhin ist im 2018 geschlossenen Koalitionsvertrag zur Bundesregierung von CDU/CSU und SPD vorgesehen, „die schrittweise Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln [zu] finanzieren“, sodass die beschriebene Schieflage jedenfalls für den Rechtskreis SGB II (im SGB XII besteht er in ähnlicher Form) womöglich in absehbarer Zeit Geschichte sein wird.

Ein zweites Problem stellt die Möglichkeit für gewisse Personenkreise dar, die Solidarität trotz auch für sie grundsätzlich bestehender Pflichtversicherung aufzukündigen oder gar nie auszuüben. Sie besteht in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung (SPV), aus der Personen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (und damit schon ab rund 150 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Durchschnittseinkommens) in die private Vollversicherung hinausoptieren können. Derartige Regelungen reduzieren damit tendenziell die Gruppe der für die Sozialversicherung wertvollen Mitglieder – also Personen mit hohem Beitragsaufkommen und durchschnittlich guten gesundheitlichen Perspektiven –, die fortan außerhalb des Systems und weitgehend „unter sich“ von geringeren Prämien profitieren dürfen und diese Möglichkeit oft auch konkret nutzen. Da auch die Beitragsbemessungsgrenze für Kranken- und Pflegekassen hohe Einkommen unberücksichtigt lässt⁵ und ein vorerst gedeckelter Bundeszuschuss von jährlich nur 14,5 Milliarden Euro an die GKV überwiesen wird – die SPV muss bislang gänzlich ohne Steuerzuschüsse auskommen –, sind angemessene Beteiligungen wirklich „starker Schultern“ an den allgemeinen Krankheits- und Pflegekosten weitgehend ausgeschlossen: Sie sind häufig nicht Teil des Systems, beteiligen sich selbst dann nur mit einem begrenzten Teil ihrer Einkommen und müssen auch über Steuern nur geringe Umverteilung in Kauf nehmen. In der Folge werden Solidarität mit schlechten Risiken und Personen mit geringen Einkommen entgegen des eigentlich gesamtgesellschaftlichen Auftrags zu einer nahezu exklusiven Aufgabe der beschäftigten Mitte, die praktisch mit ihrem vollen Arbeitseinkommen beitragspflichtig im System verbleibt.

Drittens und gewissermaßen als Spiegelbild der zweiten Problematik bietet das deutsche Sozialversicherungssystem an verschiedenen Stellen Wahlfreiheit und damit die Gelegenheit zu einem oft auch als „Rosinenpickerei“ beschriebenen Verhalten: Nicht verpflichtend abgesicherte Personengruppen, zu denen insbesondere der größte Teil der Selbstständigen zu zählen ist, können sich den sozialen Versicherungen unter Umständen freiwillig anschließen, ihren Versicherungsstatus also nach gezielter Kosten-Nutzen-Analyse frei wählen. In der Tendenz werden Personen mit eher ungünstigen Risikostrukturen und/oder unterdurchschnittlichen Einkommen eine solche Mitgliedschaft besonders häufig anstreben. Sie wollen

⁵⁾ Mit 54.450 Euro im Jahr 2019 liegt sie nochmals rund 10 Prozent unter der Versicherungspflichtgrenze.

– aus individueller Perspektive vollauf verständlich – von der Umverteilung zulasten guter Risiken und wirtschaftlich „stärkerer Schultern“ profitieren, statt sehr teure oder womöglich gar nicht verfügbare private Versicherungen abzuschließen.⁶ Der Versicherungsschutz für die bisherige Solidargemeinschaft wird damit tendenziell erschwert, da je nach politischer Reaktion allgemeine Beitragssatzsteigerungen oder Einschränkungen des Leistungskatalogs folgen können und wiederum die Systemakzeptanz schwächen. Ein besonderes Legitimationsproblem entsteht gegenüber den pflichtversicherten guten Risiken, die sich einer zusätzlichen unangemessenen Solidaraufgabe gegenübersehen: Sie müssen nun nicht nur als ein tendenziell zu kleiner Kreis die wirksame Versicherung der pflichtversicherten schlechten Risiken übernehmen, sondern werden von ihren logischen „Pendants“ (nämlich den nicht sozialversicherungspflichtigen guten Risiken mit vergleichsweise hohen Einkommen) auch noch maßgeblich mit dem Schutz freiwillig versicherter schlechter Risiken alleingelassen.

