



Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Aus- schusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag am 21. Juni 2017 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (Bundestags- drucksache 18/11722)

Autor:

Dr. Jochen Pimpertz
Telefon: 0221 4981-760
E-Mail: pimpertz@iwkoeln.de

21. Juni 2017

Inhalt

| | |
|--|---|
| 1. Paritätische Beitragssatzfinanzierung ist kein sozialpolitisches Instrument, führt aber zu teuren Anpassungsreaktionen..... | 3 |
| 2. Höhere Beitragsbemessungsgrenze verschärft die Probleme der Abschaffung des Zusatzbeitrags | 5 |
| 3. Verteilungsfragen lösen keine ausgabenseitigen Probleme der Gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung | 6 |
| 4. Private Krankenvollversicherung entfaltet solidarische Wirkungen im demografischen Wandel..... | 7 |
| Literatur | 9 |

Stichwörter: Gesundheitspolitik; Regulierung; Öffentliches Gesundheitswesen
JEL-Klassifikation: I18,

1. Paritätische Beitragssatzfinanzierung ist kein sozialpolitisches Instrument, führt aber zu teuren Anpassungsreaktionen

Der Antrag sieht unter II.4. vor, dass der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auffordern möge, Gesetzesentwürfe vorzulegen, nach denen der bisherige Zusatzbeitrag abgeschafft werden solle und Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger künftig den halben Beitragssatz zur Krankenversicherung zahlten. Explizit sollen mit dieser Maßnahme die Erwerbseinkommen entlastet werden.

Aus ökonomischer Perspektive ist nicht zu erwarten, dass mit der Abschaffung des Zusatzbeitrags eine nachhaltige Entlastung der Mitglieder der Gesetzlichen Kranken- (GKV) und sozialen Pflegeversicherung (sPV) gelingen kann. Denn grundsätzlich gilt, dass Arbeitnehmer mit ihrer produktiven Leistung sämtliche Arbeitskosten, also auch die Arbeitgeberbeiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung, erwirtschaften müssen, damit ihre Beschäftigung dauerhaft gesichert ist. Wenn der Beitragssatzanteil der Arbeitgeber aufgrund der hälftigen Teilung des bisherigen Zusatzbeitrags ad hoc steigt, müssen Unternehmen, die sich auf wettbewerblich verfassten Märkten behaupten wollen, nach Möglichkeiten suchen, diese zusätzliche Belastung zu kompensieren. Theoretisch ließen sich höhere Lohnzusatzkosten mittelfristig über zurückhaltende Lohnabschlüsse ausgleichen. Angesichts der zu erwartenden Widerstände auf Seiten der Arbeitnehmer kann aber kurzfristig auch eine Kompensation über höhere Preisforderungen auf den Güter- und Dienstleistungsmärkten angestrebt werden. Dieser Weg zieht allerdings negative Mengenanpassungen bei der Produktion und der Beschäftigungsnachfrage nach sich.

Die makroökonomischen Anpassungsreaktionen einer isolierten Abschaffung des Zusatzbeitrags hat das Institut der deutschen Wirtschaft Köln (IW Köln) in einer aktuellen Studie auf der Basis des Global Economic Model von Oxford Economics simuliert (Beznoska et al. 2017). Demnach müssen die Arbeitgeber in der ersten Runde 6 Milliarden Euro zusätzlich an Beiträgen zur GKV zahlen, die Gesetzliche Rentenversicherung 1,4 Milliarden Euro zusätzlich für den Zuschuss zur Krankenversicherung der Rentner aufwenden. Im Gegenzug werden die Haushalte der gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmer und Ruheständler um insgesamt 7,4 Milliarden Euro entlastet. Der daraus resultierende Anstieg des privaten Konsums wird aber durch steigende Verbraucherpreise gebremst. Zehn Jahre nach Umstellung auf eine vollständige Beitragssatzparität droht das Bruttoinlandsprodukt um 0,4 Prozent niedriger auszufallen als unter geltendem Beitragsrecht – in Preisen des Jahres 2010 gerechnet stehen der Volkswirtschaft damit 13 Milliarden Euro weniger Einkommen zur Verfügung. Die Erwerbslosenquote liegt um 0,8 Prozentpunkte über dem Szenario ohne Reform. Selbst wenn man diese negativen Auswirkungen akzeptiert, sind die Effekte auf die Verteilung der Nettoeinkommen der sozialversicherungspflichtig Beschäftig-

ten vergleichsweise gering. In der ersten Runde sinken sowohl der Gini-Koeffizient als auch die Relation der Nettoeinkommen zwischen oberem und unterem Zehntel (90/10-Verhältnis) jeweils nur um 0,2 Prozent. Mittelfristig ist aber selbst dieser schwache egalisierende Effekt vor dem Hintergrund der steigenden Erwerbslosenquote fraglich.

