

Zur Emanzipation der Sozialversicherungen vom Lohnnebenkostendiktat

Gerhard Maier-Rigaud¹

I. Das Dogma der Beitragssatzstabilität

Unsere sozialen Sicherungssysteme sind einer finanziellen Restriktion unterworfen worden, die wegen der demografischen Entwicklung und der beschäftigungspolitischen Problemverschärfung zunehmend an die Substanz geht. Im Folgenden soll das am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gezeigt werden. Bei konstantem Beitragssatz und real stagnierenden beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder (Grundlohnsumme) hat das System der gesetzlichen Krankenversicherung keinen finanziellen Spielraum. Doch die Ausgaben steigen trotz verschiedener ad hoc Maßnahmen weiter.² In langfristigen Szenarien³ wird deshalb sogar eine Verdopplung der Beitragssätze nicht ausgeschlossen.

Die Politik hat sich gleichwohl darauf eingeschworen, die Beitragssätze für die sozialen Sicherungssysteme insgesamt unter 40 % zu drücken. Dieses Versprechen ist bereits heute Makulatur. In allen Zweigen der sozialen Sicherung stehen die Zeichen auf Beitragssatzerhöhungen. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist in diesen Tagen die 14 % -Marke überschritten worden. Die Politik steht daher unter einem erheblichen Handlungsdruck, den sie allerdings selbst erzeugt hat.⁴ Die finanzielle Deckelung der

¹ Der Autor dankt Wolfram Klamm sowie den Teilnehmern des Symposiums ‚Elemente einer Neuordnung des Gesundheitswesens in Deutschland‘ veranstaltet von der Internationalen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie am 13. November 2001 in Raunheim.

² Ein Musterbeispiel dafür, wie eine auf Sicht gefahrene Gesundheitspolitik herumfuhrwerkt, ist der im Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz enthaltene „Ablasshandel“ (SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG (2001), Textziffer 269) mit den forschenden Arzneimittelherstellern und die auf zwei Jahre begrenzte Erhöhung des Apothekenrabatts von 5 auf 6 % zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach wie vor wird das ‚Unternehmen GKV‘ mit einem Umsatz von 140 Mrd. € ohne mittel- und langfristige Einnahmen-Ausgabenrechnung gefahren, wie sie in der gesetzlichen Rentenversicherung längst vorgeschrieben ist.

³ Vgl. die im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie erstellte Studie des DIW (2002), Tabelle 37, S. 159.

⁴ So heißt es beispielsweise in der Koalitionsvereinbarung von SPD und Bündnis 90/Die Grünen aus dem Oktober 1998: „Ziel der neuen Bundesregierung ist es, den Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge zu stoppen und die Beiträge dauerhaft zu stabilisieren.“ (Hervorhebungen des Autors). Überhaupt sollen die Sozialversicherungsbeiträge auf unter 40 % des Bruttolohnes gesenkt werden. In dieser offensichtlich mit heißer Nadel gestrickten Vereinbarung ist sogar übersehen worden, dass stabile Beitragssätze nicht zugleich auch stabile Beiträge bedeuten können.

sozialen Sicherungssysteme ist zudem fester Bestand des Konsenses zwischen den gesellschaftlichen Gruppen. Dabei ist es alles andere als trivial, wenn sich unsere Gesellschaft beispielsweise auferlegt, den Anteil der Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung an der Grundlohnsumme zu fixieren.⁵ Welche gesundheitspolitische Rechtfertigung mag es dafür geben, einen Beitragssatz von 14 % politisch festzuschreiben? Wie kommt die Politik dazu, vorzuschreiben oder glauben zu machen, dass die Ausgaben für Gesundheitsleistungen des Jahres 2000 in Höhe von ca. 130 Mrd. € das ‚richtige‘ Niveau hatten und nur mit Raten wachsen dürfen, die denen der beitragspflichtigen Einnahmen entsprechen?

Richtig ist selbstverständlich, dass der Staat beim nach dem Sachleistungsprinzip zur Verfügung gestellten Gut Gesundheitsleistung dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu folgen hat und Knappheitssignale geben muss. Wenn aber der Leistungskatalog gesundheitspolitisch definiert ist und Anreizsysteme implementiert sind, die Effizienz vermuten lassen, dann ist der sich daraus ergebende Beitragssatz Ergebnis und nicht Ziel der ganzen Veranstaltung.⁶ Derzeit aber wird ein stabiler Beitragssatz so verstanden, als ob er das oberste Ziel der Gesundheitspolitik überhaupt wäre. Um dieses Ziel zu erreichen, wird über Kürzungen des Leistungskatalogs, höhere Eigenbeteiligung und eine ergänzende private Vorsorge nachgedacht sowie mit diskretionären Eingriffen versucht, bei einzelnen Ausgabensegmenten temporär zu sparen. Insgesamt ist das der (untaugliche) Versuch, die Stabilität der Beitragssätze durch Rückbau des GKV-Systems zu sichern.