Wegen des Zusammenwirkens aller drei Strukturproblematiken ist auch die zum Jahr 2019 vorgenommene Beitragserleichterung für in der GKV und SPV freiwillig Versicherte kritisch zu sehen. Mussten hauptberuflich Selbstständige bislang normalerweise mindestens 75 Prozent der Bezugsgröße verbeitragen,⁷ so gilt nun auch für sie ein Drittel der Bezugsgröße als Mindestbeitragsgrundlage – im Jahr 2019 also nur noch 1.038,33 Euro pro Monat. Einerseits wurde damit eine tatsächlich überfällige Anpassung im Sinne der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit vorgenommen, wie sie für andere freiwillig Versicherte und abhängig Beschäftigte üblich ist, andererseits wurde aber auch eine stärkere Unterstützung Selbstständiger mit geringem Einkommen institutionalisiert. Für eine solche Umverteilung ist eine weitgehende „Arbeitnehmerpflichtversicherung“ wie die bisherige GKV und SPV allerdings das falsche Instrument: Sie bewirkt eine faktische Subventionierung wirtschaftlich schwacher Selbstständiger durch die Arbeitnehmermitte, also tendenziell ökonomische Verzerrungen.⁸ Außerdem verengt es verpflichtende Solidarität, die eigentlich von allen Steuerzahlern oder vom merklich ausgeweiteten Mitgliederkreis einer Bürgerversicherung, insbesondere aber auch von erfolgreichen Unternehmern geübt werden müsste.

3. Aktuelle Ansätze: Auf dem Weg in die Sackgasse?

Gegenwärtig sind zwei konkrete Reformkonzepte zu Versichertenkreisen in der politischen Diskussion beziehungsweise Umsetzung, die zunächst positiv erscheinen. Grundsätzlich haben sie nämlich zum Ziel, umfassenderen und auch für niedrige und mittlere Einkommen

⁶ Dieser Effekt ist beispielsweise bei Beamten zu beobachten, die bereits heute oft gesetzlich krankenversichert sein können, wegen der dann in der Regel fälligen vollen Beiträge ohne Arbeitgeberanteil (siehe unten) aber in der großen Mehrheit das Standardmodell aus Beihilfe und privater Teilkrankenversicherung wählen. Die rund 15 Prozent dennoch in der GKV versicherten Beamten haben im Vergleich erheblich mehr kostenlos mitversicherte Angehörige, sind häufiger erwerbsgemindert oder schwerbehindert und verfügen über geringere Einkommen (siehe Ochmann, Richard/Albrecht, Martin/Schiffhorst, Guido 2016: Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige – Teilbericht Beamte, S. 25 ff.). Sie profitieren damit in besonderem Maße und üblicherweise wohl gezielt von den Ausgleichsmechanismen der solidarischen Sozialversicherung, die gerade nicht von ihren privat versicherten Beamtenkollegen mitgetragen wird.

⁷ Eine niedrigere Bemessungsgrundlage galt nur für geförderte Gründer.

⁸ Bis auf gewisse Ausnahmen sind Selbstständige bislang nicht altersvorsorgepflichtig, sodass die nun nochmals abgesenkte Sozialabgabenbelastung Entscheidungen für prekäre Selbstständigkeit begünstigt.

finanziell tragbaren sozialen Schutz zu bieten. Dabei sind sie allerdings vom hier hochproblematischen Prinzip der Wahlfreiheit statt angemessenen sozialen Ausgleichs geleitet, der letztlich nur durch eine solidarische Pflichtversicherung geleistet werden kann. Diese Ausrichtung hat zur Folge, dass entsprechende Reformen die in Teilen ohnehin bereits angegriffene Ausgeglichenheit schlechter und guter Risiken noch weiter aufweichen würden: Ordentliche Risiken mit mittlerer bis guter wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit müssten in nochmals erhöhtem Maße Solidarität mit schlechten Risiken mit verbreitet geringer wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit üben, während Wohlhabende mit überwiegend guten Risikostrukturen sich dieser weiterhin ganz überwiegend entziehen.

