

Soziale **EXTRA** Sicherheit



sozialesicherheit.de

SONDERAUSGABE JANUAR 2018
ISSN 0490-1630

ZEITSCHRIFT FÜR ARBEIT UND SOZIALES

FIFTY
FIFTY

**GESUNDHEITSKOSTEN
GERECHT VERTEILEN!**



Gesetzliche Krankenversicherung

Wege zur Parität

GUTACHTEN Umsetzung der paritätischen Finanzierung in der GKV
GKV-BEITRÄGE Die Parität gehört auf die politische Tagesordnung
PLÄDOYER Für ein erneuertes Modell der paritätischen Finanzierung



IG Metall

Die Parität gehört auf die politische Tagesordnung!

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung wurde für das Jahr 2018 um 0,1 Beitragssatzpunkte auf 1,0 Prozent abgesenkt. Trotz divergierender Auffassungen im GKV-Schätzerkreis hinsichtlich der Bewertung der Ausgabenentwicklungen im vergangenen und in diesem Jahr hat sich Gesundheitsminister Gröhe für diese Absenkung entschieden.

Gute Aussichten für die Versicherten? Auf den ersten Blick vielleicht. Doch schon der zweite Blick lässt deutlich werden, dass es sich bei dieser Beitragssatzsenkung um ein Geschenk mit Tücken handelt. Längst nicht für alle Versicherten wird der Zusatzbeitrag sinken. Letztlich muss jede der gegenwärtig 110 Kassen die Entscheidung über die Höhe des Zusatzbeitrags auf Grundlage ihrer Ausgaben- und Einnahmesituation treffen. Bereits 2017 erhoben rund 28 Prozent der Kassen einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag; das wird sich auch 2018 nicht ändern. Zudem werden einige Kassen voraussichtlich trotz des sinkenden durchschnittlichen Zusatzbeitrags ihren kassenindividuellen Zusatzbeitrag erhöhen müssen. Und selbst in den Kassen, die ihren Zusatzbeitrag auf 1,0 Prozent absenken, kann aus Sicht der Versicherten von einer gerechten Finanzierung nicht die Rede sein. Für sie bleibt es bei der Benachteiligung gegenüber den Arbeitgebern. Je nach Einkommen kann sich die zusätzliche Belastung in 2018 auf bis zu 531 Euro jährlich belaufen.

Es überrascht nicht, dass diese ungleiche und ungerechte Verteilung der Finanzlasten bei den Betroffenen wenig populär ist. Das zeigen diverse Befragungen. Auch die Beschäftigtenbefragung der IG Metall bestätigt dies. Von den etwa 680.000 befragten Beschäftigten aus den Organisationsbereichen der IG Metall plädierten nahezu 95 Prozent für die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Botschaft könnte nicht klarer sein: Die Versicherten erwarten eine Kurskorrektur in der Gesundheitspolitik und eine solidarische Erneuerung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen!

Das gilt umso mehr, als die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung am Ende des Jahres 2017 nicht ohne Weiteres in die Zukunft verlängert werden kann. Mittelfristig werden die Alterung der Gesellschaft und medizinisch-technische Innovationen die Gesundheitsausgaben steigen lassen. Die Tendenz zu wachsenden Zusatzbeiträgen wird sich fortsetzen. Die vorübergehende Entlastung ist also kein Argument, auf die Korrektur eines strukturellen Defizits in der Finanzarchitektur der gesetzlichen Krankenversicherung zu verzichten. Im Gegenteil: Die Erneuerung der Parität gehört auf die politische Tagesordnung! Das ist nicht nur ein Gebot der Verteilungsgerechtigkeit, sondern auch ein Erfordernis der ökonomischen Effizienz. Denn die Beitragsparität würde dazu beitragen, das Interesse der Arbeitgeber an einer wirksamen Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder zu stärken.

Wie die neue Bundesregierung in der laufenden Legislaturperiode mit dem skizzierten Reformbedarf umgehen wird, ist offen. Dass die einseitige Zusatzbelastung der Versicherten Gegenstand verschiedener Sondierungsgespräche zur Regierungsbildung geworden ist, dürfte nicht zuletzt der Mobilisierung der Gewerkschaften gegen das ungerechte, ineffiziente und bei den Betroffenen unpopuläre Finanzierungsmodell geschuldet sein. In einem wohl verstandenen Eigeninteresse täten die zukünftigen Regierungsparteien gut daran, sich einer Solidarreform der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu verschließen. Die Ergebnisse der Bundestagswahl 2017 und vor allem das Erstarken des Rechtspopulismus auch in Deutschland lassen die tiefe Kluft deutlich werden, die zwischen den politischen Entscheidungseliten und einem wachsenden Anteil der Bevölkerung klafft. Diese Kluft zu beseitigen muss Ziel jeglicher Regierungspolitik sein. Mehr Solidarität in der Sozialstaatsfinanzierung könnte einen Beitrag dazu leisten.

Vieles spricht also für die Wiederherstellung der Parität. Doch die Realisierung einer solidarischen und effizienten Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist handwerklich nicht trivial. Mehrere Modelle sind denkbar. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer versorgungs-, verteilungs- und ordnungspolitischen Wirkungen. Die IG Metall hat daher den Fuldaer Gesundheitsökonom Professor Stefan Greß und den Bielefelder Gesundheits- und Politikwissenschaftler Professor Thomas Gerlinger gebeten, mögliche Umsetzungsmodelle zu skizzieren und zu bewerten. Wir dokumentieren das im Auftrag der Abteilung Sozialpolitik beim Vorstand der IG Metall erstellte Gutachten in dieser Sonderausgabe der Sozialen Sicherheit. Damit ist die Hoffnung verbunden, die gesundheitswissenschaftliche Fachdebatte zu befördern und zugleich den politischen Entscheidern gangbare Wege zur Realisierung einer besseren Finanzierung der Gesundheitsversorgung aufzuzeigen. Der Übergang zu einem neuen Modell der paritätischen Finanzierung stellt die zentrale gesundheitspolitische Herausforderung der kommenden Legislaturperiode dar. ■



Dr. Hans-Jürgen Urban
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der IG Metall

Inhalt

3	HANS-JÜRGEN URBAN Die Parität gehört auf die politische Tagesordnung!	
5	HANS-JÜRGEN URBAN/CHRISTOPH EHLSCHIED Für ein erneuertes Modell der paritätischen Finanzierung des Gesundheitssystems Ein Pädoyer mit sechs Argumenten	
10	THOMAS GERLINGER/STEFAN GREß Umsetzung der paritätischen Finanzierung in der GKV Gutachterliche Stellungnahme für den Funktionsbereich Sozialpolitik beim Vorstand der IG Metall	
	1. Einleitung	10
	2. Hintergrund	10
	3. Modelle zur Umsetzung der paritätischen Finanzierung	12
	3.1 Modell A1: Paritätischer Zusatzbeitrag	13
	3.2 Modell A2: Paritätischer durchschnittlicher Zusatzbeitrag	13
	3.3 Modell B: Volle Beitragsautonomie	13
	3.4 Modell C: Allgemeiner einheitlicher paritätischer Beitragssatz mit niedrigem Zusatzbeitrag	14
	4. Bewertung der Modelle	14
	4.1 Verteilungswirkung	14
	4.2 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenkassen	16
	4.3 Auswirkungen auf den Preiswettbewerb der Krankenkassen	16
	4.4 Auswirkungen auf die Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung	17
	4.5 Umsetzungschancen	18
	5. Zusammenfassende Bewertung	19
	6. Begleitempfehlungen	19
	7. Fazit	20
	Literatur	21
	Tabellen und Abbildungen	
	Abbildung 1: Varianten der Ausgestaltung einer paritätischen Finanzierung	13
	Abbildung 2: Entwicklung BIP, Ausgaben und beitragspflichtige Einnahmen GKV 2000 bis 2016	15
	Tabelle 1: Anteil Mitglieder und Krankenkassen nach Höhe des Zusatzbeitragssatzes	15
	Tabelle 2: Gesamtbelastung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern mit GKV-Beiträgen	15
	Impressum	21

Für ein erneuertes Modell der paritätischen Finanzierung des Gesundheitssystems

Ein Plädoyer mit sechs Argumenten

Von Hans-Jürgen Urban und Christoph Ehlscheid

Jahrzehntelang gehörte die paritätische Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu den stabilen und gesellschaftlich akzeptierten Eckpfeilern einer sozialstaatlich ausgestalteten Gesundheitsversorgung. 2005 wurde die paritätische Finanzierung zu Lasten der Versicherten durchbrochen. Der nachfolgende Beitrag beleuchtet thesenartig die wesentlichen Kritikpunkte an einem bedeutenden Eckpfeiler der Finanzarchitektur des Gesundheitssystems und plädiert mit sechs Argumenten für eine Rückkehr zur paritätischen Beitragsfinanzierung.

Mit der Frage nach der paritätischen Beitragssatzgestaltung ist zweifelsohne nur ein Teilaspekt der Finanzierung des Gesundheitssystems angesprochen. Kassenübergreifender Finanzausgleich (Morbi-RSA), Höhe des Bundeszuschusses, Mehrbelastungen der Kranken durch Zu- und Aufzahlungen, versicherter Personenkreis (GKV, PKV) und Höhe des verbeitragten Einkommens (Beitragsbemessungsgrenze) – all das sind weitere und sicherlich auch bedeutende Teilelemente der Finanzarchitektur des Gesundheitssystems, die hinsichtlich ihrer Verteilungswirkung, ihrer Ergiebigkeit oder ihrer ordnungs-, wettbewerbs- und versorgungspolitischen Effekte zu Recht auf dem Prüfstand stehen.

Doch keine der genannten Fragen berührt derart die Gemüter und prägt in ähnlicher Weise die gesellschaftlichen und politischen Diskurse, die sich mit der Finanzierung des Gesundheitssystems beschäftigen, wie die Parität. Die Ursachen dafür sind sicherlich sowohl in der eindeutigen und für alle klar erkennbaren verteilungspolitischen Wirkung und wohl auch in der Sozialgeschichte zu suchen.

Die paritätische Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung gehörte in der bundesdeutschen Sozialgeschichte jahrzehntelang zu den stabilen und gesellschaftlich akzeptierten Eckpfeilern einer sozialstaatlich ausgestalteten Gesundheitsversorgung. Das Prinzip der Parität hatte in der Krankenversicherung Bestand – bis zur Einführung eines alleine von den Mitgliedern zu tragenden Sonderbeitrages im Jahre 2005 durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)¹ in Verbindung mit dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz².

Mehr als ein Jahrzehnt später und mehrere Gesundheitsreformen weiter steht die Debatte um die Parität³, respektive die gestörte Parität, nach wie vor auf der gesundheits- und gesellschaftspolitischen Tagesordnung. Die seit 2011 geltende Festschreibung des Arbeitgeberanteils und die einseitige Belastung der Versicherten durch kassenindividuelle Zusatzbeiträge⁴ haben heftige sozialpolitische Kontroversen ausgelöst. Die Kritiker der einseitigen Belastung der Versicherten halten den Befürwortern verteilungs-, ordnungs-, versorgungs- und gesellschaftspolitische Argumente entgegen.

Im Folgenden werden die wesentlichen Kritikpunkte an einem bedeutenden Eckpfeiler der Finanzarchitektur des Gesundheitssystems thesenartig beleuchtet und mit sechs Argumenten wird für eine Rückkehr zur paritätischen Beitragsfinanzierung plädiert:

1. Verteilungspolitische Schieflage korrigieren

Kassenindividuelle Zusatzbeiträge für Versicherte stellen hinsichtlich ihres verteilungspolitischen Effektes eine Umverteilung von Einkommen aus unselbstständiger hin zu Einkommen aus selbstständiger Arbeit respektive Gewinneinkommen dar. Einseitige Zusatzbeiträge belasten nur die Versicherten und entlasten die Arbeitgeber von der Finanzierung des medizinischen Fortschritts und den Kosten einer solidarischen Gesundheitsversorgung. Eine auf Verteilungsgerechtigkeit zielende sozialstaatliche Politik muss auf die Wiederherstellung der Parität zwischen Kapital und Arbeit bestehen.