Angesichts von längerfristigen Szenarien mit Beitragssätzen der GKV von weit über 20 % kann man sich kaum ausmalen, welche Anstrengungen notwendig wären, um die Beitragssätze auf dem gegenwärtigen Niveau zu halten. Bei real stagnierenden Einnahmen und bei Ausgabensteigerungen oberhalb der allgemeinen Einkommensentwicklung kann eine an der Stabilität der Beitragssätze orientierte Gesundheitspolitik niemals aus der Abfolge von Reformen, Leistungskürzungen und Reparaturen heraus kommen. Insofern dürfte auch zukünftig gelten, was der SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG im Jahresgutachten 2000 als Überschrift zu den Ausführungen über die Gesundheitspolitik gewählt hat: „Nach der

⁵ Das ist eine Bezugsgröße, die ohnehin erodiert, wenn die Arbeitslosigkeit steigt, der Anteil der Rentner zunimmt und die Lohnquote sinkt. „Wären seit [...] den 80er Jahren Beschäftigung und Lohnquote konstant geblieben, so würde der heutige Beitragssatz etwa dem des Jahres 1980 entsprechen. Anders ausgedrückt: Wäre bei der gegebenen Ausgabenentwicklung der Lohnanteil am Sozialprodukt konstant geblieben, dann wäre der Beitragssatz noch etwa auf der Höhe von 1980, wäre die Lohnquote gestiegen, dann hätte der Beitragssatz sogar *fallen* können.“ (BRAUN/KÜHN/REINERS (1998), S. 33).

⁶ Der SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG hat hierzu Entscheidendes gesagt. „Schließlich und endlich sind steigende Ausgaben für Gesundheitsleistungen in einer alternden Wohlstandsgesellschaft a priori nichts Schlechtes. Ein Wachstum der Gesundheitsbranchen und damit steigende Ausgaben für die dort angebotenen Güter und Leistungen sind sogar zu begrüßen, wenn diese zusätzlichen Ausgaben das Ergebnis entsprechend geänderter Präferenzen sind.“ (SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG (2000), Text ziffer 469).

Reform ist vor der Reform“.⁷ Und Reformen, das wissen wir aus Erfahrung, bedeuten in der Gesundheitspolitik mehr Reglementierungen im Detail, die wiederum aus sich heraus einen immer neuen Bedarf an Gesetzen und Verordnungen produzieren. Dieser ‚Reformprozess‘ kann allerdings nicht verhindern, dass es immer einzelne Krankenkassen geben wird, die ihren Beitragssatz erhöhen müssen. In der Logik der herrschenden Sichtweise muss aber genau das als Ausdruck des Versagens der Gesundheitspolitik verstanden werden. Am Ende könnte das GKV-System insgesamt in Frage gestellt werden. Ein Ergebnis, das manche ohnehin als Chance für eine völlige Neuordnung begrüßen würden. Was treibt Regierungen eigentlich dazu, die aus dem Dogma der Beitragssatzstabilität resultierenden politischen Risiken immer von neuem einzugehen? Welche politischen oder ökonomischen Vorteile könnten mit stabilen Beitragssätzen verbunden sein?

II. Systemkorrektur zur Senkung der Lohnnebenkosten?

Die Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte ist ein Lehrstück für die Schwierigkeiten, wirksame Anreizsysteme für die Nachfrage und das Angebot eines Gutes zu etablieren, das durch die Art seiner Finanzierung und Bereitstellung ‚Qualitäten‘ eines öffentlichen Gutes aufweist. Für die Leistungserbringer gilt gemäß des SAY’schen Gesetzes, dass sie mit ihrem Angebot ihre eigene Nachfrage schaffen können. Und für den einzelnen Versicherten ist die Ausdehnung der Nachfrage mit keinen spürbaren Kosten verbunden. Um die daraus resultierenden latenten Steuerungsdefizite etwas abzumildern und die systeminhärente Dynamik wenigstens psychologisch abzubremsen, ist es durchaus nützlich, auf einen – tatsächlichen oder vermeintlichen – Sachzwang, die Beitragssatzstabilität, zu rekurrieren. Sie ist ein wohlfeiles Argument, um auf die Leistungserbringer Druck auszuüben und bei den Versicherten das Feld für Leistungskürzungen einschließlich Zuzahlungen und dergleichen zu bereiten. Mit jeder impliziten oder expliziten Relativierung des Ziels Beitragssatzstabilität wird dieser Druck geringer und die Gefahr virulent, dass mangels wirksamer Instrumente das Gesundheitswesen mengen- und kostenmäßig ausufert.

Allerdings ist dieses ‚Druckmittel‘ abgeleitet aus einem Stabilitätsziel, dessen Begründung in einer von der Ökonomie behaupteten Wirkungskette liegt und deshalb keineswegs als ‚Sachzwang‘ deklariert werden kann. Da steigende Beitragssätze über den Arbeitgeberanteil unmittelbar die Lohnnebenkosten erhöhen, geraten alle sozialen Sicherungssysteme unter das Diktat des hypostasierten Zusammenhangs zwischen Lohnhöhe und Beschäftigung. Stabile Beitragssätze erhalten so die vergleichsweise höheren Weihen gesamtwirtschaftlicher Vernunft. Aus ihr folgt aber nicht mehr und nicht weniger als ein Fundamentalkonflikt zwischen Gesundheits- bzw. generell zwischen Sozialpoli-

⁷ SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG (2000), Fünftes Kapitel, Abschnitt V.

tik auf der einen und Beschäftigungspolitik auf der anderen Seite.⁸ Danach stünde die Gesellschaft zugespitzt ausgedrückt vor der Alternative: Krank aber beschäftigt oder gesund und arbeitslos!

