

Die aktuelle Debatte über Beitragsparität – eine ökonomische Reflexion

von Jochen Pimpertz¹

ABSTRACT

Eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist umstritten. Bereits in der Vergangenheit bestand weder in der Selbstverwaltung noch bei der Finanzierung Parität im engen Sinne. Vor allem aber vermag eine Abschaffung des Arbeitnehmer-Zusatzbeitrags kaum etwas an dem Problem überproportional stark wachsender Ausgaben zu ändern. Im Gegenteil: Das Preissignal, auf das Versicherte im Wettbewerb um effiziente Versorgungsformen reagieren können, wird bei hälftiger Beitragsteilung verwässert. Ein Zusatzbeitrag ist aber nicht nur für den Wettbewerb bedeutsam. Der demografische Wandel belastet zunehmend auch den solidarischen Ausgleich zwischen Jung und Alt. Wenn die Zustimmung zur intergenerativen Solidarität nachhaltig sichergestellt, aber Einschränkungen des Leistungskatalogs vermieden werden sollen, bietet der Zusatzbeitrag den Ausgangspunkt für notwendige Reformen.

Schlüsselwörter: Krankenversicherung, Beitragsfinanzierung, Parität, Solidarität, Demografie

A return of the statutory health insurance to equal funding is controversial. Currently the employee's contribution rate is 1.1 percentage points higher than the employer's. In the past health care expenditure was also not covered equally. More importantly the debate ignores some of the most crucial problems. For some years now the health insurance scheme has suffered from disproportionate growth of expenditure. Whatever partitioning of contribution is chosen, it won't affect the allocation of resources. Quite the contrary, a renunciation of the employee's extra contribution would lower the competitive pressure within the health care market. Furthermore, the demographic change will increase the burden on younger people and thereby jeopardise the acceptance of intergenerational solidarity. Therefore a contribution solely paid by the persons insured is a useful starting point for necessary reforms.

Keywords: health insurance, employee's contribution, employer's contribution, solidarity, demography

1 Ungleiche Beitragssatzanteile

Seit Einführung des Sonderbeitrags im Jahr 2005 wird der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr hälftig zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern geteilt. Außerdem erhielten die gesetzlichen Kassen ab 2009 die Möglichkeit, einen weiteren Beitrag bei ihren Mitgliedern einkommensunabhängig zu erheben. Beide Instrumente hat die Große Koalition in einem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz vereint. Während der Arbeitgebersatz auf 7,3 Prozent festgeschrieben ist, mussten Arbeitnehmer im Jahr 2015 im Durchschnitt insgesamt 8,2 Prozent zahlen. Für 2016 rechnen Experten mit einem Anstieg des Zusatzbeitragssatzes um durchschnittlich 0,2 Punkte. Der Arbeitnehmeranteil steigt damit auf insgesamt 8,4 Prozent. Angesichts

weiterer Erhöhungen, die in den nächsten Jahren drohen, monieren manche Stimmen die einseitige Belastung der Arbeitnehmer und sehen darin einen Verstoß gegen die solidarische Finanzierung (SPD 2016; IG Metall 2016).

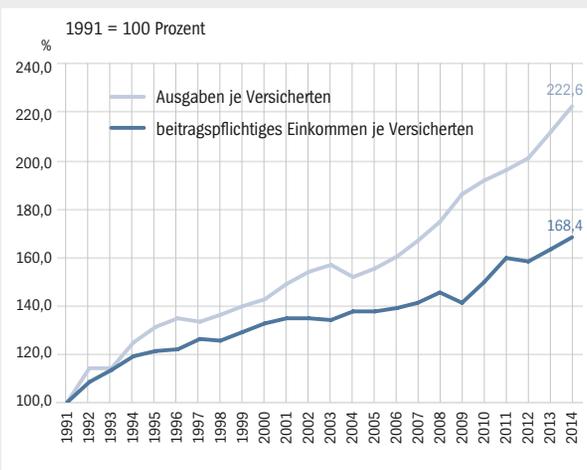
2 Parität – Fakt oder Norm?