3.1 „Hamburger Modell“: Zuschüsse für Beamte in der GKV

Der erste dieser problematischen Reformansätze ist das sogenannte „Hamburger Modell“ im Krankenversicherungssystem, das Beamten einen realistischen Zugang zur GKV bieten soll. Zwar können sich neue Beamte bereits heute in aller Regel freiwillig gesetzlich krankenversichern,⁹ sind dabei aber wegen fehlender Arbeitgeberbeiträge – die Dienstherrn übernehmen sie traditionell gerade nicht¹⁰ – zur alleinigen Finanzierung des GKV-Beitrags plus Zusatzbeitrag gezwungen. Ganz überwiegend (siehe Fußnote 6) nutzen sie auch wegen dieses strukturellen finanziellen Nachteils das System der Beihilfe, in dem der Dienstherr mindestens die Hälfte der anfallenden Kosten übernimmt und private Restkostenversicherungen zur Abdeckung des verbleibenden Eigenanteils abgeschlossen werden. Diese Systematik bewirkt die bereits skizzierte „Sortierung“ tendenziell gesunder und einkommensstarker Beamter in die gewinnorientierte private Krankenversicherung (PKV), die dadurch eine staatlich organisierte Stützung erfährt. Gesundheitlich belastete Staatsdiener mit geringen Einkommen und vielen mitversicherbaren Angehörigen wählen hingegen überdurchschnittlich häufig die gesetzliche Versicherung beziehungsweise sind wegen unangemessener privater Versicherungsangebote praktisch dazu gezwungen.

Zum Ausgleich der bislang überproportional hohen Kosten bei (in vielen Fällen erzwungener) „freiwilliger“ GKV-Versicherung und zur damit verbundenen Schaffung echter „Wahlfreiheit“ hat zunächst Hamburg für seine Beamten die Option geschaffen, seit dem 1. August 2018 einmalig zwischen bisheriger Beihilfe und neuer „pauschaler Beihilfe“ zu entscheiden; neue Beamte müssen diese Wahl jeweils kurzfristig treffen.¹¹ Die pauschale Beihilfe für gesetzlich versicherte Beamte erfüllt dabei die Rolle des herkömmlichen Arbeitgeberanteils. Sie ersetzt den voll beitragspflichtigen Versicherten also die Hälfte ihrer GKV-Abgaben, die somit faktisch zum „Arbeitnehmertarif“ abgesichert sind. In einer Reihe weiterer Länder wird seitdem konkret darüber diskutiert, das „Hamburger Modell“ mit pauschaler

9) Kein Zugang besteht allerdings bei fehlender GKV-Vorversicherung, zum Beispiel bei einer vorherigen privaten Absicherung über ebenfalls verbeamtete Eltern.

10) Eine Ausnahme bestand schon vor dem „Hamburger Modell“ im Land Hessen, das freiwillig in der GKV versicherten Beamten anteilige Beihilfe für tatsächlich in Anspruch genommene Sachleistungen der Krankenkasse gewährt (mit Deckelung der Bemessung bei gezahlten Beiträgen), also gewissermaßen einen – behandlungsabhängigen – Arbeitgeberanteil durch die Hintertür bietet.

11) Siehe im Detail <https://www.hamburg.de/zpd/pauschale-beihilfe/11233220/pauschale-beihilfe-grundlagen/>.

Beihilfe auch zur GKV im dortigen Recht zu verankern. Die Landesparlamente von Bremen¹², Brandenburg und Thüringen haben bereits entsprechende Gesetze verabschiedet, sodass pauschale Beihilfen auch dort spätestens ab 2020 in Anspruch genommen werden können.

Die in §§ 5 und 6 des SGB V normierte Versicherungspflicht und -freiheit wird durch diese Reformen allerdings mangels Gesetzgebungskompetenz nicht berührt – wer überhaupt in welchem Zweig versichert sein kann, ist ein vorgelagerter und nicht vom Landesrecht zu ändernder Aspekt.¹³ Das nicht unmittelbar auf den Versichertenkreis, sondern auf die Kostentragung abzielende Modell arrangiert sich gewissermaßen mit dem insgesamt defizitären Gesamtkonstrukt, um auf der darunter liegenden Ebene des regionalen Beihilferechts wahrgenommene Hürden abzubauen. Damit bietet es zwar zweifellos Erleichterungen (oder überhaupt erst Möglichkeiten) für einen bestimmten Personenkreis, verstärkt das Grundproblem der „Krankenkasse mit Schlagseite“ aber strukturell weiter.