Obwohl die Hypothese eines Konflikts zwischen Zielen des Gesundheitssystems und dem Ziel der Vollbeschäftigung absurd und deshalb a priori zu verwerfen ist, verlangt ihre Falsifizierung eigentlich eine makrotheoretische Auseinandersetzung. Aber damit geriete man auf ein von der neoklassischen Denkschule und ideologischen Vorverständnissen vorgeprägtes Gelände, zu dem die Gesundheitsökonomie kaum Zugang hat. Außerdem sind die Zeitperspektiven für den notwendigen makroökonomischen Paradigmenwechsel viel zu lang, um die Emanzipation der Gesundheitspolitik oder der Sozialpolitik generell von ökonomistischen Mustern jetzt einleiten zu können. Deshalb scheint der Politik vorerst nur die Option zu bleiben, dem Muster der herrschenden Sichtweise zu folgen und langfristig stabile Beitragssätze durch den sukzessiven Ausstieg aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung anzustreben.

Um dem allein makroökonomisch begründeten Dogma der Beitragssatzstabilität Genüge zu tun, ist die Kürzung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung eine nahe liegende Option. Sie passt in ihrer Konsequenz auch perfekt zum herrschenden neoklassischen Liberalismus,⁹ nämlich zum Ideal von mehr Eigenvorsorge und dem Aufbau einer zusätzlichen privaten Krankenversicherung. En vogue sind deshalb Forderungen nach mehr privater Eigenvorsorge und der Einstieg in eine kapitalgedeckte private Krankenversicherung.¹⁰ Eine Kombination aus gesetzlicher und ergänzender privater Krankenversicherung löst aber für sich genommen nicht das Problem der steigenden Kosten für die Krankenversicherung. Es werden lediglich sonst notwendige Beitragssatzerhöhungen ersetzt durch zusätzliche Prämienzahlungen für private Versicherungen.¹¹ Erreicht wird allerdings dadurch, dass die Arbeitgeberbeiträge faktisch eingefroren werden und somit das Lohnnebenkostenargument nicht mehr greift. Eingebettet in eine allmähliche Systemtransformation würde somit einer alten Forderung der Arbeitgeber entsprochen und auf die rein paritätische Finanzierung, wie schon bei der Rentenversicherung, verzichtet werden.

Es zeigt sich hier, wie sehr die paritätische Finanzierung durch die Verknüpfung mit Lohnkosten und Beschäftigung zum Hebel für eine Fundamentalkorrektur werden kann. Zwar dürfte niemand behaupten, es gäbe keinen Handlungsbedarf in der Gesundheitspo-

⁸ „Dieses Prinzip [die paritätische Finanzierung, der Autor] verknüpft den Arbeitsmarkt und das Sozialversicherungssystem in unglückseliger Weise miteinander. Zudem verschleiert dieses Prinzip aus Sicht der Beitragszahler die wahre Höhe ihrer Zahlungen an die Krankenversicherung. Das hat zur Folge, dass für sie der Krankenkassenbeitrag nur teilweise entscheidungsrelevant wird. Um beide Probleme zu lösen, empfiehlt es sich, den Arbeitgeberanteil abzuschaffen.“ (OBERENDER/FLEISCHMANN (2002), S. 148).

⁹ Vgl. dazu MAIER-RIGAUD/MAIER-RIGAUD (2001), S. 201 ff.

¹⁰ Zu Vorschlägen dazu vgl. HENKE (2001).

¹¹ Selbst die an solchen Regelungen besonders interessierten privaten Versicherungsunternehmen rechnen vor, dass die Gesamtkosten der Krankenversicherung sogar eher steigen könnten.

litik. Aber es wäre unbefriedigend und könnte sogar fatal sein, wenn für die Reformideen in Richtung einer zusätzlichen privaten Versicherung oder einer generellen Abkehr vom Umlageverfahren keine eigenständige Begründung für erforderlich gehalten werden würde. Außerdem sollte geprüft werden, ob das Lohnnebenkostenproblem auch ohne Systemtransformation gelöst werden kann.

III. Die sozialpolitische Benchmark: 40 %?

Gemeinhin liest man in den Gazetten und sogar in offiziellen Verlautbarungen, dass der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung beispielsweise 14 % des Bruttolohnes betragen würde. Der Beitragssatz bezieht sich in der Tat auf den Bruttolohn in dem Sinne, dass bei einem Bruttolohn von 100 € der Beitrag an die Krankenkassen 14 € beträgt. Das heißt aber nicht, dass 14 % des Bruttolohnes an die Krankenkassen geht. Nimmt man als Bezugsgrößen den Bruttolohn, der auf den Lohnzetteln ausgewiesen ist, dann liegt der Beitragssatz nicht bei 14, sondern bei 7 %. Und wenn der Bruttolohn¹² so definiert wird, dass alle Arbeitgeberbeiträge darin enthalten sind, dann beläuft sich der Beitragssatz auf 11,7 % (14 % von 100 € bezogen auf 120 €) und der Arbeitgeber- sowie der Arbeitnehmerbeitragssatz liegen bei jeweils 5,8 %.