Die daraus abgeleitete Forderung nach einer Rückkehr zur vollständig paritätischen Finanzierung suggeriert, dass sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer den Gesamtbeitrag in der Vergangenheit hälftig geteilt hätten. Laut Sozialbudget 2014 finanzierten die Arbeitgeber im Jahr 2014 tatsächlich nur 38,5 Prozent der GKV-Ausgaben (BMAS 2015; Reiners 2015, 9).

¹ Dr. rer. pol. Jochen Pimpertz, Institut der deutschen Wirtschaft Köln · Konrad-Adenauer-Ufer 21 · 50668 Köln · Telefon: 0221 4981760
E-Mail: pimpertz@iwkoeeln.de

ABBILDUNG 1

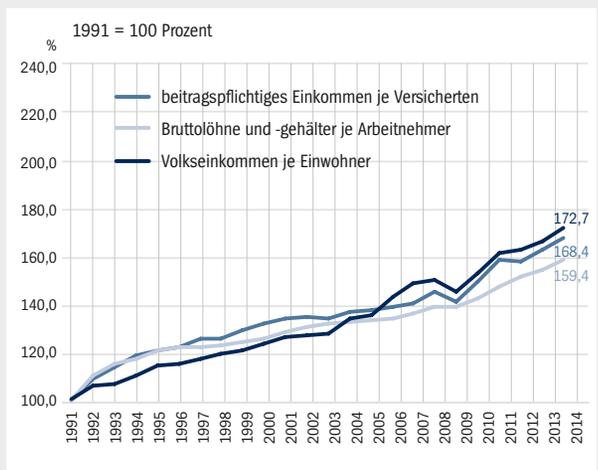
Ausgaben und beitragspflichtige Einkommen



Beitragspflichtige Einkommen: auf Basis der Versichertenzahlen, bis 1997 jeweils 1. Oktober, ab 1998 Jahresdurchschnitt, errechnet aus durchschnittlichem Beitragssatz und Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen im jeweiligen Jahr; Volkseinkommen je Einwohner sowie Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer: nach dem Inländerkonzept.

ABBILDUNG 2

Volks- und beitragspflichtige Einkommen



Quellen: BMG 2016, SVR 2015, Statistisches Bundesamt 2015; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

Doch dieser Wert führt zu Fehlschlüssen, weil darin auch die Aufwendungen für Rentner, Selbstständige oder Empfänger von Grundsicherungsleistungen enthalten sind, die nicht allein durch GKV-Beiträge der Sozialpartner finanziert werden.

Ebenso wenig hilft ein Verweis auf den Grundsatz der paritätischen Besetzung von Selbstverwaltungsgremien, unterliegen die Ersatzkrankenkassen doch seit jeher eigenen Bestimmungen. Über die gesamte GKV betrachtet hat demnach bisher keine paritätische Repräsentanz bestanden (Reiners 2015, 8 f.) – geschweige denn, dass sich daraus zwingend auf eine Beitragsteilung schließen ließe.

Andererseits wird angeführt, dass weitere gesundheitsbezogene Ausgaben wie die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall allein von den Arbeitgebern finanziert werden. Gemessen an dem Anspruch einer paritätischen Finanzierung neigt sich die Waage damit aber zugunsten der Arbeitnehmer statt zu ihren Lasten (BDA 2016, 2). Ohne das Argument selbst zu diskutieren, verweist der Einwand jedoch auf die grundlegende Frage nach der Referenz, auf die sich Parität beziehen soll.

Tatsächlich profitieren die Versicherten fortlaufend von medizinischen Fortschritten, die verbesserte Behandlungsmöglichkeiten eröffnen, oftmals aber auch zusätzliche Finanzierungserfordernisse begründen. Darf Parität deshalb universelle Geltung beanspruchen, also auch für alle künftigen Ausgabenentwicklungen in der GKV? Ein derartiges Verständnis bliebe nicht ohne Wechselwirkungen mit der

Lohnfindung, müssen Arbeitnehmer doch mit ihrer Leistung sämtliche Arbeitskosten erwirtschaften (einschließlich des Arbeitgeberanteils am Sozialversicherungsbeitrag), damit ihre Beschäftigung dauerhaft rentabel ist.