Um steigende Lohnzusatzkosten und daraus resultierende Anpassungsreaktionen zu vermeiden, hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit deshalb wiederholt Maßnahmen zur Stabilisierung des (Arbeitgeber-)Beitragssatzes ergriffen. So wurden Leistungen des gesetzlichen Versorgungskatalogs eingeschränkt (zum Beispiel Sehhilfen oder Zahnersatz) sowie Zuzahlungsverpflichtungen jenseits der Beitragsfinanzierung eingeführt (zum Beispiel bei stationären Aufenthalten). Diese Eingriffe haben auch schon vor 2005 – dem Jahr der erstmaligen Einführung eines Arbeitnehmer-Sonderbeitrags – dazu geführt, dass Mitglieder für die Kosten einer bis dato beitragsfinanzierten Leistung privat aufkommen und vorsorgen müssen, ohne dass davon die formal hälftige Teilung des Beitragssatzes berührt worden wäre. Das Argument verdeutlicht, dass die paritätische Beitragssatzfinanzierung eine inhaltsleere Forderung bleibt, wenn man mögliche Anpassungsreaktionen auf den Arbeitsmärkten mit in den Blick nimmt. Denn eine hälftige Teilung des Beitragssatzes lässt sich formal auch einhalten, ohne damit die ökonomischer Sicht Traglast, die immer bei den Mitgliedern der GKV liegt, verändern zu können.

Umgekehrt besteht aber mit dem kassenindividuell festgelegten Zusatzbeitrag die Chance, die Mitglieder und Versicherten der GKV zu einer kostenbewussten Nachfrage anzuleiten. Dieses „Preissignal“ ist Voraussetzung für einen Wettbewerb in dem gesetzlichen Versicherungssystem, der auch die Effizienz der Versorgung steuert. Je stärker die Mitglieder auf Unterschiede des kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes reagieren, desto stärker sind die einzelnen Kassen gefordert, die Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu organisieren und umso eher werden dann in der Folge auch die Anbieter ambulanter und stationärer Versorgung sowie die Hersteller von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln gefordert, ihre Güter und Dienstleistungen möglichst günstig anzubieten.

2. Höhere Beitragsbemessungsgrenze verschärft die Probleme der Abschaffung des Zusatzbeitrags

Allerdings wird nach II.2. des Antrags gleichzeitig eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze gefordert. Damit würde die Beitragspflicht auf Entgeltbestandteile jenseits der Beitragsbemessungsgrenze ausgedehnt. In dem Konzept der Partei DIE LINKE sollen unter anderem die daraus resultierenden Mehreinnahmen zu einer Senkung des Beitragssatzes verwendet werden. Es bleibt aber offen, inwieweit damit die Arbeitskosten für die Unternehmen sinken können, um die oben geschilderten, unerwünschten Anpassungsreaktionen zu vermeiden. Denn zum einen fordern die Antragsteller gleichzeitig die Abschaffung sämtlicher Zuzahlungen (II.5.), die Abgeltung zuvor ausgegliederter Leistungen (zum Beispiel Sehhilfen, I.) sowie eine bessere Bezahlung von Beschäftigten in Pflegeberufen (I.). Diese Maßnahmen führen zu zusätzlichen Finanzierungserfordernissen und stellen mögliche Spielräume zur Senkung des Beitragssatzes in Frage. Zum anderen sollen Einkommen aus selbständiger Arbeit, aus Kapitalvermögen sowie aus Vermietung und Verpachtung beitragspflichtig werden. Aus unternehmerischer Perspektive droht eine potenzielle Entlastung des Faktors Arbeit infolge der erhofften Absenkung des Beitragssatzes durch die Belastung der anderen Einkommensarten kompensiert zu werden. In diesem Fall sind negative Anreize für die Investitions- und Standortentscheidungen der Unternehmen zu befürchten; auch daraus können negative Beschäftigungseffekte erwachsen.