Was heißt das nun bezogen auf das politische Ziel, die Sozialversicherungsbeiträge insgesamt auf unter 40 % des Bruttolohnes zu senken? Wenn die Arbeitnehmerbeiträge bezogen auf den in den Lohn- und Gehaltsabrechnungen ausgewiesenen Bruttolohn insgesamt beispielsweise 20 % betragen, dann liegen die Gesamtbeiträge im Verhältnis zum Bruttolohn einschließlich aller Arbeitgeberbeiträge (Arbeitnehmerentgelte) bei $33 \frac{1}{3}$ % (40 % von 100 € bezogen auf 120 €). Die politische Zielvorgabe ‚unter 40 %‘ macht offensichtlich nur Sinn, wenn sie auf den Bruttolohn ohne Arbeitgeberbeiträge bezogen wird. Eine solche Rechnung signalisiert aber fälschlicherweise, dass die Arbeitnehmer tatsächlich auch 40 % ihres auf den Lohnzetteln ausgewiesenen Bruttolohnes für Sozialbeiträge aufbringen müssten. Welche Bezugsgröße also auch immer gewählt wird, die sozialpolitische Benchmark von 40 % ist und bleibt ‚sachlich und rechnerisch‘ falsch. Sie suggeriert eine Belastung der Einkommen durch die sozialen Sicherungssysteme, die politisch instrumentalisierbar ist und auch instrumentalisiert wird.

Aus betriebswirtschaftlicher ebenso wie aus volkswirtschaftlicher Sicht gehören die Arbeitgeberbeiträge zu den Arbeitskosten. Wenn also zwischen Lohnkosten und Beschäftigung ein Zusammenhang diskutiert wird, dann macht es keinen Sinn, einzelne Lohnkostenbestandteile herauszugreifen. Das gilt auch für die Kosten, die von den sozialen Sicherungssystemen verursacht werden. In einer ordentlichen ökonomischen Analyse wird daher immer von den Bruttolöhnen einschließlich Arbeitgeberbeiträgen (Ar-

¹² Begriffsklärung: Bruttolöhne und -gehälter einschließlich Arbeitgeberbeitrag werden als Bruttoeinkommen bzw. Arbeitnehmerentgelte bezeichnet.

beitnehmerentgelte) ausgegangen.¹³ Ebenso ist es aus Sicht des einzelnen Arbeitnehmers bzw. Versicherten ökonomisch vernünftig, nicht nur den Bruttolohn, sondern zusätzlich auch die Arbeitgeberbeiträge als Einkommen zu betrachten. Schließlich entstehen auch aus den Arbeitgeberbeiträgen individuelle Ansprüche an die Sozialversicherungen. Und dafür ist es vollständig unerheblich, ob der Arbeitgeberbeitrag gesondert ausgewiesen, buchhalterisch dem Bruttolohn aufgeschlagen oder an die Arbeitnehmer de facto ausgezahlt wird.

Der Arbeitgeberbeitrag ist in keinem Fall ein Geschenk an die Arbeitnehmer und somit ist auch die paritätische Finanzierung keine isolierte Veranstaltung mit eigener verteilungspolitischer Wirkung. Wirtschaftlich gesehen werden die gesamten Sozialbeiträge aus den Arbeitnehmerentgelten finanziert. Diese sind auch Gegenstand von Tarifverhandlungen. Das bedeutet, dass der so genannte Arbeitgeberbeitrag *bei konstanten Beitragssätzen* entsprechend dem Gesamtergebnis des Tarifverhandlungsprozesses steigt und es insoweit keinen Grund gibt, die Lohnnebenkosten gesondert zu betrachten oder ihnen im Kostenkalkül der Arbeitgeber eine Sonderrolle zu geben. So gesehen ist die paritätische Finanzierung eine sozialpolitische Fiktion, die in den Bereich der symbolischen Politik gehört. Und der Aufschlag der Arbeitgeberbeiträge auf die Bruttolöhne wäre nichts weiter als eine buchhalterische Klarstellung. Es ist u.a. auch deshalb schwer nachvollziehbar, weshalb vor allem von den Gewerkschaften die paritätische Finanzierung als eine sozialpolitische Großtat des vorletzten Jahrhunderts angesehen wird, die keinesfalls preisgegeben werden darf.¹⁴

IV. Die zweiten Lohnrunden: Krankenkassen und Tarifautonomie

In einer offenen und sich verändernden Gesellschaft wäre es geradezu seltsam, wenn sich die Aufwendungen für die sozialen Sicherungssysteme in gleicher Weise verändern würden wie die beitragspflichtigen Einkommen. Die mittel- und langfristige Konstanz der Beitragssätze wäre daher ein ausgesprochen seltsamer Zufall. Deshalb ist die Frage nach den gesamtwirtschaftlichen Wirkungen von Beitragssatzänderungen jenseits der Verbuchungspraxis von Arbeitgeberbeiträgen relevant. Änderungen der Beitragssätze zu den Sozialversicherungen führen derzeit über die Arbeitgeberbeiträge unmittelbar zu Änderungen der Lohnkosten. Wenn beispielsweise die Krankenkassen im Verlauf eines Jahres ihre Beitragssätze erhöhen, dann steigen die Lohnkosten, und zwar ohne dass die Tarifvertragsparteien daran etwas ändern können.