Der allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung ist bei 14,6 Prozent festgeschrieben und wird von Arbeitgebern und Beschäftigten hälftig getragen. Sind die Mittel, die den Kassen aus dem Gesundheitsfonds zufließen,

- 1 vgl. dazu Hans Nakielski: Gesundheitsreform: Die wichtigsten Änderungen von A bis Z. Die finanziellen Auswirkungen, in: SozSich 8–9/2003, S. 302–308 (304)
- 2 vgl. dazu Herbert Weisbrod-Frey: Zahnpauschale vom Tisch. Versicherte müssen aber 0,9 Beitragssatzpunkte mehr zahlen, in: SozSich 10/2004, S. 356–358
- 3 zur Geschichte des Zusatzbeitrags und zu den GKV-Beitragssätzen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber seit 2004 vgl. Hans Nakielski: GKV-Finanzierung: Einnahmen und Ausgaben driften auseinander. Rückkehr zur paritätischen Finanzierung gefordert, in: SozSich 2/2016, S. 49 ff.; Knut Lambertin: Disparität bei der Finanzierung von Gesundheits- und Pflegekosten. Die wachsenden Belastungen der abhängig Beschäftigten, in: SozSich 10–11/2016, S. 389 ff.
- 4 Seit 2009 konnten Kassen Zusatzbeiträge für Versicherte in begrenzter Höhe einführen. 2011 wurde die Begrenzung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge aufgehoben. 2015 wurde durch eine Neuregelung durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) die Einführung von einkommensabhängigen kassenindividuellen Zusatzbeiträgen in unbegrenzter Höhe möglich (vgl. dazu Hans Nakielski: Ab 2015 gibt's wohl bei allen Krankenkassen Zusatzbeiträge. Gefährliches Wettrennen der Kassen um den günstigsten Satz, in: SozSich 11/2014, S. 406–409).



- 5 Nur bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) – also im Sondersystem für landwirtschaftliche Betriebe – wird kein Zusatzbeitrag erhoben.
- 6 vgl. Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) vom 27.10.2016 (»Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung bleibt 2017 mit 1,1 Prozent stabil«)
- 7 vgl. dazu auch Knut Lambertin, a. a. O., S. 392 ff.
- 8 vgl. zu grundlegenden Fragen der Gesamtfinanzierung des Gesundheitssystems Thomas Gerlinger/Wolfram Burkhardt: Gesundheitswesen im Überblick, Bundeszentrale für politische Bildung, unter: www.bpb.de → Politik → Innenpolitik Gesundheitspolitik (letzter Zugriff: 12. 12. 2017).
- 9 vgl. dazu auch »Der Bundeszuschuss müsste bei mindestens 30 Milliarden Euro liegen«, Gesundheitsökonom Stefan Greß zur GKV-Finanzierung und zum Streit um Beitragsparität, in SozSich 10–11/2016, S. 396 f.
- 10 Die Prognosen zur weiteren Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben im GKV-System haben sich in den vergangenen Jahren als höchst unsicher erwiesen. Sicher ist aber, dass der Finanzierungsdruck im System bleibt und die »Tendenz zu steigenden Zusatzbeiträgen ebenso«; vgl. dazu Statement der Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbands, Doris Pfeiffer, vom 2. 1. 2017, unter: www.gkv-spitzenverband.de → Über uns → Presse → Statement v. 2. 1. 2017 (»Druck auf die Kassenfinanzen bleibt«)
- 11 vgl. Thomas Gerlinger/Stefan Greß: Umsetzung der paritätischen Finanzierung in der GKV, S. 14 in diesem Heft
- 12 Wie groß die Effekte der Alterung auf die Einnahmen und Ausgabenstruktur sein werden, ist wissenschaftlich umstritten. Sicher ist aber, dass eine längere Lebenserwartung und Alterung der geburtenstarken Jahrgänge dazu führt, dass künftig die Kohorten im höheren Alter stärker besetzt sein werden. Das führt dazu, dass die Anzahl der Versicherten, die sich in den Lebensaltern befinden, die im Durchschnitt mit höheren Krankheitskosten belastet sind, zunimmt. Vgl. grundlegend zu den unterschiedlichen wissenschaftlichen Ansätzen Silke Mardorf/Karin Böhm: Bedeutung der demografischen Alterung für das Ausgabengeschehen im Gesundheitswesen, in: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter, Statistisches Bundesamt/Deutsches Zentrum für Altersfragen/Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin 2009, S. 247 ff.

nicht ausreichend, können sie kassenindividuelle Zusatzbeiträge erheben. Diese sind gleichwohl allein von den Versicherten zu tragen. Durch diesen Finanzierungsmodus ist sichergestellt, dass die Unternehmen nur bis zur Grenze von 7,3 Prozent an der Finanzierung beteiligt werden. Aktuelle darüber hinaus gehende Kosten und künftige zu erwartende weitere Kostensteigerungen sind ausschließlich durch die Versicherten zu tragen.

Inzwischen erheben alle gesetzlichen Kassen einen Zusatzbeitrag⁵, die Spannweite lag Ende 2017 zwischen 0,3 und 1,8 Prozent. Im Jahr 2018 wird der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz bei 1,0 Prozent liegen. Die materielle Belastung kann bei Kassen mit einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 1,0 Prozent je nach Einkommen bis zu 531 Euro jährlich betragen; bei Kassen mit dem höchsten Beitragssatz beläuft sich die jährliche Belastung einkommensabhängig auf bis zu 955 Euro. Dem steht eine Entlastung der Arbeitgeber je versichertem Beschäftigten in Höhe von bis zu 265 Euro respektive 477 Euro entgegen.

Bezogen auf die gesamte gesetzliche Krankenversicherung belief sich die Summe der entrichteten Zusatzbeiträge 2016 auf rund 14 Milliarden Euro⁶; die Mehrbelastung der Versichertengemeinschaft lag im Vergleich zu einer paritätischen Finanzierung folglich bei 7 Milliarden Euro. Hinzu kommt, dass die Versicherten auch noch durch unterschiedliche Formen der Zuzahlungen zusätzlich belastet werden.⁷ Insgesamt muss man davon ausgehen, dass die Verteilung zwischen Kapital und Arbeit bei der Finanzierung des Gesundheitssystems eine Schieflage erreicht hat, die eher in Richtung 60:40 zu Lasten der Beschäftigten geht.⁸

Zwar haben die gute Konjunktur und die hohe Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten für eine gute Einnahmesituation bei den gesetzlichen Krankenkassen gesorgt und einen weiteren Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitrags in 2017 und 2018 verhindert. Dämpfende Wirkung auf die Entwicklung des Zusatzbeitrages hatte in 2017 zudem eine einmalige Sonderzuweisung aus dem Gesundheitsfonds von 1,5 Milliarden Euro.⁹ Doch in einer mittelfristigen Perspektive erwarten Krankenkassen und Gesundheitsökonominnen einen weiteren deutlichen Anstieg der Zusatzbeiträge.¹⁰

Dafür spricht einerseits die bisherige Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben: Seit dem Jahr 2000 sind die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bis 2016 um 25 Prozent gestiegen, die Ausgaben dagegen um rund 67 Prozent.¹¹ Es spricht viel dafür, dass sich dieser Trend in Zukunft weiter fortsetzen wird. Hinzu kommt, dass die Effekte der Alterung der Gesellschaft steigende Ausgaben im Gesundheitssektor nach sich ziehen können.¹² Für die kommenden Jahre muss folglich von einem Szenario steigender Kosten, steigender Zusatzbeiträge und einer wachsenden verteilungspolitischen Schieflage zu Lasten der Versicherten ausgegangen werden.

2. Falsche Anreize und Risiken für eine gute Versorgung beseitigen

Der Zusatzbeitrag setzt ordnungspolitisch falsche Anreize. Er forciert den Kostenwettbewerb um wettbewerbsförderliche Beiträge. Unter diesen Bedingungen wächst die Neigung der Kassen zur Risikoselektion mit dem Ziel, junge und gesunde Versicherte als »gute Risiken« an die Kasse zu binden. Wettbewerbliche Beitragssätze werden damit zu zentralen Zielgrößen. Im Interesse einer guten Versorgungsqualität und mehr Versichertennähe kann auf eine paritätische Finanzierung und eine Dämpfung des Preiswettbewerbs nicht verzichtet werden.

Mit der Konstruktion des Zusatzbeitrages sind nicht nur verteilungspolitische Aspekte verbunden. Erklärtermaßen waren für den Gesetzgeber auch ordnungspolitische Überlegungen und die Förderung einer wettbewerbslichen Anreizkulisse von Bedeutung. Im Gesetzentwurf zum GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) heißt es dazu: Für eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung sei es notwendig, dass Zusatzbeiträge von den Krankenkassen erhoben würden, »um eine bessere Ausgewogenheit zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb zu erreichen«.¹³ Letztlich sollen – so die Überlegung des Gesetzgebers – Zusatzbeiträge »ein wichtiges Preissignal im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander« aussenden, damit der »Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt gestärkt«¹⁴ werde.

Auch wenn Erfahrungen mit dem Zusatzbeitrag in der gegenwärtigen Form erst seit 2015 gesammelt werden und die Auswirkungen des neuen Instruments auf den Preiswettbewerb genauer untersucht werden müssen, ist davon auszugehen, dass sich die vom Gesetzgeber beabsichtigte ordnungs- und wettbewerbspolitische Wirkung des Zusatzbeitrages als »wichtiges Preissignal« tatsächlich entfaltet. Dafür sprechen auch die Erfahrungen mit den pauschal erhobenen Zusatzbeiträgen der Vergangenheit. Nach allen bisherigen Erkenntnissen ist die Bereitschaft zum Kassenwechsel gerade bei jungen und höherqualifizierten Beschäftigten, die weniger auf die Versorgungsqualität und mehr auf die Preisgestaltung achten, ausgeprägt. Demgegenüber zeigen ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte wenig Neigung zum Kassenwechsel. Und das selbst, wenn man unterstellt, dass Versicherte mit relativ steigenden einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen nicht im gleichen Ausmaß mit Abwanderung reagieren, wie dies in der Vergangenheit mit einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen der Fall gewesen war.

Unter diesen Bedingungen muss davon ausgegangen werden, dass der Wettbewerb unter den Kassen vor allem in Form des Beitragswettbewerbs ausgetragen wird und junge, gesunde Versicherte im Fokus der Bemühungen stehen. Und unter der Annahme, dass diese auch nach den morbiditätsadjustierten Gesundheitsfonds-Zuweisungen noch »gute Risiken« sind, werden die Anreize zur Risiko-

»Der Zusatzbeitrag setzt ordnungspolitisch falsche Anreize.«

selektion weiter verschärft. Insgesamt muss man davon ausgehen, dass durch eine derart auf Kosten- und Preiswettbewerb ausgerichtete Anreizkulisse bedeutende gesundheitspolitische Ziele – wie die Förderung von Präventionsprogrammen oder die Sicherung einer medizinisch hochwertigen Versorgung – in den Hintergrund gedrängt werden.

3. Wettbewerbs- und beschäftigungspolitische Argumente überzeugen nicht

Die von Arbeitgeberverbänden und Wirtschaftslobbyisten bisweilen vorgetragene Argumentation, die Wiedereinführung der Parität treibe die Kosten für die Unternehmen hoch, schade damit der Wettbewerbsfähigkeit und gefährde Arbeitsplätze, kann nicht überzeugen.

Die Befürworter einer Entlastung der Unternehmen von den steigenden Gesundheitsausgaben führen vor allem auch Wettbewerbs- und Beschäftigungsargumente an. Ganz in diesem Sinne warnt denn auch die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) beständig vor einer Rückkehr zur paritätischen Beitragsfinanzierung und erhält dabei Flankenschutz durch Gutachten und Stellungnahmen, die nach Belegen für die beschäftigungsgefährdenden Wirkungen höherer Arbeitgeberbeiträge suchen.¹⁵

Diese Begründung für die Notwendigkeit einer Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge (Lohnzusatzkosten) vermag wenig zu überzeugen: Entscheidend ist nicht die absolute Höhe der Arbeitskosten, sondern die Veränderung der Lohnstückkosten. In diese fließen auch Produktivitätssteigerungen ein, die für die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen ausschlaggebend sind.¹⁶ Dass die deutsche Exportindustrie in den letzten Jahren an zu wenig Wettbewerbsfähigkeit gelitten hätte, belegen nun die Daten gerade nicht. Von einer Überforderung der deutschen Wirtschaft durch die Kosten einer wiederhergestellten paritätischen Finanzierung kann jedenfalls nicht die Rede sein.¹⁷

Gleichwohl sind die Effekte steigender Gesundheitskosten weder ökonomisch noch sozial irrelevant. Aber statt auf eine asymmetrische Lastenverteilung zu setzen und die Arbeitgeber von zukünftigen Kostensteigerungen

¹³ Deutscher Bundestag, BT-Drs. 18/1307 v. 5. 5. 2014, S. 1

¹⁴ ebenda, S. 3

¹⁵ vgl. BDA: Festschreibung des Arbeitgeberanteils in der Krankenversicherung beibehalten; BDA-Position vom Oktober 2017, unter: www.arbeitgeber.de → Inhalte → Soziale Sicherung → Krankenversicherung → Weiterführende Informationen; Martin Beznoska/Galina Kolev/Jochen Pimpertz: Makroökonomische Effekte einer paritätischen Beitragsfinanzierung. Eine Analyse aktueller Reformvorschläge für die Gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung, in: IW policy paper 15/2017

¹⁶ vgl. auch Gerhard Bäcker: Klagen der Arbeitgeber und ihre Wirkung: Die Lohnnebenkosten sind gegenüber 2004 gesunken, in: SozSich 4/2015, S. 163–166 (166)

¹⁷ Zur Debatte um die so genannten Lohnnebenkosten vgl. Hartmut Reiners: Privat oder Kasse? Politische Ökonomie des Gesundheitswesens, Hamburg 2017, S. 38 ff.

vorschnell zu entlasten und die Versicherten einseitig zu belasten, sollte nach Wegen für einen wirtschaftlich effizienten Mitteleinsatz zur Sicherung der notwendigen medizinischen Versorgung gesucht werden. Sollte die Aktivierung von Effizienzpotenzialen¹⁸ gelingen, wäre dies sicherlich sowohl für Arbeitgeber als auch für Versicherte eine »Win-Win-Konstellation«. Zugleich gilt es, den überzogenen Einkommenserwartungen der Leistungsanbieter – etwa durch eine wirksame Kostenbremse bei Arzneimitteln – Grenzen zu setzen.¹⁹

4. Den Kostentreiber »gestörte Parität« nicht vergessen

Die gestörte Parität ist ein vergessener Kostentreiber im Gesundheitssystem: Mit dem Abschied von der paritätischen Finanzierung des Gesundheitssystems und dem »Einfrieren« der Arbeitgeberbeiträge hat die Arbeitgeberseite das wirtschaftliche Interesse an einer umsichtigen Ausgabenpolitik im Gesundheitssystem verloren. Eine solche Anreizkulisse ist ökonomisch unvernünftig.