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wurde der GKV-Leistungskatalog wiederholt eingeschränkt, zum Beispiel zu Lasten des Zahnersatzes oder der Sehhilfen. Diese Eingriffe haben dazu geführt, dass sich Versicherte seitdem gegen das Kostenrisiko einer bis dato paritätisch finanzierten Leistung privat absichern müssen. Ähnliches gilt für die Einführung und Ausweitung von Zuzahlungspflichten. Offenkundig bestand schon früher ein Unterschied zwischen der Aufteilung des Beitragssatzes und der Finanzierung.

3 Überproportionales Ausgabenwachstum

Das führt weiter zu der Frage, ob die GKV primär unter einnahmeseitigen Problemen, namentlich der Aufteilung der Beitragszahlung, leidet oder vorrangig an ausgabenseitigen Problemen. Zur Klärung dieser Frage werden die Entwicklungen der GKV-Ausgaben und beitragspflichtigen Einkommen jeweils je Versicherten verglichen (Abbildung 1). Seit 1991 sind die Ausgaben mit jahresdurchschnittlich 3,54 Prozent um 1,25 Punkte pro Jahr stärker gewachsen als die beitragspflichtigen Einkommen. Dieses Indiz spricht für ein Problem vor allem auf der Leistungsseite.

Gleichwohl schließt der Befund nicht aus, dass die Basis für die Beitragsfinanzierung dauerhaft erodiert. Deshalb bedarf es einer weiteren Bezugsgröße. Abstrahiert man von dem Finanzierungsmodus – also ob die GKV-Ausgaben über Prämien, Beiträge oder aus Steuermitteln finanziert werden – und schließt man Verschuldung als Finanzierungsoption ebenso aus wie den Verzehr des Kapitalstocks, dann liefert das Volkseinkommen einen Hinweis auf die Konsummöglichkeiten einer Gesellschaft (*Pimpertz 2010, 78 ff.*). Da das Volkseinkommen nur auf die Einwohner, nicht aber auf die GKV-Versicherten bezogen werden kann, muss diese statistische Unschärfe in Kauf genommen werden. Im Ergebnis ist das Volkseinkommen seit 1991 zwar etwas stärker gewachsen als die beitragspflichtigen Einkommen, aber deutlich schwächer als die GKV-Ausgaben (Abbildung 2).

Mit Blick auf entgeltbezogene Finanzierungsformen bilden die Bruttolöhne und -gehälter die denkbar breiteste Bemessungsgrundlage, weil sie sowohl die Entgelte der Staatsdiener als auch die Entgeltbestandteile jenseits der Bemessungsgrenze einbeziehen. Allerdings bleibt die Entwicklung der beitragspflichtigen Alterseinkommen außer Acht. Hier zeigt sich, dass die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten etwas dynamischer gewachsen sind.

Im Lichte dieser gesamtwirtschaftlichen Indikatorik ergeben sich keine Indizien für eine erodierende Beitragsbemessungsgrundlage. Vielmehr ist von einem vorrangig ausgabenseitigen Problem der GKV auszugehen. Welche Rolle spielt aber Beitrags(satz)parität, wenn es gilt, die Ausgabendynamik zu bremsen?

4 Wettbewerbspolitische Einordnung

Ein arbeitnehmerfinanzierter Zusatzbeitrag lässt sich mit der Idee einer wettbewerblichen Steuerung des Gesundheitssystems begründen: Die Kassen sollen angehalten werden, eine wirtschaftlich vorteilhafte Versorgung anzubieten, diese Vorteile in Form von Beitragsnachlässen an ihre Mitglieder weiterzugeben und so dämpfend auf die Entwicklung der GKV-Ausgaben einzuwirken. Selbst mit den notwendigen Vertragsfreiheiten haben die Krankenkassen dazu aber nur dann einen Anreiz, wenn die Mitglieder auf Preisunterschiede reagieren. Doch erst unterschiedlich hohe Beitragsforderungen liefern ihnen die notwendige Information für eine Kosten-Nutzen-Abwägung über die Kassenwahl (*Pimpertz 2007, 23 ff.*).