¹³ In nationalen und internationalen Lohnvergleichen ist es absolut zwingend, diese Lohnbestandteile zu berücksichtigen, d.h. von den Arbeitnehmerentgelten auszugehen.

¹⁴ Tatsächlich ist bei der gesetzlichen Rentenversicherung bereits ein Präzedenzfall geschaffen worden. Würde zukünftig die gesetzliche Krankenversicherung nur einen Teil der Krankheitskosten abdecken und ergänzende private Versicherung zum Regelfall werden, dann wäre auch hier der formale Einstieg in den Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung vollzogen.

Steigen die Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung beispielsweise von 14 auf 15 %, also um einen Prozentpunkt, dann erhöhen sich die Beiträge um 7 %.¹⁵ Ein um diesen Prozentsatz höherer Arbeitgeberbeitrag schlägt voll auf die Lohnkosten durch und erhöht diese um 0,5 Prozentpunkte auf 7,5 %. Ausgehend vom Bruttolohn (100 %) einschließlich aller Arbeitgeberbeiträge (20 %) ist das eine Steigerung um 0,42 % (0,5% von 100 bezogen auf 120). Wenn man bedenkt, dass die tariflichen Bruttoentgelte der Arbeitnehmer zum Teil mit weniger als 2 % steigen, dann bewirken Beitragssatzerhöhungen um einen Prozentpunkt eine Erhöhung des tariflich vereinbarten Lohnkostenaufwands um 25 %. Solche ‚außertariflichen‘ Lohnkostensteigerungen sind auf mittlere bis längere Frist nicht nur die Folge von Beitragssatzerhöhungen bei den Krankenkassen. Auch mögliche Änderungen der Beitragssätze für die Renten-, Arbeitslosen- und für die Pflegeversicherung führen zu entsprechenden Lohnkostensteigerungen außerhalb der Tarifpolitik. Unter ungünstigen Umständen ist nicht auszuschließen, dass die von den Sozialversicherungen ausgelösten Lohnkostensteigerungen in der Größenordnung von tarifvertraglichen Zuwachsraten liegen. Was also in Tarifverhandlungen vielfach nur mit Streiks und Aussperrungen erreicht wird, ist nur ein Teil der gesamten Lohnkostensteigerungen.

Bei solchen Relationen ist es kaum noch gerechtfertigt, von Tarifautonomie zu sprechen. Die Tarifvertragsparteien müssen sich fragen lassen, ob sie die ihnen in der marktwirtschaftlichen Ordnung unbestritten zukommende Kompetenz der Lohnfindung überhaupt noch haben. Sofern in den Tarifverhandlungen der Folgejahre die Beitragssatzsteigerungen in den sozialen Sicherungssystemen berücksichtigt und im Zweifel kompensiert werden, mag diese Schieflage der Tarifautonomie hinnehmbar sein.¹⁶ Aber eine vollständige Kompensation der durch Beitragssatzerhöhungen verursachten höheren Arbeitgeberbeiträge bleibt trotz empirischer Evidenz in Bezug auf zukünftige Entwicklungen eine Hypothese. Sie reicht für sich genommen nicht aus, um Befürchtungen wegen steigender Lohnnebenkosten zu zerstreuen, zumal Kompensationen immer erst nachträglich möglich sind.¹⁷

Um die Tarifautonomie zu stärken und Entscheidungen über die Lohnkostenentwicklung sauber von Entscheidungen über die Verwendung der Einkommen zu trennen, gibt es einen einfachen Weg. Er besteht im Aufschlag aller Arbeitgeberbeiträge zu den Sozialversicherungen auf den Bruttolohn. Jenseits von Quoten und buchhalterischen Klarstellungen liegt darin ein wichtiger Schritt für die Vervollständigung der Tarifautonomie, dem essentiellen Element unserer Wirtschaftsordnung. Das allein ist schon ein hinreichender Grund, die paritätische Finanzierung abzuschaffen und auf sozialpolitische Symbolik zu verzichten. Außerdem: Der faktische Aufschlag der Arbeitgeberbei-

¹⁵ In den folgenden beispielhaften Rechnungen wird vom Einfluss der Beitragsbemessungsgrenze abstrahiert.

¹⁶ Vgl. zur Empirie und Theorie dieser Kompensationshypothese DIW (2002), S. 95 ff. (Kapitel 2.3).