In den gesundheitsökonomischen Diskursen und den politischen Debatten um die paritätische Finanzierung der Gesundheitskosten wird bisweilen vorgetragen, dass die Wiederherstellung der hälftigen Teilung der Kosten zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern keine reale Entlastung für die Versicherten bringe. Schließlich müssten die Arbeitnehmer mit ihrer Arbeit immer die gesamten Lohnkosten erwirtschaften, Arbeitgeberbeiträge zu den Sozialversicherungen inklusive. Mit der Verschiebung der Anteile sei daher dauerhaft nichts gewonnen. Und mehr noch: Wer sich auf die Verschiebung der Anteile kapriziere, verliere den Blick für die echten Entlastungen, die nur in nachhaltiger Kostensenkung bestehen könnten.

Das Gegenteil ist richtig: Der eingefrorene Arbeitgeberbeitrag leistet den Bemühungen um Kostendämpfung in der Gesundheitsversorgung einen Bärendienst. Denn er schafft eine Interessen- und Anreizstruktur, die ihrerseits als Kostentreiber wirken muss. So zahlen Versicherte durch den einseitigen Zusatzbeitragssatz alleine für kos-

treibende Innovationen und Strukturdefizite. Anders die Arbeitgeber: Mit der Freistellung vom Kostenzuwachs erlahmt gleichsam automatisch ihr Interesse an der Kostendämpfung. Mehr noch: Wachsende Ausgaben für stationäre, ambulante und medikamentöse Versorgung bedeuten für die Leistungsanbieter unter ihnen (Arbeitgeber) expandierende Märkte und damit zusätzliche Umsatz- und Gewinnchancen.

Mit der Entlastung der Arbeitgeber von künftigen Kostensteigerungen hat die Arbeitgeberseite das wirtschaftliche Interesse an einer umsichtigen Ausgabenpolitik im Gesundheitssystem weitgehend verloren. Während die Versicherten für überzogene Gewinninteressen von Pharmaindustrie, Apotheken, Ärzten und Krankenhauskonzernen durch Einkommens- und Konsumverzicht geradestehen müssen, können sich die Arbeitgebervertreter zurücklehnen.

Dass die Arbeitgeber jegliches Interesse an einer moderaten Beitragssatzentwicklung verloren haben, zeigt auch die Verabschiedung mehrerer Leistungsgesetze. Die Ausgabensteigerungen, die durch Gesetze mit teilweise fragwürdigen versorgungspolitischen Wirkungen befördert wurden, wären unter den Bedingungen einer paritätischen Finanzierung zweifelsohne auf stärkeren politischen Widerstand der Arbeitgeber getroffen. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes führen alleine das Versorgungsstrukturgesetz, das Präventionsgesetz und das

Krankenhausstrukturgesetz in den Jahren 2016 bis 2019 zu Mehrausgaben von rund 10 Mrd. Euro.²⁰

All das zeigt: Eine finanzielle Anreizkulisse, die auf den Bedingungen der gestör-

»Mit dem »Einfrieren« der Arbeitgeberbeiträge hat die Arbeitgeberseite das wirtschaftliche Interesse an einer umsichtigen Ausgabenpolitik im Gesundheitssystem verloren.«

ten Parität basiert, ist weder sozial gerecht noch ökonomisch rational. Sie verlangt nach einer Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Gesundheitskosten. Schon, um wieder ein gemeinsames Interesse an einer hinreichenden, aber nicht verschwenderischen Finanzausstattung der Kassen und einer effizienten Mittelverwendung zu schaffen.

5. Das Prinzip der Parität rehabilitieren

Das Prinzip der Parität zu rehabilitieren hieße, den ursprünglichen Sozialstaatskompromiss der gleichgewichtigen Teilhabe von Kapital und Arbeit an der Finanzierung der sozialen Ausgestaltung der Gesellschaft wiederherzustellen. Ein gesellschaftlicher Zusatznutzen, dessen Wert in Zeiten wachsender sozialer Verunsicherung und steigender Politikverdrossenheit nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Mit dem Grundsatz der Parität ist der Kern jenes gesellschaftsprägenden Sozialkompromisses beschrieben, in dem seit Gründung der Bundesrepublik das Verhältnis von Kapital und Arbeit im deutschen Sozialstaats-Korporatismus austariert wurde. Danach sollten sich Kapital und Arbeit in Betrieb und Gesellschaft auf »Augenhöhe« begegnen. Beide akzeptierten ihre sozialökonomischen Basisinteressen und der Staat verpflichtete sich in den

18 Dass im deutschen Gesundheitssystem erhebliche Potenziale für Effizienzsteigerungen zu heben wären, zeigt der internationale Vergleich. Nach einer OECD-Studie hat Deutschland vergleichsweise hohe Gesundheitsausgaben bei gleichzeitig nur durchschnittlichen medizinischen Ergebnissen (vgl. dazu OECD: Health at a Glance 2017, Paris 2017).

19 Verwiesen sei in diesem Kontext auf das Verfahren nach dem Arzneimittel-Neuordnungsgesetz (AMNOG) aus dem Jahr 2011, nach dem der GKV-Spitzenverband mit den Arzneimittelherstellern über Erstattungsbeträge für neue Medikamente verhandelt (s. dazu Hans Nakielski: Was sich 2011 ändert(e), in: SozSich 1/2011, S. 33 f.) Dass sich das Verfahren grundsätzlich bewährt hat, wird auch an den Zahlen deutlich: Von 2012 bis 2016 konnten nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes insgesamt rund 2,9 Mrd. Euro durch Erstattungsbeträge eingespart werden (vgl. www.gkv-spitzenverband.de → Krankenversicherung → Arzneimittel → AMNOG-Verhandlungen → FAQ AMNOG).

20 vgl. GKV-Spitzenverband: Qualität – verbessern, sichern, veröffentlichen. Geschäftsbericht 2014, Berlin 2015, Abb. 1, S. 12

gesellschaftspolitischen Kernfragen zu einer Politik des Interessenausgleichs. Das Prinzip der Parität war also nicht nur eine Finanzierungstechnik. Es trug auch die gesellschaftliche Vereinbarung in sich, dass sich Kapital und Arbeit gleichgewichtig an der Finanzierung der sozialen Ausgestaltung der Gesellschaft beteiligen. In diesem Sinne wurde das Prinzip der Parität in der Sozialstaatsdebatte auch treffend als »gesellschaftliche Friedensformel« (Gerhard Lehmruch) beschrieben.

Aber in der Sozialgeschichte der Bundesrepublik hat man sich seit den 1990er Jahren konzeptionell und in der politischen Praxis vom Prinzip der Parität und dem damit verbundenen Gesellschaftsentwurf verabschiedet. Teilweise ersetzt wurde es durch das Prinzip der »Eigenfinanzierung des Sozialstaates« durch die abhängig Beschäftigten. Dieses stand Pate

bei den verschiedenen Gesundheitsreformen und auch bei einer Serie von Rentenreformen. Ob Ausgliederungen

»Die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung ist Voraussetzung für eine nachhaltige und sozial gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems.«

von Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, Zuzahlungen für Arzneimittel oder einschneidende Programme zur Privatisierung und Kapitalisierung der Alterssicherung: Sie alle brachen mit dem Prinzip der Parität. Dass damit ein eklatanter Umverteilungsmechanismus aktiviert und der ursprüngliche Sozialstaatskompromiss des Modells Deutschland aufgekündigt wurde, verletzt das Gerechtigkeitsempfinden der Bürgerinnen und Bürger zutiefst.

Es braucht nicht viel Phantasie, um im enttäuschten Gerechtigkeitsinn auch eine Quelle für wachsende Unzufriedenheit und Politikverdrossenheit zu sehen. Vieles spricht also für eine Rehabilitierung der Politik der Parität: In der gesetzlichen Krankenversicherung liefe eine Sozialreform, die dem Paritäts-Prinzip verpflichtet ist, darauf hinaus, die Zusatzbeiträge in der heutigen Form abzuschaffen und die hälftige Finanzierung durch Arbeitgeber und Beschäftigte wieder einzuführen.

6. Parität ist nicht alles

Die gestörte Parität ist zwar ein bedeutender, aber sicherlich nicht der einzige Konstruktionsfehler im Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung ist Voraussetzung für eine nachhaltige und sozial gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems.

Eine Gerechtigkeitsprüfung in sozialstaatlicher Tradition kann sich hinsichtlich der Finanzierungsgerechtigkeit nicht ausschließlich auf die paritätische Finanzierung der Beitragssätze beschränken. Wichtige Teilaspekte sind auch

- die wettbewerbs-, versorgungs- und verteilungspolitischen Effekte des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs,
- die degressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze,

- das Verhältnis von Beitragsmitteln und steuerfinanzierten Anteilen (Höhe und Regelungen zur Festsetzung des Bundeszuschusses und der Beiträge von Hartz-IV-Bezieheren) oder
- die Mehrbelastungen der Kranken durch Zu- und Aufzahlungen.

Alles bedeutende Teilaspekte, die angesichts des hier gesetzten Rahmens nicht systematisch erörtert werden können. Alleine Aspekte des Risikostrukturausgleichs können Bände der gesundheitsökonomischen Literatur füllen.

Besondere Erwähnung soll an dieser Stelle nur ein weiterer Teilaspekt finden: Das Nebeneinander von privater (PKV) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) ist weder wirtschaftlich sinnvoll noch sozial gerecht. So gehen

Modellrechnungen davon aus, dass in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem, in dem sich das Geschäftsmodell der

privaten Versicherungswirtschaft auf Zusatzversicherungen beschränkt, »die Beitragssätze der GKV je nach Ausgestaltung der Beitragsbemessungsgrenze um ein bis drei Prozentpunkte gesenkt«²¹ werden könnten.

Hinzu kommt, dass mit der Einbeziehung aller Einkommensgruppen in das System der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und mit der teilweisen Verbeitragung von Einkommensbestandteilen, die heute oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, die Finanzierung nicht nur ökonomisch auf eine solide Basis gestellt würde. Das Finanzierungssystem wäre auch sozial gerechter. Denn bislang werden durch die degressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze vor allem untere und mittlere Einkommen belastet. Das alles spricht für eine nachhaltige und gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems durch die Einführung einer Bürgerversicherung. ■



Dr. Hans-Jürgen Urban,
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied
der IG Metall



Christoph Ehlscheid,
Bereichsleiter Sozialpolitik
beim Vorstand der IG Metall

²¹ Hartmut Reiners, a. a. O., S. 129.

Umsetzung der paritätischen Finanzierung in der GKV

Gutachterliche Stellungnahme für den Funktionsbereich Sozialpolitik beim Vorstand der IG Metall

Von Thomas Gerlinger und Stefan Greß

1. Einleitung

Die paritätische Finanzierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die in den Nachkriegsjahrzehnten zu einem festen Bestandteil der GKV geworden war, bezieht ihre Legitimation aus dem Motiv der Verteilungsgerechtigkeit und eines Interessenausgleichs zwischen Kapital und Arbeit. 2005 wurde dieses Gestaltungsprinzip durch die Einführung eines Sonderbeitrags für die Versicherten aufgehoben. Seither folgten im Zusammenhang mit dem Umbau der GKV-Finanzarchitektur (Gesundheitsfonds, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Zusatzbeitrag) weitere Veränderungen an der Ausgestaltung der Mehrbelastung von Versicherten.