Welche Risiken mit der Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze verbunden sind, verdeutlicht das Beispiel einer Variante, der Kombination aus paritätischer Beitragsfinanzierung und Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das in der Gesetzlichen Rentenversicherung gültige Niveau (Beznoska et al. 2017). Wird der Beitragssatz infolge der höheren Beitragseinnahmen nämlich nicht gesenkt – beispielsweise weil politischen Akteure damit zusätzliche Leistungen oder steigende Ausgaben infolge des demografischen Wandels sowie des medizinisch-technischen Fortschritts finanzieren wollen statt den Beitragssatz zu senken –, dann droht das Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2027 sogar um 0,9 Prozent unter dem Niveau zu liegen, das sich bei unverändertem Beitragsrecht ergäbe. Die Erwerbslosenquote würde sogar um 1,8 Prozentpunkte höher ausfallen. Die Verteilungseffekte fielen in der ersten Runde zwar etwas größer aus; der Gini-Koeffizient würde um 1 Prozent, die 90/10-Relation um 2 Prozent sinken. Aus einer höheren Erwerbslosenquote resultieren aber gegenläufige Wirkungen, die den egalisierenden Effekt relativieren.

3. Verteilungsfragen lösen keine ausgabenseitigen Probleme der Gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung

Der Antrag stellt aber in Aussicht, dass mit der Ausweitung der Beitragspflicht auf alle Einkommensarten (II.3) tatsächlich eine Entlastung der Erwerbseinkommen gelänge, der Beitragssatz könnte um 3,8 Prozentpunkte sinken (I.). Allerdings werden die Beitragslasten mit der Ausweitung der Beitragspflicht auf weitere Erwerbsgruppen und Einkommensarten lediglich umverteilt, die grundlegenden Probleme auf der Ausgabenseite der GKV jedoch nicht gelöst. Denn die GKV leidet weniger unter einer Erosion der Beitragsbemessungsgrundlage als vielmehr unter den überproportional stark steigenden Ausgaben (Pimpertz, 2013, 4 f.). Zwischen 1991 und 2014 sind die Ausgaben der GKV je Versicherter jahresdurchschnittlich um 3,54 Prozent gestiegen, die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherter dagegen um 2,29 Prozent. Dabei erodiert die Beitragsbemessungsgrundlage keineswegs, denn sowohl das Volkseinkommen pro Einwohner als auch die durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter sind in dem gleichen Zeitraum mit einer ähnlichen Rate gewachsen. Damit sind über die vergangenen zwei Dekaden die Ausgaben pro Kopf im Durchschnitt jedes Jahr um 1,25 Prozentpunkte stärker gestiegen trotz zahlreicher Kostendämpfungsmaßnahmen des Gesetzgebers. Haupttreiber dieser Ausgabenentwicklung sind der demografische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt, der sich wiederum unter bisweilen marktfernen Anreizstrukturen ausgabensteigernd auswirkt. Darauf hat aber eine Umverteilung der Finanzierungslasten keinen Einfluss. Selbst wenn der Beitragssatz einmalig gesenkt werden könnte – auch unter Inkaufnahme der Risiken, die sich aus den beschriebenen Anpassungsreaktionen ergeben – lässt sich die Dynamik der Ausgabenentwicklung dadurch nicht bremsen und folglich auch der Beitragssatz nicht nachhaltig stabilisieren.

4. Private Krankenvollversicherung entfaltet solidarische Wirkungen im demografischen Wandel

Schließlich wird mit dem Namen der „Solidarischen Gesundheitsversicherung“ in Kombination mit der Forderung nach einer Abschaffung der Privaten Krankenversicherung (PKV) implizit zum Ausdruck gebracht, die PKV stünde im Widerspruch zu dem Solidaritätsprinzip. Tatsächlich erfasst das Solidaritätsprinzip aber mindestens zwei Dimensionen – einen Risikoausgleich zwischen Personen unterschiedlichen Erkrankungsrisikos, namentlich zwischen jungen und älteren Versicherten, und einen sozialen Ausgleich zwischen Beitragszahlern mit höheren beitragspflichtigen Einkommen und niedrigeren (Kochskämper/Pimpertz, 2015, 107). In einer alternden Bevölkerung führt aber das mit der einkommensbezogenen Beitragsfinanzierung assoziierte Solidaritätsprinzip in der GKV zu Inkonsistenzen.