¹⁷ Im Übrigen ist die Verhandlungsposition anders, wenn über bereits erfolgte Beitragssatzsteigerungen eine Kompensation herbeigeführt werden soll.

träge auf die Bruttolöhne, also ihre Abschaffung, wäre ein wichtiger Beitrag zur Rationalität der gesamtwirtschaftlichen Diskussion über Lohnkosten und Beschäftigung, die zur Zeit vom Kostensegment Lohnnebenkosten verzerrt oder sogar überlagert wird.¹⁸

V. Diskriminierung von Präferenzen

Der Aufschlag der Arbeitgeberbeiträge auf die Bruttolöhne hat neben dem tarifpolitischen noch einen weiteren und gewichtigen ordnungspolitischen Bezug. Es gehört zu den großen Vorzügen der marktwirtschaftlichen Ordnung, dass der Einzelne die Freiheit hat, die aus seinem Einkommen fließende Kaufkraft nach eigenem Gutdünken einzusetzen. Niemand macht ihm Vorschriften, wie viel er von seinen Einkünften spart und auf welche Güter er seine Nachfrage richtet. Bei der Versorgung mit öffentlichen Gütern und der Höhe der sozialen Absicherung muss diese Freiheit in gleicher Weise gelten. Der Unterschied zur Nachfrage nach privaten Gütern liegt ‚nur‘ darin, dass der einzelne nicht unmittelbar entscheiden kann. Trotzdem, auch der demokratische Entscheidungsprozess muss sich wie die Nachfrage nach privaten Gütern allein nach den Präferenzen richten. Es müssen Entscheidungen sein, die im Grunde von den gleichen Argumenten wie individuelle Entscheidungen geleitet werden, d.h. es geht um Nutzenmaximierung, um Entscheidungen über die optimale Verwendung des Einkommens für die Bedürfnisbefriedigung. Sobald andere Argumente und etwa beschäftigungs- oder stabilitätspolitische Überlegungen ins Spiel kommen, werden die demokratischen Entscheidungsprozesse verzerrt und ihre Ergebnisse von vornherein falsch.

Dass solche sachfremden Argumente die Entscheidungen verfälschen, trifft nicht nur auf die sozialen Sicherungssysteme zu. Sie haben dafür kein Monopol.¹⁹ Aber die verfälschenden Einflüsse sind dort möglicherweise am stärksten. Durch die paritätische Finanzierung sind Entscheidungen über Beitragssätze, d.h. letztlich über sozialpolitische Ziele, immer zugleich auch Entscheidungen über die Lohnentwicklung. Anders gesagt: Entscheidungen über eine Verschiebung der Nachfragestruktur zu Gunsten der Sozialversicherung sind immer zugleich Entscheidungen über Einkommensänderungen. Damit aber kommen Argumente zum Zuge, die mit Sozialpolitik nicht nur nichts zu tun haben, sondern im Ergebnis auch den Präferenzen systematisch nicht entsprechen.

Weil eine steigende Nachfrage beispielsweise nach Gesundheitsleistungen via Beitragssätze unmittelbar zu Lohnsteigerungen führt, versucht die Politik, Teile der Gesundheitsleistungen aus dem GKV-System herauszunehmen und privatwirtschaftlich versichern zu lassen. Gegen privat finanzierte Leistungen kann eben auch bei oberflächlicher

¹⁸ Gleichwohl lässt sich dieses Problematik nicht gänzlich aus dem Spannungsfeld Arbeitnehmer-Arbeitgeber heraushalten, weil Sozialbeiträge ebenso wie beispielsweise Produktivitäts- und Inflationsraten Argumente in den Tarifvertragsverhandlungen bleiben werden.

¹⁹ Das Versagen der Beschäftigungspolitik seit gut einem Vierteljahrhundert ist zugleich Ursache und Folge dafür, dass alle Strukturpolitiken mehr oder weniger offen in den Dienst der Beschäftigung gestellt werden. Sie werden instrumentalisiert für ein Ziel, zu dessen Erreichung sie gänzlich ungeeignet sind.

Betrachtung nicht mit zusätzlichen Belastungen der Wirtschaft argumentiert werden. Im Gegenteil. Das Argument kehrt sich gemäß der herrschenden Sicht gänzlich um. Zusätzliche private Nachfrage im Gesundheitswesen gilt als Beschäftigungschance. Auch das ist allerdings zu kurz gedacht. Die Beschäftigung insgesamt kann nicht durch Verschiebungen zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung erhöht werden. Konsequenterweise kann deshalb die gesundheitspolitische – ebenso wie allgemein die sozialpolitische oder etwa auch die umweltpolitische – Debatte weder mit beschäftigungspolitischen Besorgnissen noch mit beschäftigungspolitischen Verheißungen geführt werden. Gesundheitspolitik muss ausschließlich mit gesundheitspolitischen Argumenten betrieben werden. Sie darf nicht zum ohnehin untauglichen Instrument der Beschäftigungspolitik degradiert werden.²⁰

Der vermeintliche Zusammenhang zwischen Lohnnebenkosten und Beschäftigung liefert auch das zentrale Argument für Vorschläge in Richtung privater Vorsorge. Um das Dogma der Beitragssatzstabilität aufrecht zu erhalten, werden privat finanzierte Systeme gefordert, welche die gesetzliche Krankenversicherung ergänzen. Wenn aber steigende Beitragssätze ohnehin immer aus den Arbeitnehmerentgelten (Bruttolöhne einschließlich Arbeitgeberbeiträge) gezahlt werden, dann kann es offensichtlich keinen Unterschied machen, ob in der GKV die Beitragssätze steigen oder ob stabile Beitragssätze durch einen gekürzten Leistungskatalog erreicht werden und deshalb gleichzeitig zusätzlich Prämien für ergänzende private Versicherungen zu finanzieren sind.