Konkret schafft das „Hamburger Modell“ ganz bewusst einen erheblichen Anreiz für gesundheitlich belastete und kinderreiche Personen, sich als „schlechte Risiken“ der sozialen Krankenversicherung anzuschließen. Sie können damit am sozialen Ausgleich durch die in der GKV Pflichtversicherten partizipieren, während sogar ihre im System aus Beihilfe und PKV verbleibenden¹⁴ Beamtenkollegen nicht an diesem teilnehmen. In der Folge wird das Versichertenkollektiv der privaten Krankenvollversicherung zwar um einige Neuzugänge gebracht, aber dabei weiter „optimiert“, während die strukturell zu enge gesetzliche Versicherungsgemeinschaft noch stärker zur Ausgleichsinstanz für schlechte Risiken wird. Erste Auswertungen zeigen, dass dies keine theoretische Befürchtung, sondern offenbar tatsächlich der Fall ist: Die neue Option der pauschalen Beihilfe zum GKV-Beitrag wird überdurchschnittlich häufig von versicherungstechnisch schlechten Risiken in Anspruch genommen.¹⁵

Eine anhaltende Lösung der bereits von der bisherigen „Beamtenzuordnung“ zum sozialen oder privaten Versicherungszweig verstärkten Schlagseitenproblematik kann letztlich nur durch entschlossene Reaktionen auf Bundesebene erreicht werden, und zwar über eine klare rechtliche Zuweisung ohne verzerrende Anreizsetzung. Anstelle des „Hamburger Modells“ ist die rasche und vollständige Schließung der PKV-Option zumindest für Neubeamte erforderlich,¹⁶ also eine echte soziale Pflichtversicherung statt bloßer und letztlich kontraproduktiver Versicherungspflicht mit weitgehend freier Wahl. Entsprechende Änderungen der §§ 5 ff. SGB V müssen konsequenterweise zum Auslaufen jeglichen Neukundengeschäfts

¹² Siehe https://www.gesetzblatt.bremen.de/fastmedia/832/2019_05_23_GBI_Nr_0064_signed.pdf.

¹³ Insofern ist das Modell immerhin etwas weniger heikel als Ansätze, Beamten über das SGB V völlige Wahlfreiheit hinsichtlich ihres Krankenversicherungsweges zu geben – hier wären die Selektionseffekte wegen ihrer maximalen Breitenwirkung strukturell am problematischsten. Durch die dennoch schon heute ganz überwiegend vorliegende Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV im Einzelfall (vgl. Fußnote 9) dürfte dieser theoretische Vorteil gegenüber einem „reinen Optionsmodell“ allerdings in der Praxis minimal ausfallen.

¹⁴ Und die dort neu hinzukommenden, denn das „Hamburger Modell“ erzwingt den Weg in die GKV für neue Beamte ja gerade nicht.

¹⁵ Siehe <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/12121654/2019-01-31-bgv-pauschale-beihilfe/>.

¹⁶ Die „hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums“ stehen einer verpflichtenden Absicherung von Beamten in der GKV jedenfalls nicht entgegen.

für die private Krankenvollversicherung führen, zumal eine anhaltende Wahlfreiheit für gut verdienende Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Selbstständige noch weniger zu rechtfertigen wäre, wenn tatsächlich alle neuen Beamten gesetzlich pflichtversichert sind. Werden bestehende Krankenvollversicherungen aus Gründen des Vertrauensschutzes prinzipiell beibehalten, so kann für diesen Kreis außerdem die Möglichkeit zum freiwilligen Wechsel in die sukzessive ausgeweitete GKV geschaffen werden. Zur Vermeidung erneuter negativer Selektionseffekte wären dabei aber systematisch kalkulierte Risikostrukturabgaben vonseiten der PKV und von ihr zur Sozialversicherung wechselnder Personen unter Berücksichtigung angesparter Rückstellungen zu entrichten.¹⁷