Die paritätische Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge ist eine wichtige, gleichwohl nicht die einzige Komponente der Verteilungsgerechtigkeit in der GKV. Von großer Bedeutung sind darüber hinaus der Umfang des Leistungskatalogs, die Existenz und die Höhe von Zu- und Aufzahlungen, die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, die Einbeziehung von Einkünften jenseits der Einkommen aus abhängiger Arbeit sowie die Existenz und die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze. Auf diese Aspekte geht dieses Gutachten nicht näher ein. Wir beziehen uns ausschließlich auf die Frage nach der möglichen Ausgestaltung der Beitragsparität.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften haben die Abkehr von der Beitragsparität stets kritisiert und die Rückkehr zu diesem Finanzierungsprinzip gefordert. Allerdings existieren mehrere Optionen zur Ausgestaltung der Parität, die unterschiedliche Auswirkungen auf die Belastung von Versicherten(-gruppen) und Arbeitgebern sowie auf die Interessen von Krankenkassen und damit auf ihre Handlungsstrategien haben. Der Funktionsbereich Sozialpolitik beim Vorstand der IG Metall hat uns daher gebeten, die Auswirkungen der verschiedenen Optionen zu prüfen und zu bewerten. Dieser Bitte kommen wir mit dem vorliegenden Gutachten nach.

Zunächst gehen wir auf den Problemhintergrund der Abkehr von der paritätischen Beitragsfinanzierung ein. Der darauffolgende Abschnitt skizziert in knapper Form die diesem Gutachten zugrundeliegenden Modelle einer

Wiedereinführung der Parität. Anschließend erörtern wir die Auswirkungen der verschiedenen Modelle, um sie anschließend zusammenfassend zu bewerten. Der abschließende Abschnitt listet eine Reihe von Begleitempfehlungen auf, die bei einer Rückkehr zur paritätischen Finanzierung zu beachten sind. Ein kurzes Fazit fasst die Ergebnisse des Gutachtens zusammen.

2. Hintergrund

Die paritätische Finanzierung der Beiträge zur GKV war in den Nachkriegsjahren in den Westzonen und der späteren Bundesrepublik eingeführt worden. Damit war sie an die Stelle des seit den Gründerjahren der GKV praktizierten Finanzierungsmodells getreten, das den Versicherten in den meisten Krankenkassen zwei Drittel und den Arbeitgebern ein Drittel der Beiträge auferlegt hatte.¹ Die Einführung der paritätischen Finanzierung, so ein zentrales Anliegen dieser Neuausrichtung, sollte die Lasten zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern gerechter verteilen.

Zugleich ging die Bedeutung der Parität über ihre bloße Verteilungsfunktion hinaus: Sie nahm auch eine gesellschaftspolitische Dimension an, war sie doch Bestandteil eines in den Nachkriegsjahrzehnten angestrebten Interessenausgleichs zwischen Kapital und Arbeit, der etwa auch in der sozialen Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger oder in der Mitbestimmung zum Ausdruck kam.²

Der Politikwissenschaftler Gerhard Lehbruch charakterisierte die Funktion der Parität folgendermaßen: »Parität wurde [...] zur Ordnungsformel, [derer] sich nun der Staat für die institutionelle Befriedung der Arbeitsbeziehungen, für die sozialen Sicherungssysteme, für das Gesundheitssystem bedient[e].«³ Parität, so Lehbruch, wurde somit auch zu einer »sozialpolitische[n] Friedensformel«⁴ staatlichen Handelns, die viele Jahre Bestand haben sollte.

Auch wenn immer wieder Forderungen nach einer Reduzierung des Arbeitgeberanteils erhoben wurden, überdauerte die paritätische Finanzierung der GKV-Beiträge alle sozial- und gesundheitspolitischen Wandlungen der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und wurde so schließlich auch zu einem Traditionsmerkmal der gesetzlichen Krankenversicherung. Erst im Zuge des zu Anfang der 2000er-Jahre eingeleiteten sozialpolitischen Um- und Abbaus, der vor allem mit den so genannten Hartz-Reformen in Verbindung gebracht wird, vollzog der Gesetzgeber eine Abkehr von der Beitragsparität in der GKV-Finanzierung. Begründet wurde diese Neuorientierung mit dem Hinweis auf die vermeintlich notwendige Entlastung der Arbeitgeber von Sozialversiche-

1 vgl. Florian Tennstedt: Soziale Selbstverwaltung, Bd. 2: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bonn 1977

2 vgl. z. B. Hans Günter Hockerts: Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland, Stuttgart 1980

3 Gerhard Lehbruch (1996): Die korporative Verhandlungsdemokratie in Westmitteleuropa, in: ders.: Verhandlungsdemokratie. Beiträge zur vergleichenden Regierungslehre, Wiesbaden 2003, S. 171

4 ebenda, S. 172

rungsbeiträgen, um die Attraktivität des Wirtschaftsstandortes Deutschland zu erhöhen und die Wettbewerbsfähigkeit hier ansässiger Unternehmen zu verbessern.

Die GKV-Finanzierung war seither Gegenstand mehrerer Reformen, in deren Folge die Mehrbelastung der Versicherten unterschiedliche Formen und Größenordnungen annahm.⁵

Einführung eines Sonderbeitrags (2005–2014)

Das 2004 verabschiedete »Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz« schrieb – mit Wirkung vom 1. Juli 2005 an – fest, dass Versicherte einen Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozentpunkten zu tragen haben. Nur noch der verbleibende Beitragssatz wurde zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht. Der Sonderbeitrag sollte die Ausgaben der Krankenkassen für Zahnersatz (0,4 Prozentpunkte) und Krankengeld (0,5 Prozentpunkte) decken. Zwar verpflichtete der Gesetzgeber die Krankenkassen, ebenfalls zum 1. Juli 2005 den Beitragssatz um 0,9 Prozentpunkte zu senken, jedoch blieb insgesamt eine Mehrbelastung der Versicherten in Höhe von 0,45 Prozentpunkten.

Einführung eines Zusatzbeitrags (2009–2011)

Das 2007 verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz führte zum 1. Januar 2009 zusätzlich zum Sonderbeitrag einen ausschließlich von den Versicherten zu entrichtenden kassenindividuellen Zusatzbeitrag ein.⁶ Er wurde dann fällig, wenn die Finanzmittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht zur Ausgabendeckung reichen. Der Zusatzbeitrag durfte ein Prozent des individuellen Bruttoeinkommens nicht übersteigen, um die individuelle Belastung der Versicherten zu begrenzen. Er konnte entweder pauschal oder als Prozentsatz vom jeweiligen Bruttoeinkommen festgelegt werden. Die Gesamtsumme der von allen Krankenkassen erhobenen Beiträge wurde auf fünf Prozent der Einnahmen des Gesundheitsfonds begrenzt. Bis zur Erreichung dieses Schwellenwertes war der Arbeitgeberbeitragssatz de facto also gedeckelt.

Bei erstmaliger Erhebung oder bei Anhebung eines Zusatzbeitrags erhalten die betreffenden Versicherten ein Sonderkündigungsrecht, auf das die Kasse sie hinweisen muss, und sie können die Krankenkasse sofort – und nicht erst nach der Mindestbindungsfrist von 18 Monaten – wechseln. Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag war nicht nur ein Instrument der Umverteilung, sondern auch ein ordnungspolitisches Instrument: Er sollte als Wettbewerbsparameter für die Krankenkassen wirken und sie auf diese Weise veranlassen, die Ausgaben zu begrenzen, um die Erhebung eines Zusatzbeitrags zu vermeiden.

Einführung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags (2011–2014)

Das 2010 verabschiedete und 2011 in Kraft getretene GKV-Finanzierungsgesetz nahm eine Reihe von Veränderungen an der Konstruktion des Zusatzbeitrags vor:

- Erstens konnte die Gesamtsumme der Zusatzbeiträge nun in unbegrenzter Höhe steigen; die bisherige Grenze von fünf Prozent der Einnahmen entfiel.
- Zweitens wurde der Arbeitgeberbeitragssatz explizit bei 7,3 Prozent eingefroren.
- Drittens durfte der Zusatzbeitrag nur noch als Pauschalbetrag, nicht mehr als Prozentsatz vom Bruttoeinkommen erhoben werden. Damit verband sich die Erwartung, dass von einem absoluten Zusatzbeitrag ein eindeutigeres Preissignal ausgehen würde als von einem prozentualen Wert und ein so zugeschnittener Zusatzbeitrag somit wirksamer als bisher die ihm zugedachte Funktion als Wettbewerbsparameter würde wahrnehmen können.
- Viertens wurde ein steuerfinanzierter Zuschuss für Versicherte eingeführt, die als finanziell überfordert galten. Dieser Zuschuss sollte dann gewährt werden, wenn der durchschnittlich notwendige Zusatzbeitrag je GKV-Mitglied zwei Prozent des Bruttoeinkommens des betroffenen GKV-Mitglieds überstieg, unabhängig von der Höhe des tatsächlich erhobenen kassenindividuellen Zusatzbeitrags.

Mit diesen Bestimmungen erhielt der Zusatzbeitrag den Charakter einer kleinen Kopfpauschale, die – bei unveränderter Rechtslage – angesichts der mittel- und langfristigen sehr wahrscheinlich überproportional ansteigenden GKV-Ausgaben gegenüber den anderen Finanzierungskomponenten nach und nach an Bedeutung gewinnen würde. Das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags bürdete die Deckung der Kluft zwischen bruttolohnbezogenen Einnahmen und Ausgaben (siehe unten) ausschließlich den Versicherten auf. Der Pauschalcharakter des Zusatzbeitrags belastete Bezieher unterer und mittlerer Einkommen besonders stark.

Überführung des Sonderbeitrags in einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag (seit 2015)

Die Große Koalition nahm mit dem »Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung« (GKV-FQWG) eine erneute Reform der GKV-Finanzierung vor. Sie beschreibt die derzeitige Rechtslage. Mit Wirkung vom 1. Januar 2015 an wurde der bisherige Sonderbeitrag aufgehoben und der bundeseinheitliche Beitragssatz damit um 0,9 Prozentpunkte auf 14,6 Prozent reduziert, die seither zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Versicherten aufgebracht werden. Da das Gesetz am ausschließlich von den Versicherten aufzubringenden Zusatzbeitrag und an der Festschreibung des Arbeitgeberbeitragssatzes bei 7,3 Prozent festhielt, änderte die Reform nichts an der bisherigen Lastenverteilung zwischen Arbeitgebern und Versicherten: Der bisherige Sonderbeitrag wurde lediglich in den Zusatzbeitrag integriert.

5 vgl. Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. Aufl., Bern 2014

6 vgl. Holger Pressel: Der Gesundheitsfonds: Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen, Wiesbaden 2012

Von der Herstellung einer Beitragsparität ist die aktuell geltende Regelung genauso weit entfernt wie die zuvor von der konservativ-liberalen Koalition geschaffene Bestimmung. Der wichtigste Unterschied besteht darin, dass der Zusatzbeitrag seit 2015 nur noch einkommensabhängig und nicht mehr pauschal erhoben wird. Damit ist seitdem auch der steuerfinanzierte Zuschuss für Geringverdiener überflüssig.

Wirkungen

Die Abkehr von der Beitragsparität hat Auswirkungen auf unterschiedlichen Ebenen. Besonders hervorzuheben sind die Verteilungswirkungen. Zu Beginn des Jahres 2017 betrug der durchschnittliche Zusatzbeitrag 1,1 Prozentpunkte. Alle 113 Krankenkassen – von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) abgesehen – erhoben zu diesem Zeitpunkt einen Zusatzbeitrag. Den geringsten Zusatzbeitrag erhoben zwei Krankenkassen mit jeweils 0,3 Prozentpunkten, den höchsten Zusatzbeitrag eine Krankenkasse mit 1,8 Prozentpunkten.⁷ Somit schwankten die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung Anfang 2017 zwischen 14,9 und 16,4 Prozent.

Die Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen haben unterschiedliche Gründe. Von besonderer Bedeutung ist der in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand unterschiedliche Behandlungsbedarf der jeweiligen Versicherungsgemeinschaften, der sich auch nach der Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs noch auf den Finanzbedarf der Krankenkassen auswirkt.⁸

Schreibt man diese Beitragssätze für das gesamte Jahr 2017 fort, so zahlte ein GKV-Mitglied im Durchschnitt aller Krankenkassen im Jahr 2017 je nach Einkommen Zusatzbeiträge von bis zu 574,20 Euro pro Jahr. In der Krankenkasse mit dem höchsten Beitragssatz beliefen sich die Zusatzbeiträge sogar auf bis zu 939,60 Euro pro Jahr. Dies entspricht einer Beitragsentlastung der Arbeitgeber in Höhe von bis zu 287,10 Euro bzw. 469,80 Euro je Mitglied und Jahr. Im Jahr 2016 belief sich die Summe der entrichteten Zusatzbeiträge auf knapp 14 Milliarden Euro, dies entsprach im Vergleich zur Beitragsparität einer Mehrbelastung der Versicherungsgemeinschaft in Höhe von etwas weniger als 7 Milliarden Euro. Die Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger wurden um den gleichen Betrag entlastet.