Folgt man dieser Steuerlogik, dann fällt der Anreiz zum Kassenwechsel bei einer hälftigen Teilung eines kassenindividuellen Beitrags schwächer aus als bei alleiniger Anpassung des Arbeitnehmerbeitrags. Denn die monetären Konsequenzen der Kassenwahl werden lediglich zur Hälfte

im Nettoentgelt des Beitragszahlers sichtbar (*Fetzer und Hagist 2014, 207 f.*).

Gegen diesen Gedanken wird argumentiert, dass eine fehlerhafte Abbildung tatsächlich anfallender Kosten im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) den Wettbewerb verzerre. In der Folge basieren Beitragssatzunterschiede nicht (nur) auf Effizienzunterschieden. Dieser Einwand spricht allerdings nicht gegen den Zusatzbeitrag, sondern für eine Nachjustierung des RSA mit dem Ziel, einen wettbewerbsneutralen Risikoausgleich herbeizuführen.

Gleichwohl wird gefordert, dass sich der Wettbewerb auf die Qualität der Versorgung statt auf den Preis konzentrieren solle, um soziale Verwerfungen auszuschließen. Angesichts einer systematischen Informationsasymmetrie zu Lasten der Patienten bleibt aber unklar, wie sich dabei der Kassenwettbewerb entfalten soll. Denn Qualitätsunterschiede können von den Versicherten kaum beurteilt werden. Sie werden dazu nicht einmal angehalten, solange die Politik allen Bürgern gleichermaßen Zugang zu einer hochqualitativen Medizin verspricht.

5 Ausblick: Wahrung der Solidarität statt der Parität

Unbestritten ist, dass sich im Zuge der anstehenden Bevölkerungsalterung das Ausgabenwachstum weiter zu beschleunigen droht (*Rausch und Gasche 2014*). In einem solchen Szenario ist der Verweis auf das Solidaritätsprinzip in der GKV nicht etwa die Lösung, sondern es gerät selbst unter Rechtfertigungsdruck. Denn der demografische Wandel tangiert verschiedene Dimensionen von Solidarität (*Kochskämper und Pimpertz 2015, 112*). So bleibt bei unverändertem Finanzierungsmodus der Solidarausgleich zwischen Jung und Alt zwar in jeder Periode erhalten. Allerdings verteuert sich der implizite Preis der Solidarität für die Versicherten gleichen Alters von Jahrgang zu Jahrgang (*Kochskämper und Pimpertz 2015, 110 ff.*). Der intergenerative Ausgleich im Querschnitt der Versicherten gerät in einen Konflikt mit dem Ausgleich über mehrere Generationen.

Geht man weiter davon aus, dass eine solche Entwicklung Anpassungen in der GKV nach sich ziehen muss, stellt sich die Frage, auf welchem Weg und mit welchen Folgen. Einschränkungen des Leistungskatalogs, wie sie in der Vergangenheit immer wieder vorgenommen werden mussten, können zwar auch künftig das Ausgabenniveau begrenzen. Damit würden die jüngeren Mitglieder aber nicht entlastet, denn sie müssten für die ausgeklammerten Leistungsansprüche privat vorsorgen, während ältere Mitglieder über eine längere Lebensphase volle Leistungsansprüche ohne private

Vorsorge genießen konnten. Diese Problematik tritt sowohl bei Beitrags(satz)parität als auch in der Variante mit Arbeitnehmerzusatzbeitrag auf.