Nimmt man die derzeitigen Kosten des Gesundheitssystems in Höhe von 130 Mrd. € als gegeben an, so ist es für die Belastung der Arbeitnehmerentgelte ziemlich gleichgültig, wie sie im Einzelnen finanziert, d.h. genau genommen buchhalterisch behandelt werden. Im Ergebnis könnte der für Gesundheit aufzuwendende Betrag in beiden Fällen sogar identisch sein. Sieht man einmal von grundsätzlichen gesellschaftspolitischen Vorstellungen ab, welche der privaten Vorsorge Vorrang einräumen, dann macht die ganze Übung nur Sinn, wenn die Effizienz des Gesundheitswesens dadurch gesteigert werden könnte. Aber genau das müsste erst noch gezeigt werden.²¹

VI. Parität versus Solidarität

Die Perspektive langfristig steigender Beitragssätze und damit von Beiträgen, die wachsende Teile des Arbeitseinkommens für Gesundheitsleistungen beanspruchen, wird zu-

²⁰ Grundsätzlich ist die Hoffnung, der ‚Zukunftsmarkt Gesundheit‘ könnte sich zur Job-Maschine auswachsen und damit zur Linderung der Massenarbeitslosigkeit beitragen, von der abwegigen Vorstellung beherrscht, unsere Gesellschaft sei an Sättigungsgrenzen gestoßen und deshalb ginge ihr die Arbeit aus. Tatsächlich kann und muss es darum gehen, das Gesundheitssystem zu optimieren, und zwar ganz unabhängig davon, in welchen Bereichen welche und wie viele Arbeitsplätze entstehen, die anderswo wegfallen.

²¹ Die privaten Versicherungsunternehmen hängen sich bisher lediglich an das GKV-geprägte Gesundheitssystem an. Im Übrigen sind sie wenig konstruktiv, wenn es darum geht, mehr Wettbewerb durch die Mitnahme der Alterungsrückstellungen beim Versicherungswechsel zuzulassen.

nehmend die Frage nach der gerechten Bemessungsgrundlage aufwerfen. Die tradierte Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme allein aus den Löhnen führt zu gewichtigen Verzerrungen der Lastenverteilung. Von einer solidarischen Finanzierung kann nicht mehr die Rede sein, wenn Vermögenseinkünfte unberücksichtigt bleiben und die Leistungsfähigkeit der Versicherten ausschließlich über das Arbeitseinkommen definiert wird. Wenn es möglich ist, dass mit einem geringen Lohneinkommen ein unbeschränkter Leistungsanspruch aus der gesetzlichen Krankenversicherung für die ganze Familie erworben werden kann, und zwar obwohl das Familieneinkommen ein Vielfaches des für die Beitragszahlung herangezogenen Lohnes ist, dann muss Solidarität ganz anders buchstabiert werden.

Zukünftig wird deshalb kein Weg daran vorbei gehen, alle Einkünfte in die Bemessungsgrundlage einzubeziehen.²² Spätestens dann aber wird die ‚Fiktion‘ Arbeitgeberbeitrag nicht mehr zu halten sein und die paritätische Finanzierung obsolet. Eine solche Systemumstellung müsste zumindest für die Kranken- und Pflegeversicherung gelten, weil hier die Leistungsansprüche unabhängig von den Beiträgen sind und es nicht zu einem solidarisch finanzierten System passt, wenn die Beitragszahlungen in einem höchst losen Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten stehen.²³

Schließlich und endlich öffnet oder erleichtert die Abschaffung der paritätischen Finanzierung den Weg für weitere Reformoptionen.²⁴ Das gilt für die sogenannten Kopfpauschalen ebenso wie für das Kostenerstattungsprinzip oder die kapitalgedeckte Eigenvorsorge. Und es gilt allgemein für Annäherungen der Systeme von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Im Zusammenhang mit allen diesen Vorschlägen und Vorstellungen wird das Thema paritätische Finanzierung auf den Prüfstand gestellt werden müssen. Und als praktische Voraussetzung nahezu aller Reformoptionen wird es unerlässlich sein, durch den Aufschlag der Arbeitgeberbeiträge auf die Bruttolöhne für klare finanzielle Zuordnungen zu sorgen.

VII. Umstellungsverfahren

Obwohl die Forderung nach einem Aufschlag der Arbeitgeberbeiträge auf den Bruttolohn seit langem gestellt wird, fehlt es bislang an konkreten Umsetzungsvorschlägen, die vor allem von unseren empirisch arbeitenden Wirtschaftsforschungsinstituten erar-

²² Bei gleichzeitiger Senkung des Beitragssatzes.

²³ Dieses Argument gilt nicht in gleichem Maße für die Rentenversicherung, da hier der Zusammenhang zwischen Beitrags- und Rentenzahlung sehr viel enger ist. Außerdem gilt die Rente ausdrücklich als ‚Lohnersatz‘. Insofern ist es erklärungsbedürftig, dass gerade bei der gesetzlichen Rentenversicherung das Prinzip der paritätischen Finanzierung zuerst durchbrochen wurde und der Einstieg in ein zusätzliches kapitalgedecktes System erfolgt ist, zu dessen Finanzierung prinzipiell alle Einkunftsarten herangezogen werden.