Aber auch *zwischen* den Versicherten führt die Existenz eines nur von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrags zu nicht nachvollziehbaren Belastungsunterschieden. Für Versicherte mit einem Bruttoarbeitseinkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze des Jahres 2017 (52.200 Euro/Jahr = 4.350 Euro/Monat) war somit der jährliche Krankenversicherungsbeitrag in der teuersten

Krankenkasse (4.750,20 Euro) um 783 Euro höher als in der günstigsten Krankenkasse (3.967,20 Euro), und dies bei einem nahezu identischen Leistungsanspruch.

Die Mehrbelastungen für die Versicherten werden sich beim Festhalten an den gegenwärtigen Regelungen in den kommenden Jahren weiter verschärfen. Alle Prognosen gehen davon aus, dass der Beitragsbedarf in der GKV schneller steigt als die Bruttolöhne und -gehälter. Diese Entwicklung hängt mit den Auswirkungen des medizinischen Fortschritts und des demographischen Wandels zusammen, aber auch mit den im Vergleich zu vielen anderen Sektoren geringeren Möglichkeiten zur Produktivitätssteigerung in der Krankenversorgung. Zwar bestehen Möglichkeiten, dem Anstieg des Behandlungs- und damit des Finanzbedarfs durch eine verbesserte Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere bei Gruppen mit unterdurchschnittlichen Gesundheitschancen entgegenzuwirken, allerdings werden sie in den kommenden Jahrzehnten den Trend zum relativen und absoluten Ausgabenzuwachs nicht umkehren können.

Jenseits dieser Verteilungswirkungen sind vor allem die ordnungspolitischen Auswirkungen einer einseitigen Belastung der Versicherten mit dem Ausgabenzuwachs in der GKV hervorzuheben. Die Festschreibung des Arbeitgeberbeitragsatzes verringert das Interesse der Arbeitgeber an einer wirksamen Kostendämpfung in der GKV. Daher könnte die Abkehr von der Beitragsparität dazu führen, dass die Arbeitgeber in der sozialen und in der gemeinsamen Selbstverwaltung der GKV ihr politisches Gewicht nicht mehr in der gleichen Weise wie in der Vergangenheit gegen sachlich unbegründete Ausgabensteigerungen in die Waagschale werfen.

Die Wiederherstellung der Beitragsparität in der GKV wäre demzufolge nicht nur ein Schritt in Richtung auf eine Wiederherstellung der Verteilungsgerechtigkeit. Zugleich würde sie dazu beitragen, das Interesse der Arbeitgeber an einer wirksamen Ausgabenbegrenzung in der GKV zu stärken. Dabei könnte die Wiederherstellung der Beitragsparität auch Bestandteil einer Politik sein, die sich wieder stärker an Arbeitnehmerinteressen orientiert.

3. Modelle zur Umsetzung der paritätischen Finanzierung

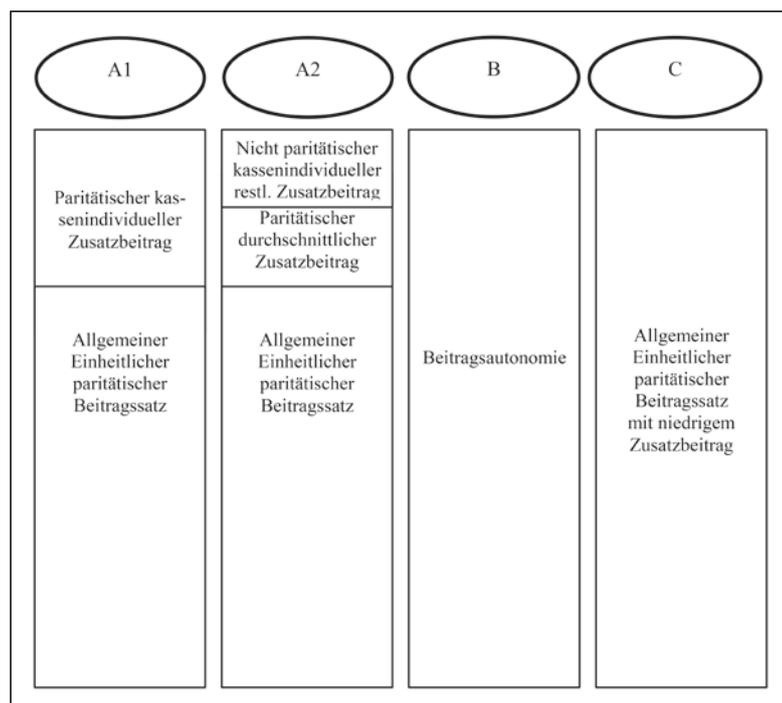
Für die Ausgestaltung einer paritätischen Finanzierung sind unterschiedliche Modelle denkbar. Hier werden vier Varianten zugrunde gelegt (s. auch Abbildung 1), nämlich

- die Festsetzung eines allgemeinen einheitlichen Beitragssatzes, der die bestehende systematische Unterdeckung beibehält, in Verbindung mit einem paritätisch finanzierten kassenindividuellen Zusatzbeitrag (A1),
- die Festsetzung eines allgemeinen einheitlichen Beitragssatzes in Verbindung mit einem paritätisch finanzierten durchschnittlichen Zusatzbeitrag und einem nicht paritätisch finanzierten kassenindividuellen Rest-Zusatzbeitrag (A2),
- die Wiederherstellung der Beitragsautonomie für die Krankenkassen (B) und

7 vgl. GKV-Spitzenverband: Krankenkassenliste – Veröffentlichung der Zusatzbeitragssätze 2017, die aktuellen Zusatzbeiträge der Kassen sind abrufbar unter: www.gkv-spitzenverband.de → Service → Versicherten-Service → Krankenkassenliste

8 Saskia Drösler/Joerg Hasford/Bärbel-Maria Kurth/Marion Schaefer/Jürgen Wasem/Eberhard Wille (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, 22. 6. 2011, abrufbar unter: www.bundesversicherungsamt.de → Risikostrukturausgleich → Wissenschaftlicher Beirat → Evaluationsbericht 2011

Abbildung 1: Varianten der Ausgestaltung einer paritätischen Finanzierung



Quelle: Eigene Darstellung unter Verwendung einer Abbildung der IG Metall

- die Einführung eines allgemeinen einheitlichen Beitragssatzes, der sich grundsätzlich an einer Kostendeckung orientiert, aufgrund unvermeidbarer kassenindividueller Abweichungen allerdings auch mit einem – dann aber niedrigen – Zusatzbeitrag einhergeht (C).

Bei den Modellen A1, A2 und C ist die Höhe des allgemeinen einheitlichen Beitragssatzes abhängig von der politischen Entscheidung des Gesetzgebers.

Im Folgenden werden die denkbaren Modelle zur Wiederherstellung der Beitragsparität in kurzer Form vorgestellt.

3.1 Modell A1: Paritätischer Zusatzbeitrag

Dieses Modell geht von der bisherigen Finanzierungsarchitektur und ihren wettbewerbspolitischen Implikationen aus. Der Gesetzgeber legt einen paritätisch finanzierten, bundeseinheitlichen Beitragssatz fest, dessen Höhe nicht kostendeckend ist. Dieser Beitragssatz wird ergänzt durch einen ebenfalls paritätisch finanzierten Zusatzbeitrag, der – je nach Finanzbedarf der Krankenkasse – kassenindividuell festgelegt wird. Diesem Zusatzbeitrag kommt dem Referentenentwurf für das GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) zufolge, wie auch in den Vorgängermodellen, die Funktion zu, »ein wichtiges Preissignal im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander«⁹ zu setzen. Demnach sind Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen möglich und wirkt der Zusatzbeitrag weiterhin als Parameter im Kassenwettbewerb. Der einzige Unterschied zur gegenwärtig

geltenden Regelung besteht darin, dass der Zusatzbeitrag paritätisch finanziert wird. Ein solches Modell käme also ohne weiterreichende Änderungen am ordnungspolitischen Rahmen der GKV aus.

3.2 Modell A2: Paritätischer durchschnittlicher Zusatzbeitrag

Modell A1 könnte bei größeren Beitragssatzunterschieden für Arbeitgeber einen Anreiz schaffen, ihre Beschäftigten zu drängen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Ein solcher Anreiz ließe sich vermeiden, wenn die Bundesregierung nicht nur den bundeseinheitlichen Beitragssatz, sondern auch einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag festsetzen würde, von dem der Arbeitgeber durchgängig die Hälfte zu entrichten hätte. In diesem Modell blieben kassenindividuelle Beitragssätze ebenfalls bestehen. Mitglieder von Krankenkassen mit einem unterdurchschnittlichen Beitragssatz würden profitieren, weil bei einem festen Arbeitgeberbeitrag ihr Beitragsanteil geringer ausfallen würde; Mitglieder von Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Beitragssatz hätten Nachteile, weil sie die Differenz zum festgesetzten durchschnittlichen Zusatzbeitrag selbst aufzubringen hätten. Dieses Modell würde also mit Blick für die *gesamte* Lastenverteilung zwischen Versicherungsgemeinschaft und Arbeitgebern, nicht aber für jedes GKV-Mitglied die volle Beitragsparität herstellen. Für die Mitglieder in Kassen mit einem überdurchschnittlichen Beitragssatz würde also quasi ein kassenindividueller, allein von den Versicherten zu entrichtender Zusatzbeitrag fortbestehen.

3.3 Modell B: Volle Beitragsautonomie

Dieses Modell sieht die Rückkehr zur vollen Beitragsautonomie der Krankenkassen bei voller Beitragsparität vor. Im Unterschied zu dem bis zum 30. Juni 2005 geltenden Finanzierungsverfahren würden die Beiträge aber wie seit 2009 in einen Gesundheitsfonds fließen. Die Krankenkassen würden ihren individuellen Finanzbedarf schätzen und dementsprechend ihren individuellen Beitragssatz festlegen. Die Finanzmittelzuweisungen würden sie nach den Kriterien eines – möglicherweise weiter ausdifferenzierten – morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erhalten. In diesem Modell wäre nicht mehr der Zusatzbeitrag, sondern der Beitragssatz Parameter im Kassenwettbewerb.

9 Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG), Bearbeitungsstand: 12.2.2014, 14:02 Uhr, S. 2

3.4 Modell C: Allgemeiner einheitlicher paritätischer Beitragssatz mit niedrigem Zusatzbeitrag

Dieses Modell sieht die Festsetzung eines einheitlichen, paritätisch finanzierten, durchschnittlich kostendeckenden Beitragssatzes vor. Dem liegt die Erwartung zugrunde, auf diese Weise das Preissignal im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander, wie es die gegenwärtige Konstruktion einer systematischen Unterdeckung auf Basis des GKV-FWQG aussendet, schwächen zu können. Voraussetzung für die Erfüllung dieser Erwartung ist die Anwendung eines möglichst zielgenauen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Gleichwohl wären unterschiedliche Beitragsbedarfe der Krankenkassen auch in diesem Modell wohl kaum vermeidbar. Auftretende Unterdeckungen müssten entweder durch paritätisch finanzierte Beitragssatzerhöhungen oder Zusatzbeiträge aufgefangen werden; Überdeckungen könnten bei der Krankenkasse verbleiben und zu kassenindividuellen Leistungsverbesserungen genutzt werden.

4. Bewertung der Modelle

In diesem Abschnitt werden die oben vorgestellten Modelle zur Umsetzung der paritätischen Finanzierung in der GKV einer kritischen Bewertung unterzogen. Dabei werden die Verteilungswirkungen der Modelle, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirkungen auf den Preiswettbewerb der Krankenkassen untereinander, die Auswirkungen auf die Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung und abschließend die Umsetzungsperspektiven bewertet.

4.1 Verteilungswirkung

Die derzeitige Festschreibung des von den Arbeitgebern zu finanzierenden Beitragssatzes auf 7,3 Prozent bewirkt, dass zukünftige Beitragssatzsteigerungen ausschließlich von den Versicherten zu tragen sind. In diesem Zusammenhang wird von der Arbeitgeberseite regelmäßig das Argument vorgebracht, dass die von den Arbeitgebern zu finanzierenden Beiträge lediglich relativ, aber nicht absolut fixiert sind. Mit anderen Worten steigen selbst bei ei-

nem festen Beitragssatz mit steigenden Löhnen und Gehältern die von den Arbeitgebern abzuführenden Beiträge. Dies wäre bei einem – hier allerdings nicht zur Debatte stehenden – einkommensunabhängigen Finanzierungsmodell anders. Insofern wird die Festschreibung des Beitragssatzes für die Versicherten erst virulent, wenn der Anstieg der Ausgaben höher ist als der Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen und damit der Druck auf die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes steigt.