Denn mit der Alterung der Versichertengemeinschaften werden zum einen die Altersgruppen mit bislang überdurchschnittlich hohen Ausgabenrisiken häufiger besetzt (Kochskämper, 2017, 13 ff.). In der Folge steigen die durchschnittlichen Leistungsausgaben im Versichertenkollektiv. Insbesondere die Mitglieder der gesünderen jüngerer Kohorten tragen deshalb selbst bei einem unveränderten altersabhängigen Risikoprofil künftig in höherem Maße zum Solidaritätsprinzip bei. Denn sie müssen – gemessen an der Differenz zwischen ihrem individuellen Risiko und den steigenden durchschnittlichen Leistungsausgaben – immer mehr zu dem Risikoausgleich beisteuern. Der Ausgleich zwischen Jung und Alt bleibt zwar in jeder Periode erhalten, künftig werden die jüngeren Mitglieder aber stärker durch die Solidargemeinschaft belastet als heutige Junge (Kochskämper/Pimpertz, 2015, 111).

Zum anderen steigt aufgrund der Alterung der Versichertengemeinschaft künftig auch der Anteil der Personen im Ruhestand. Weil aber die beitragspflichtigen Alterseinkommen im Durchschnitt niedriger ausfallen als die beitragspflichtigen Erwerbseinkommen, müssen die drohenden Einnahmeausfälle über höhere Beitragssätze kompensiert werden (Kochskämper, 2017, 20). Damit werden künftig die erwerbstätigen Mitglieder der GKV auch im Rahmen des Sozialausgleichs stärker gefordert, als gleichaltrige Vergleichsgruppen heute.

Der risikobezogene wie der soziale Ausgleich zwischen Jung und Alt wirkt also in der GKV bei einer alternden Bevölkerung mittel- und langfristig zu Lasten der Jungen und steht damit im Widerspruch zu eben dieser Solidarität zwischen Jung und Alt. Vor diesem Hintergrund ist die PKV heutiger Prägung zu interpretieren. Geht man von einem bestehenden Versichertenkollektiv aus, dann sorgen die Versicherten im Rahmen des Kapitaldeckungsverfahrens für ihre altersbedingt steigenden Ausgabenrisiken selbständig vor. Sofern dies nicht in hinreichendem Maße geschehen sollte,

müssen die Mitglieder des Kollektivs eigenverantwortlich für die daraus resultierenden Lasten einstehen, sprich höhere Prämienforderungen in Kauf nehmen. Eine Überwälzung der altersbedingt steigenden Ausgaben auf die Mitglieder jüngerer Kohorten ist in diesem System grundsätzlich nicht vorgesehen. Insofern kann behauptet werden, dass in dem Nebeneinander von umlagefinanzierter GKV und Kapitaldeckungsverfahren die PKV zur Stärkung der intergenerativen Solidarität zwischen Jung und Alt beiträgt, auch wenn die privat krankenversicherten Personen nicht unmittelbar in den Sozialausgleich der GKV eingegliedert sind. Gleichzeitig profitieren sie nicht von den Vorteilen dieses Solidaritätsprinzips in der GKV: Sie müssen auch bei volatilen Erwerbseinkommen ihre Prämie in unveränderter Höhe zahlen. Und sie profitieren nicht von der beitragsfreien Versicherung in der GKV, sondern müssen für ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen eigene Prämien entrichten.

Ohne dem einen oder anderen System das Wort zu reden zeigt sich, dass eine pauschale Zuschreibung von solidarischen Eigenschaften nicht möglich ist und deshalb der allgemeine Verweis auf das Solidaritätsprinzip nicht zur Begründung einer Finanzierungsreform gereicht.

Literatur

Beznoska, Martin / **Kolev**, Galina / **Pimpertz**, Jochen, 2017, Makroökonomische Effekte einer paritätischen Beitragsfinanzierung. Eine Analyse aktueller Reformvorschläge für die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen, erscheint als IW-policy paper

Kochskämper, Susanna, 2017, Alternde Bevölkerung. Herausforderungen für die Gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung, IW-Report 8-2017, <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-reports/beitrag/susanna-kochskaemper-alternde-bevoelkerung-330668> [14.6.2017]

Kochskämper, Susanna / **Pimpertz**, Jochen, 2015, Welche Umverteilungseffekte deckt das Solidaritätsprinzip in der GKV ab? in: IW-Trends, Vierteljahresschrift zur empirischen Sozialforschung, 42. Jg., Heft 1/2015, S. 105–119

Pimpertz, Jochen, 2013, Bürgerversicherung – kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen, IW policy paper 12/2013, <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-policy-papers/beitrag/jochen-pimpertz-buergerversicherung-kein-heilmittel-gegen-grundlegende-fehlsteuerungen-123776> [14.6.2017]