3.2 Altersvorsorgepflicht für alle Selbstständigen

Trotz einiger Parallelen zum dualen und deshalb in vielerlei Hinsicht defizitären Krankenversicherungssystem ist das Feld der Altersvorsorge in wichtigen Aspekten merklich anders strukturiert: Die institutionelle Zersplitterung der primären Absicherung¹⁸ ist hier noch stärker ausgeprägt, sie beruht ausschließlich auf beruflichem Status und nicht auf Einkommen, und für keineswegs unbedeutende Teile der (Erwerbs-)Bevölkerung besteht bislang noch keine Pflicht zur systematischen Absicherung. Dies gilt für die deutliche Mehrheit der Selbstständigen, die in Deutschland bislang nicht flächendeckend zur Vorsorge für die Risiken Alter und Langlebigkeit, Invalidität und Tod verpflichtet sind. Ausnahmen bestehen nur für spezifische und recht kleine Gruppen wie Künstler, Hebammen oder Seelotsen, die verpflichtend in der gesetzlichen Rentenversicherung Altersvorsorge betreiben, und für freiberuflich Tätige (Ärzte, Rechtsanwälte, Architekten etc.), die in separaten berufsständischen Versorgungswerken vorsorgen. Die große Mehrheit der Selbstständigen – und gerade auch jene in strukturell prekären Tätigkeitsfeldern – wird damit aktuell nicht zur obligatorischen Alterssicherung angehalten. Statistische Auswertungen zeigen außerdem, dass keineswegs von flächendeckender freiwilliger Ersatzvorsorge (zum Beispiel durch Lebensversicherungen, Aktiensparen oder Immobilienerwerb) ausgegangen werden kann.¹⁹ Infolge dieser strukturellen Lücke im Versichertenkreis ist Untersicherung unter zuvor Selbstständigen weit verbreitet und auch der Grundsicherungsbezug im Alter (also aufgedeckte Altersarmut) ist in diesem Personenkreis deutlich erhöht. Zur Vermeidung von Bedürftigkeit und sozialen Folgekosten – das derzeitige System führt leicht zur Abwälzung bescheidener Alterssicherung auf spätere Steuerzahler, die für die gegebenenfalls notwendige Sozialhilfe aufkommen müssen – liegt also eine Verpflichtung aller Erwerbstätigen zur Altersvorsorge nahe. Eine

¹⁷⁾ Im Sinne einer in der Lebenslaufperspektive fairen Abgabenbelastung für die Absicherung im Krankheitsfall erscheint dies auch angemessener als eine sofortige Pflichtversicherung ohne derartigen Solidarzuschlag für ehemals privat Versicherte, die sonst von einem unangemessen günstigen „Abgabenlebenslauf“ mit niedrigen PKV-Prämien in jungen Jahren und vergleichsweise erschwinglichen GKV-Beiträgen in späteren Lebensjahrzehnten profitieren könnten.

¹⁸⁾ Dabei ist festzustellen, dass das Ideal einer weitgehenden Vollversorgung durch die erste und gegebenenfalls einzige „Vorsorgeschicht“ anders als im GKV-/PKV-System nicht (mehr) grundlegend verfolgt und nur noch in einzelnen Teilsystemen für überschaubare Statusgruppen aufrechterhalten wird. Zu Kosten- treten hier also systematische Leistungsdifferenzen etwa zwischen gesetzlicher Rente und Beamtenpension hinzu, die zusätzliches soziales „Sprengpotenzial“ besitzen.

¹⁹⁾ Siehe etwa Brenke, Karl/Beznoska, Martin 2016: Solo-Selbstständige in Deutschland – Strukturen und Erwerbsverläufe, S. 54.

solche Vorsorgepflicht oder automatische Alterssicherung ist im Übrigen in allen anderen EU-Staaten in unterschiedlicher Form bereits implementiert worden, wenn auch mitunter nur auf überschaubarem Niveau.

Auch in Deutschland werden entsprechende Reformschritte seit längerer Zeit und aus nahezu allen politischen Lagern verlangt, wobei allerdings Differenzen in einem wesentlichen Punkt erkennbar sind: Während einige die Einbeziehung der bislang formal ungesicherten Selbstständigen in die GRV fordern, also einen ersten Schritt auf dem Weg der Erweiterung der weitgehenden „Arbeitnehmersversicherung“ zur Erwerbstätigenversicherung, verlangen andere eine bloße Versicherungspflicht. Damit würde zwar ein Obligatorium zur Altersvorsorge an irgendeiner Stelle geschaffen, nicht notwendigerweise aber in der bestehenden Sozialversicherung. Im aktuellen Koalitionsvertrag auf Bundesebene ist nun ein Hybrid aus beiden Ansätzen vorgesehen, der die fundamentalen Unterschiede aber letztlich nicht auflösen kann: Nach den Vorstellungen von CDU/CSU und SPD soll ein Optionsmodell eingeführt werden, in dem bislang nicht vorsorgepflichtige Selbstständige (berufsständische Versorgungswerke bleiben ausdrücklich unberührt) zunächst in die GRV-Pflichtversicherung aufgenommen werden. Im Gegensatz zu wirklich pflichtversicherten Personen soll es ihnen aber möglich sein, bei Nachweis anderer „geeigneter insolvenzsicherer Vorsorge“ aus der umlagefinanzierten Sozialversicherung herauszuoptieren, sofern mit der privaten Vorsorgealternative ein Überschreiten der Grundsicherungsschwelle zu erwarten ist.