Trotz der positiven Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung und des deutlichen Anstiegs der Löhne und Gehälter in den letzten Jahren bleibt insbesondere wegen der strukturellen Einnamenschwäche der gesetzlichen Krankenversicherung die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen hinter der Ausgabenentwicklung zurück. Im Zeitraum 2000 bis 2016 sind die beitragspflichtigen Einnahmen¹⁰ je Mitglied zwar um rund 25 Prozent gestiegen, die Ausgaben je Versicherten jedoch um 67 Prozent (s. auch Abbildung 2).¹¹

Die Lücke zwischen steigenden Ausgaben und deutlich weniger stark steigenden Einnahmen ist in der derzeitigen Finanzarchitektur der GKV entweder mittels steigender Zusatzbeitragssätze, der Auflösung von Rücklagen oder – wie seit 2004 in nicht unerheblichem Ausmaß geschehen – durch den steuerfinanzierten Bundeszuschuss zu schließen. Ein weiter steigender Bundeszuschuss ist aufgrund der Erfahrungen der letzten Jahre und der in den nächsten Jahren wirksam werdenden Schuldenbremse eher unwahrscheinlich.¹² Die Rücklagen sind bei den einzelnen Krankenkassen außerordentlich ungleich verteilt, so dass es trotz der einmaligen Auflösung der Liquiditätsreserve in Höhe von 1,5 Mrd. Euro im Wahljahr 2017 in zunehmendem Ausmaß zu steigenden Zusatzbeitragssätzen der einzelnen Krankenkassen kommen wird. Diese steigenden Beitragssätze sind demzufolge ausschließlich von den Versicherten zu tragen.

Illustrieren lässt sich dieser Effekt an der kürzlich vorgestellten Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft zu den simulierten finanziellen Wirkungen der Bevölkerungsalterung auf die gesetzliche Krankenversicherung. Demnach steigen alleine durch den demografischen Effekt die Beitragssätze zwischen 2020 und 2040 von 16,5 Prozent auf 19,2 Prozent im Jahr 2040 und auf 20,2 Prozent im Jahr 2050.¹³ Die Steigerung des Beitragssatzes um 2,7 bzw. 3,7 Beitragssatzpunkte in diesem Zeitraum wäre alleine von den Beschäftigten zu tragen.

Die einseitige Belastung der Versichertengemeinschaft als Folge der steigenden Beitragssätze führt volkswirtschaftlich gesehen zu einer Umverteilung von Einkommen aus unselbstständiger Arbeit zu Einkommen aus selbstständiger Arbeit bzw. Gewinneinkommen. Es ist hinlänglich belegt, dass die Entlastung der Arbeitgeber allenfalls marginale Auswirkungen auf Kosten des Produktionsfaktors Arbeit hat.¹⁴ Es ist daher davon auszugehen, dass die Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge lediglich die Ertragsituation der Unternehmen verbessert und umgekehrt das verfügbare Einkommen der Versicherten schmälert.

Die Einführung eines paritätisch zwischen Beschäftigten und Arbeitnehmern zu finanzierenden Zusatzbeitrags

10 Die beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) sind die Basis, auf die in der GKV die Beiträge – sowohl aus den Zusatzbeitragssätzen wie aus dem allgemeinen Beitragssatz – erhoben werden. Sie entsprechen aber natürlich nicht den Beitragseinnahmen. Diese resultieren aus der Multiplikation der bpE mit dem Beitragssatz.

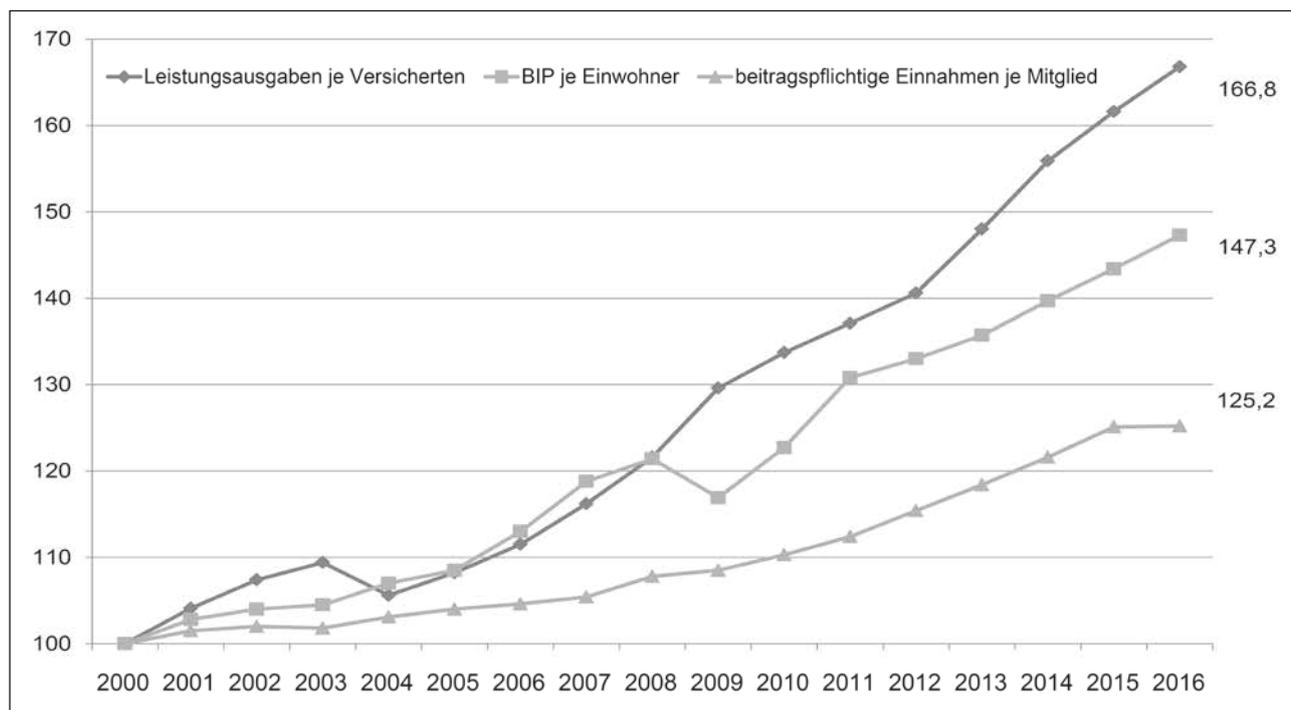
11 eigene Berechnungen auf der Grundlage Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln. 2000–2010. KF10 Bund, Stand: April 2011, Berlin sowie BMG: Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln. 2005–2016. KF17 Bund, Stand: März 2017, Berlin

12 vgl. Stefan Greß/Karl-Jürgen Bieback: Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Keine Verlässlichkeit und Stetigkeit, in: ifo Schnelldienst 7/2014, S. 6–9

13 vgl. Susanna Kochskämper: Alternde Bevölkerung. Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 2017, S. 19

14 vgl. Hartmut Reiners: Paritätische Finanzierung und Selbstverwaltung: Grundsatz und Wirklichkeit, in: Gesundheit und Gesellschaft (G+G) Wissenschaft 4/2015, S. 7–15

Abbildung 2: Entwicklung BIP, Ausgaben und beitragspflichtige Einnahmen GKV 2000 bis 2016



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis BMG und Statistisches Bundesamt

(Modell A1) bzw. eines paritätisch zu finanzierenden durchschnittlichen Zusatzbeitrags (Modell A2) würde das Risiko steigender Beitragssätze im Grundsatz wieder gleichmäßig auf Arbeitgeber und Beschäftigte verteilen. Die Arbeitgeber würden dann nicht nur mittels steigender Beiträge aufgrund steigender Löhne und Gehälter der Beschäftigten, sondern auch durch die hälftige Finanzierung steigender Beitragssätze aufgrund der Finanzierungslücke zwischen Ausgaben und Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen zur Finanzierung herangezogen. Dieser Verteilungseffekt wäre bei den Modellen B und C nicht grundsätzlich anders.

Eine differenzierte Verteilungswirkung würde sich bei der Umsetzung des Modells mit einem paritätisch zu finanzierenden durchschnittlichen Zusatzbeitrag (Modell A2) ergeben. Auch in diesem Modell würde die Parität im Durchschnitt wiederhergestellt – mithin würden die Arbeitgeber und Beschäftigten insgesamt jeweils die Hälfte des Beitragssatzanstiegs finanzieren. Auf der Ebene der einzelnen Beschäftigten bzw. der Versicherten ist der Effekt jedoch von der Höhe des jeweiligen Zusatzbeitragssatzes abhängig.

Tabelle 1: Anteil Mitglieder und Krankenkassen nach Höhe des Zusatzbeitragssatzes

HÖHE DES ZUSATZBEITRAGSSATZES	ANTEIL KRANKENKASSEN	ANTEIL MITGLIEDER
Überdurchschnittlich (> 1,1 %)	28 %	30 %
Durchschnittlich (= 1,1 %)	26 %	33 %
Unterdurchschnittlich (< 1,1 %)	46 %	37 %

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage des Rankings gesetzlicher Krankenkassen in den Beiträgen zur Gesellschaftspolitik (Stand: Februar 2017)

Etwa ein Drittel der Versicherten war im Februar 2017 bei einer Krankenkasse versichert, die den durchschnittlichen Zusatzbeitrag erhob (s. Tabelle 1). In dem Modell mit einem paritätisch zu finanzierenden durchschnittlichen Zusatzbeitrag wäre für diesen Anteil der Versicherten die vollständige Parität hergestellt. Das gälte nicht für die etwa 30 Prozent der Versicherten, die im Februar 2017 bei einer Kasse mit einem überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag versichert war – dieser Personenkreis müsste mehr als die Hälfte des Zusatzbeitragssatzes finanzieren. Umgekehrt würden die rund 37 Prozent der Versicherten mit einem unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag weniger als die Hälfte des Zusatzbeitragssatzes finanzieren müssen (s. Tab. 1).

Tabelle 2: Gesamtbelastung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern mit GKV-Beiträgen

	MODELL A1		MODELL A2	
	GESAMT-BELASTUNG ARBEITNEHMER	GESAMT-BELASTUNG ARBEITGEBER	GESAMT-BELASTUNG ARBEITNEHMER	GESAMT-BELASTUNG ARBEITGEBER
Niedrigster Beitragssatz (14,9 %)	7,45 %	7,45 %	7,05 %	7,85 %
Durchschnittl. Beitragssatz (15,7 %)	7,85 %	7,85 %	7,85 %	7,85 %
Höchster Beitragssatz (16,4 %)	8,20 %	8,20 %	8,55 %	7,85 %

Quelle: Eigene Darstellung (Stand: Anfang 2017)

Die Verteilungswirkungen der Modelle A1 und A2 bei unterschiedlich hohen Beitragssätzen gehen aus Tabelle 2 hervor.

Abschließend ist der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass andere Gerechtigkeitsdefizite in der Finanzierung der GKV von der Wiederherstellung der Parität unberührt blieben. Auch an der strukturellen Einnamenschwäche der GKV, die sich vor allem in der nächsten konjunkturellen Krise zeigen wird, ändert die Wiederherstellung der Parität alleine nichts.¹⁵

4.2 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenkassen

Seit der Festschreibung des von den Arbeitgebern zu finanzierenden Beitragssatzes haben die Arbeitgeber deutlich geringere Anreize, auf eine moderate Ausgabenentwicklung hinzuwirken – zumal Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen natürlich auch Arbeitgeber sind und sogar ein explizites Interesse an Ausgabenausweitungen haben.

Zudem hat sich in der vergangenen Legislaturperiode die Tendenz zur Haushaltssanierung auf Kosten der Beitragszahler verstärkt. Beispielhaft seien hier das Haushaltsbegleitgesetz und die damit verbundene Kürzung des Bundeszuschusses zur GKV in den Jahren 2014 und 2015 um insgesamt 6 Mrd. Euro, die Quersubventionierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus Beitragsmitteln und die hälftige Finanzierung des Strukturfonds aus Beitragsmitteln genannt.¹⁶ Dieses Ausmaß von gesetzlich verordneter Ausgabeninduzierung und paralleler Haushaltssanierung – beides zu Lasten der Versichertengemeinschaft – wäre bei einer vollständig paritätischen Finanzierung des Ausgabenanstiegs kaum vorstellbar gewesen.

Umgekehrt ist bei einer Wiederherstellung der Parität damit zu rechnen, dass die Arbeitgeber wieder ein stärkeres Interesse an einem moderaten Ausgabenzuwachs entwickeln werden, damit die Finanzierungslücke zwischen Anstieg der Ausgaben und Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen geschlossen wird und die Notwendigkeit zu Beitragssatzsteigerungen möglichst nicht oder nur in geringem Ausmaß entsteht. Aus der Perspektive der Krankenkassen würde daher vermutlich der gesetzlich induzierte Ausgabendruck zurückgehen. Zudem werden die Arbeitgeber vermutlich ein verstärktes Interesse am steuerfinanzierten Bundeszuschuss zur Schließung von Finanzierungslücken entwickeln – was den Beitragsdruck auf der Einnahmenseite vermindern könnte. Beide Entwicklungen sind jedoch unabhängig davon, welche Variante zur Umsetzung der Parität gewählt wird.