²⁴ Zur Notwendigkeit einer Anpassung des deutschen Krankenversicherungssystems an die Anforderungen der Europäischen Union vgl. LORFF/MAIER-RIGAUD (2000), S. 393-398.

beitet werden sollten. Im Zweifel gibt es auch genügend Interessenten, die ein solches Projekt finanzieren würden. Jedenfalls wird es ohne konkrete Vorschläge kaum möglich sein, das Thema auf die politische Agenda zu bringen.

Zum möglichen Umstellungsverfahren soll hier nur auf ein paar Aspekte hingewiesen werden: Zum Stichtag X wird der individuelle Arbeitgeberbeitrag auf den Bruttolohn aufgeschlagen. Der Arbeitgeber überweist wie bisher im Sinne eines Quellenabzugsverfahrens den gesamten Sozialversicherungsbeitrag (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag) an die jeweilige Krankenkasse. Zukünftige Steigerungen des Beitragsatzes oder auch Änderungen der Beitragsbemessungsgrenze ändern dann nicht zugleich auch die Bruttolöhne und die Arbeitskosten. Im Ergebnis wird der Beitrags*satz* der Arbeitgeber eingefroren, bzw. verschwindet gänzlich aus den Kalkulationen. Die Wachstumsrate des neu berechneten Bruttolohns entspricht insgesamt den im Wesentlichen tarifvertraglich festgelegten Lohnsteigerungen.

Die im Gegensatz zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung unterschiedlich hohen Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung führen zunächst zu unterschiedlichen Bruttolöhnen. Um dies zu vermeiden, müssten die Tarifvertragsparteien bei der anstehenden nächsten Lohnrunde entscheiden, ob und inwieweit eine Angleichung der tariflichen Eckbruttolöhne erfolgen soll. Alternativ dazu könnte der Aufschlag nicht zum tatsächlichen, sondern zum durchschnittlichen oder auch jeweils höchsten Beitragssatz erfolgen – mit im letzteren Fall entsprechenden Kompensationen beim Tarifabschluss. Faktisch ist das Problem aber keineswegs gravierend, da sich die Beitragssätze stärker angleichen werden. Dazu trägt erstens der neue Risikostrukturausgleich bei und zweitens verdoppelt sich der Anreiz zum Kassenwechsel, wenn auch die bisher beim Arbeitgeber anfallende Beitragsersparnis, dem Versicherten zugute kommt. Außerdem fallen bei einer vollständigen Umstellung die Unterschiede in den GKV-Beitragssätzen weniger ins Gewicht.

Soll die Umstellung für das Steueraufkommen insgesamt und richtigerweise neutral erfolgen, sind beispielsweise die Steuertarife oder die Regelungen im Rahmen der Vorsorgepauschale anzupassen. Außer den steuerrechtlichen Anpassungen wird es auch notwendig sein, alle gesetzlichen Regelungen, die auf den ‚alten‘ Bruttolohn Bezug nehmen, entsprechend zu korrigieren. Gleiches dürfte auch für einige Statistiken gelten. Insbesondere bei internationalen Vergleichen sind solche Anpassungen hilfreich und wirken in vielen Fällen klärend. Und wenn schon solche Umstellungen vorgenommen werden, dann sollten von vornherein und ausnahmslos alle Arbeitgeberbeiträge zu den Systemen der sozialen Sicherung einbezogen werden.

Literatur

- BRAUN, B. / KÜHN, H. / REINERS, H. (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt am Main.
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (DIW) (2002): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistung. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin, in: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Hrsg.), Zukunftsmarkt Gesundheit. Tagungsband der Veranstaltung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, am 6. 12. 2001 in Berlin, Band 145, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden, Seite 67 ff.
- HENKE, K. D. (2001): Kapitalbildung, auch im Gesundheitswesen. Auf dem Wege zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung, Europäisches Zentrum für Staatswissenschaften und Staatspraxis, Diskussionspapiere zu Staat und Wirtschaft, Nr. 27, Berlin.
- LORFF, G. J. / MAIER-RIGAUD, G. (2000): Die europäische Krankenversicherung ist längst möglich – Weggestaltungen für die Zukunft, in: Die Sozialgerichtsbarkeit, 47. Jg., Heft 10, September.
- MAIER-RIGAUD, F. / MAIER-RIGAUD, G. (2001): Das neoliberale Projekt, in: F. Maier-Rigaud/G. Maier-Rigaud (Hrsg.): Alexander Rüstow, Das Versagen des Wirtschaftsliberalismus, Marburg.
- OBERENDER, P. / FLEISCHMANN, J. (2002): Gesundheitspolitik in der Sozialen Marktwirtschaft. Analyse der Schwachstellen und Perspektiven einer Reform, Stuttgart.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG (2000), Jahresgutachten 2000/01, BT-Drucksache 14/4792, 29.11.2000, Berlin.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG (2001), Jahresgutachten 2001/02, BT-Drucksache 14/7569, 21.11.2001, Berlin.
- SOZIALDEMOKRATISCHE PARTEI DEUTSCHLANDS / BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (1998): Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und Bündnis 90/Die GRÜNEN, Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert, Bonn.