Auf den ersten Blick wirkt dieser Reformplan sinnvoll, würde er doch ein Mindestmaß an Altersvorsorge für alle Selbstständigen sichern, unternehmerische Verantwortung betonen (also soziale Kosten sparen und Akzeptanz stärken) und die für Effizienz, Leistungsfähigkeit und Legitimität bedrohliche Zersplitterung des Alterssicherungssystems reduzieren. Wie im Fall des „Hamburger Modells“ ist allerdings überaus fraglich, ob ein Modell der Freiwilligkeit aus systematischer Sicht wirklich sinnvoll oder zumindest nicht kontraproduktiv ist. Auch hier bestünde nämlich die Gefahr der institutionalisierten Risikoselektion zulasten der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Rentenversicherung und zugunsten guter Risiken und privater Versicherer. Die Kernproblematik liegt dabei im Begriff der „geeigneten Vorsorgeart“: Würde Anbietern kapitalmarktabhängiger Alternativprodukte weitgehend freigestellt, wie diese „Geeignetheit“ zu verstehen ist – und die bislang wenig konkrete Definition der zur freiwilligen Basissicherung seit 2005 steuerlich geförderten „Rürup-Rente“ lässt tatsächlich genau dies befürchten –, so wäre in einem derartigen Optionsmodell eine Risikoselektion zugunsten der Versicherungswirtschaft angelegt. Insbesondere bei einer Aufrechterhaltung der Abschlussfreiheit auch in diesem Marktsegment – anders als beim PKV-Basistarif und dem „Pflege-Bahr“ gibt es hier bisher keinen Kontrahierungszwang, sodass „unprofitable“ Interessenten unproblematisch abgelehnt werden können – würde sie wohl mit umfassendem versicherungsmathematischem Wissen sehr zielgenaue Produkte mit effektiver Filterwirkung entwickeln. Sie wären auf eine aus ihrer Sicht profitable Teilpopulation der nun zur Vorsorge Verpflichteten zugeschnitten, während der Rest dieser Selbstständigen seine vergleichsweise schlechte Risikostruktur in die GRV einbringen würde oder wegen fehlenden Abschlusszwangs oder passender Produkte sogar müsste. Die entsprechenden

Belastungen, zu denen etwa eine insgesamt längere Rentenbezugsdauer wegen stärker verbreiteter Erwerbsminderung zählen könnte, müssten also auch in dieser Konstellation von einer eigentlich zu kleinen Solidargemeinschaft getragen werden. Dieser würde ein angemessener(er) Zugang an versicherungstechnisch guten Risiken vorenthalten, weil jene in ein für sie lukrativeres Sondersystem wechseln würden. Die Analogie eines solchen Szenarios zur bestehenden Situation im Gefüge von GKV und PKV ist offensichtlich.

Wie im Krankenversicherungssystem sollte also vermieden werden, zweifellos in vielen „Einzelfällen“ bestehende Zugangs-, Kosten- und Untersicherungsproblematiken über eine Ausweitung der Wahlfreiheit zu „lösen“ und die bereits bestehenden Schlagseitenprobleme damit nochmals zu verschärfen. Eine tatsächliche Lösung auf individueller (Finanzierbarkeit, Angemessenheit, Verlässlichkeit) und kollektiver Ebene (Stabilität, Leistungsfähigkeit, Akzeptanz) kann letztlich in nur einem Weg bestehen: Deutschland muss dem Beispiel anderer Länder folgen und das soziale Rentenversicherungssystem in Richtung einer Erwerbstätigenversicherung ausbauen. Notwendig ist dafür eine GRV-Pflichtversicherung für alle neuen Selbstständigen ungeachtet ihres spezifischen Status. Der obligatorische Schutz für Alter, Langlebigkeit, Erwerbsminderung und Tod sollte außerdem jene umfassen, die bereits zum Zeitpunkt der Reform selbstständig und ungesichert tätig waren und keinen Vertrauensschutz – also entweder umfassende Privatvorsorge oder die Mitgliedschaft in einem für Altfälle weiter bestehenden berufsständischen Versorgungswerk – in Anspruch nehmen können. Schließlich sollten existierende freiwillige Versicherungsverhältnisse selbstständig Tätiger automatisch in Pflichtversicherungen mit dem vollen Leistungskatalog der GRV umgewandelt werden. Konsequenz einer solchen Reform wäre aus Systemperspektive gerade nicht die Tendenz zur kritischen Risikoselektion, sondern die Stärkung der Gemeinschaft und damit der Versicherung insgesamt.²⁰