15 vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung: Positionspapier: Der Weg zur Bürgerversicherung – Solidarität stärken und Parität durchsetzen, Bonn 2016

16 vgl. Stefan Greß: Haushaltssanierung auf Kosten der Beitragszahler – ein Trend verstetigt sich, in: Gesundheit und Gesellschaft (G+G) Wissenschaft 4/2015, S. 15–21

17 vgl. Klaus Zok: Beitragssatzwahrnehmung und Wechselbereitschaft in der GKV, in: WldO-Monitor 1/2016, S. 1–12

4.3 Auswirkungen auf den Preiswettbewerb der Krankenkassen

Etwas stärker sind die Unterschiede der hier analysierten Modelle zur Umsetzung der Parität im Hinblick auf den Preiswettbewerb der Krankenkassen untereinander. Eine paritätische Finanzierung vermindert im Grundsatz die Spürbarkeit eines Beitragssatzanstiegs und damit die Wirksamkeit des Wettbewerbsparameters Preis. Dieses Argument wird – nicht nur von der Arbeitgeberseite – immer wieder gegen die Umsetzung der Parität ins Feld geführt. Auch aus Sicht der Bundesregierung kommt dem Zusatzbeitrag eine wichtige Funktion als Preissignal zu, auch wenn sie mit der im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) geschaffenen Finanzarchitektur ein wenig zurückgenommen wurde und komplementär dem Wettbewerbsparameter Qualität eine höhere Bedeutung eingeräumt werden soll. Erste empirische Erkenntnisse – etwa im Rahmen der Versichertenbefragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) – deuten darauf hin, dass die Versicherten bei der Kassenwahl nicht mehr ausschließlich den Preis zugrunde legen.¹⁷ Insofern dient die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung auch dazu, die oben beschriebene Absicht des Gesetzgebers widerspruchsfrei umzusetzen.

Die Unterschiede bei der Bewertung der einzelnen Modelle ergeben sich aus den Details der Ausgestaltung. Die Dämpfung des Preiswettbewerbs fällt in dem Modell mit einem paritätischen durchschnittlichen Zusatzbeitrag (Modell A2) vergleichsweise gering aus. Hier tragen die Versicherten die finanziellen Konsequenzen ihrer Kassenwahlentscheidung in vollem Umfang – wobei die Kassenwahlentscheidung auch in der unbewussten Entscheidung bestehen kann, die Krankenkasse nicht zu wechseln.

Konkret bedeutet dies, dass die Versicherten bzw. Beschäftigten die finanziellen Vorteile eines unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes in vollem Umfang realisieren können. Umgekehrt bedeutet dies aber natürlich auch, dass die finanziellen Nachteile eines weit überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes in vollem Umfang von den Versicherten bzw. Beschäftigten zu tragen sind. Der Vorteil des Modells besteht allerdings darin, dass der Arbeitgeber keinerlei Anreize hat, die Entscheidung seiner Beschäftigten im Hinblick auf die Wahl einer möglichst preiswerten Krankenkasse zu beeinflussen.

Die Spürbarkeit von Preisunterschieden ist in dem Modell mit einem durchgehend paritätisch finanzierten Zusatzbeitrag (Modell A1) geringer, weil immer die Hälfte des Zusatzbeitragssatzes von den Arbeitgebern getragen wird. Umgekehrt werden damit die finanziellen Anreize zu einem durch Preisunterschiede induzierten Kassenwechsel im Grundsatz gesenkt – schließlich verbleibt nur die Hälfte einer möglichen Ersparnis bei den Versicherten bzw. Beschäftigten. Zudem würde der Wechsel zu einer teureren Krankenkasse – unabhängig von den Gründen für den Preisunterschied – attraktiver, weil die Hälfte des Preisunterschieds vom Arbeitgeber getragen wird.

Der Nachteil dieses Modells besteht potenziell darin, dass die Arbeitgeber ein Interesse an einem möglichst

günstigen Beitragssatz entwickeln und die Wahlentscheidung ihrer Beschäftigten entsprechend beeinflussen könnten. Es liegen jedoch keine Erkenntnisse darüber vor, ob Arbeitgeber vor dem Jahr 2009 tatsächlich die Wahlentscheidung ihrer Beschäftigten beeinflusst haben.

Das oben vorgestellte Modell mit voller Beitragssatzautonomie der Krankenkassen (Modell B) entspricht im Grundsatz dem Modell mit einem paritätischen Zusatzbeitrag (Modell A1). Für die Auswirkungen auf den Preiswettbewerb ist es auf den ersten Blick irrelevant, ob nur ein kassenindividueller paritätischer Beitragssatz erhoben wird oder dieser sich aus einem einheitlichen paritätischen Beitragssatz zuzüglich eines kassenindividuellen paritätischen Beitragssatzes zusammensetzt. Unterschiede zwischen den beiden Modellen könnten allerdings dann entstehen, wenn im Modell A1 der einheitliche paritätische Beitragssatz sehr hoch angesetzt wird. Die Befunde über die Wirkungen eines sehr kleinen, durch den paritätischen Zusatzbeitrag zu finanzierenden Finanzierungsanteils sind widersprüchlich. Nach den Befunden von Jonas B. Pendzialek und anderen¹⁸ würde die Spürbarkeit von Beitragssatzunterschieden ansteigen. Beitragssatzunterschiede nahe Null würden demzufolge stärker wahrgenommen, als wenn sie weiter von Null entfernt liegen – selbst bei identischen Spannen von Beitragssätzen. Mit anderen Worten: Ein Beitragssatzunterschied von zwischen null und einem Prozent sei spürbarer als ein Unterschied zwischen zwei und drei Prozent. Insofern sei davon auszugehen, dass gleich große Beitragssatzunterschiede im Modell B (derzeitiger kassenindividueller durchschnittlicher Beitragssatz: 15,6 Prozent) weniger spürbar wären als im Modell A1 mit einem derzeitigen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,0 Prozent.

Am deutlichsten würde der angesprochene psychologische Effekt im Modell C auftreten, denn hier ist der Finanzierungsanteil des kasseneinheitlichen paritätischen Beitragssatzes am höchsten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass – unter anderem wegen unterschiedlicher Kostenstrukturen in den Krankenkassen und verbleibender Über- und Unterdeckungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – zumindest einige Krankenkassen einen kassenindividuellen paritätischen finanzierten Zusatzbeitrag erheben müssten. Dieser Zusatzbeitrag würde aber sehr nahe an Null liegen – während andere Krankenkassen keinen Zusatzbeitrag erheben müssen. Folgt man den Befunden von Jonas B. Pendzialek et al.¹⁹, so wäre die Spürbarkeit des Zusatzbeitragssatzes in diesem Modell vergleichsweise hoch und hätte mit hoher Wahrscheinlichkeit im Vergleich der vier Modelle den intensivsten Preiswettbewerb zur Folge – zumal auch die Arbeitgeber in diesem Modell ein Interesse daran haben, dass ihre Beschäftigten bei einer Krankenkasse ohne Zusatzbeitragssatz versichert sind.

Andere Befunde deuten allerdings eher darauf hin, dass geringe Beitragsunterschiede auch einen geringen Einfluss auf die Wechselbereitschaft der Versicherten haben. Klaus Zok zufolge ist die Wechselbereitschaft bei einem Zusatzbeitrag bis unter 20 Euro generell eher gering und steigt erst bei einem Betrag ab 20 Euro deutlich an.²⁰ In diesem Fall könnte ein möglicherweise verschärfter

Preiswettbewerb der Krankenkassen seine beabsichtigte Wirkung also weitgehend verfehlen. Zudem gibt es auch Hinweise darauf, dass sich die Bedeutung des Preiswettbewerbs aufgrund veränderter Versichertenpräferenzen relativieren könnte.²¹

So ist die Zahl der Wechsler in den Jahren 2014 und 2015 gegenüber den Vorjahren deutlich zurückgegangen. Zudem stünden für diese Gruppe nicht Beitragssatzunterschiede, sondern Unterschiede bei den Leistungs- und Versorgungsangeboten an erster Stelle. Vor allem für ältere Menschen ab 65 Jahren stehe eine gute Absicherung und Versorgung im Leistungsfall im Vordergrund. Unter ihnen ist der Anteil von Kassenwechslern besonders niedrig.

4.4 Auswirkungen auf die Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung

Für die Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung sind aus unserer Sicht zwei Unterschiede zwischen den dargestellten Modellen relevant. Erstens unterscheiden sich die Modelle direkt im Hinblick darauf, welche Beitragskomponenten einer Zustimmungspflicht der Selbstverwaltung unterliegen. Eher indirekt unterscheiden sich die Entscheidungsspielräume im Hinblick darauf, inwieweit die Modelle zusätzliche Spielräume zur Gestaltung von Wettbewerbsparametern jenseits des Preiswettbewerbs eröffnen.

Der Entscheidungsspielraum der Selbstverwaltung ist in den Modellen A1 und A2 dadurch eingeschränkt, dass die kasseneinheitliche Beitragskomponente gesetzlich festgeschrieben ist – weder auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes noch auf der Ebene der einzelnen Krankenkassen hat die Selbstverwaltung aus Beschäftigten und Arbeitgebern einen Einfluss auf die Höhe dieses Beitragssatzes. Der Gesetzgeber könnte dementsprechend durch die Anhebung oder die Absenkung dieser Beitragskomponente Einfluss auf die Intensivität des Preiswettbewerbs nehmen.

Noch weiter eingeschränkt sind die Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung im Modell C. Hier legt der Gesetzgeber den einheitlichen Beitragssatz fest. Der hohe Kosten- und Wettbewerbsdruck in diesem Modell würde die Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung stark einschränken. Im Modell B ist die volle Beitragssatzautonomie der Krankenkassen wiederhergestellt. Somit kann die Festlegung des kassenindividuellen Beitragssatzes ohne Einfluss des Gesetzgebers erfolgen – was zu einer Ausweitung der gefühlten Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung führen dürfte.

Komplementär zu den Ausführungen im vorherigen Abschnitt führt eine Dämpfung des Preiswettbewerbs zu einer Ausweitung der Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung im Hinblick auf Wettbewerbsparameter jenseits

18 vgl. Jonas B. Pendzialek/Marion Danner/Dusan Simic/Stephanie Stock: Price elasticities in the German Statutory Health Insurance market before and after the health care reform of 2009, in: Health Policy 5/2015, S. 654–663

19 vgl. ebenda

20 vgl. Klaus Zok, a. a. O.

21 hierzu und zum Folgenden vgl. ebenda

des Preiswettbewerbs. Demzufolge ist Modell C kritisch zu beurteilen, weil hier der Preiswettbewerb wahrscheinlich eher noch verschärft werden würde. Im Modell A2 wird der Preiswettbewerb zwar eingeschränkt – hier werden die Spielräume zur Gestaltung etwa eines Qualitätswettbewerbs jedoch niedriger sein als in den Modellen A1 und B. Insgesamt dürften diese Spielräume im Modell B am deutlichsten erweitert werden, weil in diesem Modell die Spürbarkeit von Beitragssatzunterschieden am geringsten ausfällt (vgl. Abschnitt 3.4). Grundsätzlich ist aber darauf hinzuweisen, dass die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung aufgrund der wachsenden Zahl gesetzlicher Vorgaben und aufgrund der mit dem Kassenwettbewerb einhergehenden Handlungszwänge in den letzten Jahren deutlich enger geworden sind.

4.5 Umsetzungschancen

Abschließend werden die vorgestellten Modelle im Hinblick auf ihre Umsetzungschancen bewertet. An dieser Stelle ist erstens darauf zu verweisen, dass hier nicht die Chancen zur Umsetzung der paritätischen Finanzierung generell analysiert werden. Es geht vielmehr um relative Unterschiede hinsichtlich der Umsetzungsperspektiven der unterschiedlichen Modelle unter der Prämisse, dass der politische Mehrheitswille zur Umsetzung der Parität grundsätzlich vorhanden ist. Zweitens können die Gutachter sich nicht auf unterschiedliche parteipolitische Präferenzen im Hinblick auf die verschiedenen Modelle beziehen. Entsprechende Positionierungen lagen nicht vor – zumindest nicht in veröffentlichter Form. Die Parteien haben sich unserer Kenntnis nach bisher nicht mit der Umsetzung der Parität beschäftigt. Wir gehen daher bei der Bewertung davon aus, dass eine Umsetzung leichter ist, wenn der mit der Implementation eines Modells einhergehende Reformbedarf vergleichsweise gering ist – mit anderen Worten die Veränderungen den Pfad vergangener Reformen fortsetzen bzw. in möglichst geringem Umfang verlassen.