Was ist also zu tun? Würde der Zusatzbeitrag stattdessen einkommensunabhängig erhoben und im Rahmen einer obligatorischen kapitalgedeckten Säule organisiert, dann würde die intergenerative Lastverschiebung effektiv begrenzt (Kochskämper und Pimpertz 2015, 116). Denn idealiter können in einem privatwirtschaftlich organisierten Kapitaldeckungsverfahren die Mitglieder einer Kohorte ihre altersabhängig steigenden Ausgaben nicht auf die Mitglieder anderer Kohorten überwälzen. Allerdings hätte ein solcher Reformschritt zunächst eine Begrenzung des sozialen Ausgleichs zur Folge. Da aber lohnbezogener Beitrag und einkommensunabhängige Prämie gleichermaßen unter dem Dach einer unverändert umfänglichen Versicherungspflicht stehen, lässt sich die Forderung nach einem ergänzenden steuerfinanzierten Sozialausgleich begründen. Genau diese Begründung entfällt aber im Rahmen einer „vollständig paritätischen“ Finanzierung, sobald die Politik sich gezwungen sieht, in den Leistungskatalog einzugreifen.

Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2015): Sozialbudget 2014. 1. Juli 2015; www.bmas.de → Service → Medien → Publikationen

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016): Mitgliederstatistiken; www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html

Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) (2016): Festschreibung des Arbeitgeberanteils in der Krankenversicherung beibehalten, BDA-Position vom 8. Januar 2016; www.arbeitgeber.de → Presse → Stellungnahmen & Positionen

Fetzer S, Hagist C (2014): Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag in der GKV: Verteilungs- und Anreizwirkungen. *Wirtschaftsdienst*, Jg. 94, Heft 3, 203–209

IG Metall (2016): IG Metall fordert Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge. Pressemitteilung Nr. 7/2016 vom 8. Februar 2016; www.igmetall.de → Presse → Pressemitteilungen 2016

Kochskämper S, Pimpertz J (2015): Welche Umverteilungseffekte deckt das Solidaritätsprinzip in der GKV ab? *IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Jg. 42, Heft 1, 105–119

Pimpertz J (2007): Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gestaltungsoptionen unter sozialpolitischen Vorgaben. *IW-Positionen – Beiträge zur Ordnungspolitik*, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Nr. 28 vom 25. Mai 2007

Pimpertz J (2010): Ausgabentreiber in der gesetzlichen Krankenversicherung. *IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Jg. 37, Heft 2, 75–90

Rausch J, Gasche M (2014): Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung. Projektionen und Determinanten. *Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik: MEA Discussion Papers 04-2014*; mea.mpisoc.mpg.de/uploads/user_mea_discussionpapers/1442_04-2014.pdf

Reiners H (2015): Paritätische Finanzierung und Selbstverwaltung: Grundsatz und Wirklichkeit. *Gesundheit und Gesellschaft* Wissenschaft, Jg. 15, Heft 4, 7–15

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2015): Struktur der Einnahmen und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung; www.sachverständigenrat-wirtschaft.de/zr_deutschland.html?&L=0

Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) (2016): Beschluss des SPD-Präsidiums: Gleiche Gesundheitschancen für alle – Zusammenhalt und Solidarität im Gesundheitswesen herstellen. Pressemitteilung 044/16 vom 15. Februar 2016;

www.spd.de → presse → pressemitteilungen

Statistisches Bundesamt (2015): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen – Inlandsproduktberechnung. Detaillierte Jahresergebnisse 2014. Fachserie 18 Reihe 1.4. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 1. März 2016)

DER AUTOR



Dr. Jochen Pimpertz,

Jahrgang 1965, arbeitet seit 2001 im Institut der deutschen Wirtschaft Köln und leitet seit 2011 das Kompetenzfeld „Öffentliche Finanzen, Soziale Sicherung, Verteilung“. Zuvor hat er das Studium der Betriebswirtschaftslehre sowie der Wirtschafts- und Sozialpädagogik an der Universität zu Köln absolviert und dort im Jahr 2000 im Fach Volkswirtschaftslehre promoviert. Persönliche Arbeitsschwerpunkte bilden Fragen der Gesundheitssystemforschung und Altersvorsorge. Seit 2015 nimmt er einen Lehrauftrag für volkswirtschaftliche Grundlagen der Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln wahr.