Ein Wahlmodell sollte zuletzt auch deshalb vermieden werden, weil es letztlich als erhebliches Hindernis für eine sozialpolitische Weiterentwicklung wirken würde. Wären nämlich auch privatwirtschaftliche Alternativmodelle eine Option für nunmehr obligatorische Altersvorsorge, so wären die diesen Weg wählenden Personen wohl dauerhaft für eine etwaige echte Erwerbstätigenversicherung verloren: Eine spätere Reform nach dem Prinzip „Pflichtversicherung statt Versicherungspflicht“ könnte jene kaum mehr erreichen, die zu Recht auf einen Vertrauensschutz im Zuge des bloßen Optionsmodells verweisen können.

4. Schlussfolgerung: Pflichtversicherung statt Versicherungspflicht

Für sich genommen, ist die in Altersvorsorgepflicht und „Hamburger Modell“ erkennbare sozialpolitische Tendenz positiv zu werten: Beide Reformkonzepte sind im Kern vom Ideal eines solidarischen Universalismus, also eines jedenfalls langfristig „gleichen sozialen Rechts für alle“ geleitet. Sie sind – in der zu erwartenden Konsequenz aber leider nur vermeintlich – darauf ausgerichtet, den sozialpolitischen Anachronismus einer nach Status und Einkommen zersplitterten Krankenversicherung und Altersvorsorge zu überwinden und

²⁰⁾ Siehe etwa Buslei, Hermann/Geyer, Johannes/Haan, Peter/Peters, Michael 2016: Ausweitung der gesetzlichen Rentenversicherung auf Selbstständige: Merkliche Effekte auch in der mittleren Frist, DIW-Wochenbericht Nr. 30/2016, S. 664 ff.

soziale Absicherung insgesamt zu stärken. Dieses richtige Ziel sollte aber nicht „durch die Hintertür mit Stolperfallen“ verfolgt werden, sondern systemgerecht durch die gleichmäßige Ausweitung von Pflichtversichertenkreisen, gegebenenfalls bis hin zu Bürgerversicherungen. Letztere ist aus Sicht der Arbeiterkammer für die Risiken Krankheit und Pflegebedürftigkeit anzustreben, wohingegen für die Alterssicherung der Mittelweg einer Erwerbstätigenversicherung angemessener wäre: Bei Renten ist die Lohn- beziehungsweise Erwerbseinkommensbezogenheit von zentraler Bedeutung, die aber bei einer sehr breit auf Personen und Einkunftsarten „zugreifenden“ Bürgerversicherung erheblich gefährdet wäre. Denn in einer solchen Institution könnten die aus unterschiedlichsten Quellen stammenden Rentenbeiträge rasch den Charakter einer Steuerzahlung mit unklarer Zielsetzung erhalten (Grundrente, Mindestrente oder doch Äquivalenzrente?), sodass eine „Rentenversicherung für wirklich alle“ leicht an Leistungsfähigkeit und Akzeptanz verlieren könnte.

Insgesamt gilt: Durch breitere und dabei stets ausgewogene Versichertenkreise würden zusätzliche Schieflagen und Akzeptanzprobleme verhindert, wie sie von bloßen Optionssystemen verursacht würden. Denn diese verzerren Solidarität noch weiter, sie schmälern die Akzeptanz unter den „erzwungenen Finanziers“ und sie reduzieren den potenziellen Versichertenkreis wirklicher Erwerbstätigen- oder Bürgerversicherungen, falls diese in zukünftigen Konstellationen tatsächlich angestrebt werden. Da Wahlmöglichkeiten bei der Absicherung sozialer Risiken leicht in Sackgassen führen, sollte im Sinne von Gerechtigkeit und Angemessenheit der direkte Weg einer gerechten und solidarischen Verpflichtung für alle (Status-)Gruppen beschritten werden.

September 2019

Dr. Magnus Brosig

Referent für Sozialversicherungs- und Steuerpolitik
brosig@arbeiterkammer.de