Im Hinblick auf dieses Kriterium dürften unserer Einschätzung nach die Umsetzungschancen der Modelle A1 und A2 vergleichsweise hoch sein. Der Änderungsbedarf an der derzeitigen Finanzarchitektur der GKV ist ausgesprochen gering. Der Gesetzgeber müsste lediglich normieren, dass nicht nur der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V, sondern auch der Zusatzbeitragssatz nach § 242 SGB V paritätisch finanziert wird. Im Modell A2 müsste noch ergänzend geregelt werden, dass sich die Höhe des von den Arbeitgebern zu finanzierenden Zusatzbeitragssatzes an der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 a SGB V zu orientieren hat.

Insgesamt ist zu vermuten, dass das Modell A2 auf weniger Widerstand bei den Arbeitgebern stoßen wird als das Modell A1. Es ist nicht nur einfacher in den Betrieben zu administrieren, sondern behandelt auch alle Arbeitgeber im Hinblick auf den finanzierenden Beitragssatz gleich – unabhängig von den Kassenwahlentscheidungen der Be-

schäftigten. Umgekehrt ist davon auszugehen, dass die Beschäftigten eher eine Präferenz für das Modell A1 haben, weil hier die Arbeitgeber immer die Hälfte des Zusatzbeitragssatzes finanzieren müssen – ebenfalls unabhängig von deren individuellen Kassenwahlentscheidungen.

Weniger gut sind die Umsetzungschancen für das Modell B, da hier die Änderungen der Finanzarchitektur der GKV aufwändiger sind. Der Bundesgesetzgeber müsste auf seine Kompetenz verzichten, die Höhe der allgemeinen einheitlichen Beitragssatzkomponente zu definieren. Dies ist als Umsetzungshindernis anzusehen – auch wenn die Differenzierung zwischen einer kasseneinheitlichen und einer kassenindividuellen Beitragskomponente nur durch gesundheitspolitische Kompromissbildungen der letzten zehn Jahre und nicht durch sachlogische Notwendigkeiten zu erklären ist.²² Letztlich ist die Differenzierung in zwei einkommensunabhängige Beitragskomponenten – zumindest nach Kenntnis der Gutachter – bei der Finanzierung von sozialen Krankenversicherungssystemen im internationalen Vergleich einmalig.

Die inhaltliche Existenzberechtigung für diese Zweiteilung ist schon dadurch entfallen, dass die Zusatzbeiträge nicht mehr einkommensunabhängig erhoben werden. In der derzeitigen Finanzarchitektur unterscheiden sich beide Beitragskomponenten nur im Hinblick darauf, ob sie paritätisch finanziert werden oder nicht – dieser verbleibende Unterschied würde dann bei der Umsetzung der Parität ebenfalls entfallen.

Letztlich gilt auch für die erhobenen Zusatzbeiträge – ebenso wie für die kasseneinheitliche Beitragskomponente – ein voller Einkommensausgleich. Die Umsetzung des Modells B würde außerdem die Konstruktion von Gesundheitsfonds und morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich in keiner Art und Weise in Frage stellen. Auch innerhalb dieses Modells ließe sich problemlos eine Differenzierung analog der Modelle A1 und A2 vornehmen. Mit anderen Worten könnte auch in diesem Modell regelmäßig ein durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz berechnet werden, von dem die Arbeitgeber die Hälfte zu finanzieren haben. Die Höhe der Beitragssatzdifferenzen wäre ceteris paribus nicht höher oder niedriger als im Modell A.

Nichtsdestoweniger ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die gesundheitspolitischen Beharrungskräfte eine Implementierung des Modells B verhindern. Das gilt erst recht insofern, als die Umsetzung der Parität per se schon einen vergleichsweise großen Reformschritt darstellen würde. Weitere Abweichungen vom Reformpfad der vergangenen Jahre wären dann umso schwieriger durchzusetzen.

Als problematisch sind die Umsetzungschancen für das Modell C anzusehen. Die Implementation des Modells würde – wie oben ausgeführt – vermutlich eine deutliche Verschärfung des Kostendrucks innerhalb der Krankenkassen und des Preiswettbewerbs nach sich ziehen. Diese Konsequenz ist nicht kompatibel mit der im GKV-FQWG zum Ausdruck kommenden Absicht des Gesetzgebers, den Qualitätswettbewerb zu Lasten des Preiswettbewerbs zu stärken.

²² vgl. Hartmut Reiners, a. a. O.

5. Zusammenfassende Bewertung

Mit Blick auf die unterschiedlichen Bewertungskriterien fassen wir im Folgenden die wesentlichen Ergebnisse unserer Analyse zusammen, leiten Umsetzungsempfehlungen ab und arbeiten Zielkonflikte zwischen der Umsetzung einzelner Modelle heraus. Allen Modellen ist gemeinsam, dass sie vermutlich zu einem nachlassenden politisch induzierten Ausgabendruck und weniger Anreizen zur Haushaltssanierung zu Lasten der Beitragszahler führen werden. Auf dieses Kriterium gehen wir daher bei der differenzierten Bewertung der vier Modelle nicht ein.

Das Modell A1 mit einem paritätischen Zusatzbeitrag hat den Vorteil, dass es in jedem Fall die vollständige Parität für alle Versicherten garantiert. Arbeitgeber zahlen auch dann die Hälfte des Zusatzbeitrags, wenn die Beschäftigten aufgrund ihrer Kassenwahlentscheidung einen über- oder unterdurchschnittlichen hohen Zusatzbeitrag zahlen müssen. Das hat auch zur Folge, dass die Dämpfung des Preiswettbewerbs in diesem Modell im Vergleich zu Modell A2 etwas höher ausfällt. Hintergrund hierfür ist, dass die finanziellen Auswirkungen eines Kassenwechsels – in der Regel zu einer preiswerteren Krankenkasse – nur zur Hälfte bei den Versicherten verbleiben. Dies führt dazu, dass die Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung zur Stärkung eines Qualitätswettbewerbs eher erweitert werden. Problematisch an dem Modell ist allerdings, dass die Arbeitgeber ein Interesse an der Kassenwahlentscheidung der Versicherten entwickeln könnten. Die Umsetzungschancen dieses Modells sind hoch, weil vergleichsweise geringe Änderungen an der Finanzarchitektur der GKV notwendig wären.

Auch die Implementierung des Modells A2 würde den Preiswettbewerb der Krankenkassen dämpfen – allerdings in geringerem Ausmaß als dies in dem Modell A1 der Fall wäre. Dies liegt daran, dass die Versicherten bei einem Wechsel zu einer preiswerteren Kasse einen höheren finanziellen Vorteil als in Modell A1 hätten. Dementsprechend stiegen auch die Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung in geringerem Ausmaß als in dem Modell A1. Aus Sicht der Beschäftigten würde in diesem Modell die Parität nur dann in vollem Ausmaß hergestellt werden, wenn sie bei einer Krankenkasse mit einem durchschnittlich hohen Zusatzbeitragssatz versichert wären. Ansonsten würden die Arbeitgeber entweder mehr oder weniger als die Hälfte des tatsächlichen Zusatzbeitragssatzes finanzieren. Umgekehrt hat das Modell mit einem paritätischen durchschnittlichen Beitragssatz den Vorteil, dass die Arbeitgeber kein finanzielles Interesse an der Kassenwahlentscheidung ihrer Beschäftigten haben. Auch hier wären wegen des geringen Reformbedarfs die Umsetzungsperspektiven relativ hoch.

Die Umsetzung des Modells B würde analog zum Modell A1 die volle Parität herstellen. Ebenfalls analog zu Modell A1 hätten die Arbeitgeber damit ein finanzielles Interesse an der Kassenwahlentscheidung ihrer Beschäftigten. Die Dämpfung des Preiswettbewerbs würde im Modell mit voller Beitragsautonomie noch höher ausfallen als im Modell A1, weil die Beitragssätze noch weiter von Null

entfernt und damit die Spürbarkeit von Beitragssatzunterschieden noch geringer wäre. Dementsprechend würden die Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung noch stärker ausgeweitet werden. Zudem hätte die Selbstverwaltung die Entscheidungsverantwortung für sämtliche Beitragskomponenten und damit – zumindest gefühlt – mehr Entscheidungsspielräume. Dieser Umstand verringert wiederum die Umsetzungschancen dieses Modells, weil der Gesetzgeber auf seine Kompetenz zur Festsetzung der allgemeinen kasseneinheitlichen Beitragskomponente verzichten müsste. Trotz dieser eher skeptischen Einschätzung zur Umsetzungsperspektive ist darauf hinzuweisen, dass eine sachlogische Begründung für die Teilung in zwei Beitragskomponenten spätestens bei der Umsetzung der Parität nicht mehr zu erkennen ist.

Die Entscheidung für eines der vorgestellten Elemente hängt von der Gewichtung der unterschiedlichen Bewertungskriterien ab. Von erheblicher Bedeutung ist der Umfang des paritätisch finanzierten Beitragssatzanteils. Wird er im Modell A1 sehr hoch angesetzt oder – im Modell C – im Grundsatz gar kostendeckend kalkuliert und ist damit der Zusatzbeitrag entsprechend niedrig, so führt dies zu geringen Belastungsunterschieden *zwischen den Versicherten*. Es gibt auch Gründe anzunehmen, dass auf diese Weise der Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen eingedämmt werden könnte. Sicher ist dies jedoch nicht. Vielmehr ist explizit darauf hinzuweisen, dass sich entgegen dieser Erwartung der Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen gerade deutlich verschärfen könnte. Dies hätte wiederum auch eine Einschränkung der Handlungsspielräume der Selbstverwaltung zur Konsequenz.

6. Begleitempfehlungen

Im Mittelpunkt dieses Gutachtens stehen Varianten zur Wiederherstellung einer Beitragsparität. Die Schaffung von Finanzierungsgerechtigkeit in der GKV umfasst neben der Ausgestaltung des Beitragsrechts aber noch weitere Aspekte. Sie sind nicht Gegenstand dieses Gutachtens und sollen daher hier auch nicht näher erörtert werden, sind aber gleichwohl bei einer Reform des Finanzierungsrechts zu beachten:

- *Erstens* sollte die Höhe des Bundeszuschusses einer stärkeren Regelbindung unterliegen und dynamisiert werden. In den letzten Jahren richtete sich dessen Festsetzung häufig nach kurzfristigen Fiskalinteressen. Eine gesetzliche Regelung würde für alle Beteiligten eine größere Rechtssicherheit schaffen.
- *Zweitens* sollte der Gesetzgeber dafür Sorge tragen, dass die Interessen der Krankenkassen (und der sozialen Selbstverwaltung) an einem Qualitätswettbewerb gestärkt werden. Dies könnte durch eine sektorenübergreifende Integration der Vergütungssysteme und der Planung von Kapazitäten etwas befördert werden.
- *Drittens* ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich zielgenauer auszugestalten, um die nicht von den Krankenkassen zu verantwortenden Ausgaben besser zu erfassen. Auf diese Weise lassen sich nicht

durch Effizienzunterschiede begründete Beitragssatzunterschiede und damit sachlich auch nicht begründete Belastungsunterschiede zwischen den Versicherten reduzieren.

- *Viertens* sollte die durch Zu- und Aufzahlungen entstehende Mehrbelastung von Kranken (und die gleichzeitige indirekte Entlastung von Arbeitgebern und Versicherungsgemeinschaft) reduziert werden. Insbesondere Geringverdiener sollten vollständig von Zuzahlungen befreit werden.
- *Fünftens* darf die durch die Herstellung von Beitragsparität erhöhte Finanzierungsgerechtigkeit nicht durch Leistungsausgliederungen konterkariert werden.

7. Fazit

Die hier vorgestellten Modelle führen nur zu eher geringfügigen Unterschieden bei den Belastungen von Versicherten und Arbeitgebern. Für die Verteilungsgerechtigkeit ist aus Versichertenperspektive in erster Linie die Höhe der Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen von Bedeutung. Solange Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen existieren, wird es stets eine Mehrbelastung der Versicherten in Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Beitragssatz gegenüber Arbeitgebern geben, deren Beschäftigte in Kassen mit unterdurchschnittlichem Beitragssatz versichert sind. Weil ein gegliedertes Krankenversicherungssystem wie die GKV ohne Beitragssatzunterschiede kaum denkbar ist, wird es immer auch Ergebnisse produzieren, die unter dem Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit nicht wünschenswert sind. Darin liegt ein Dilemma des gegliederten Kassensystems. Gerade deshalb ist eine Angleichung der Beitragssätze auch ein Gebot der Verteilungsgerechtigkeit.

Die Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen lassen sich aber nur zu einem geringeren Teil durch das Modell der Beitragsparität beeinflussen. Von weit größerer Bedeutung für die Verringerung der – von den Krankenkassen nicht zu beeinflussenden – Beitragssatzunterschiede ist die weitere Erhöhung der Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Die verschiedenen Paritätsmodelle haben auch nur geringfügige Unterschiede auf den Preiswettbewerb der Krankenkassen. Wir sind skeptisch gegenüber der Auffassung, dass der Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen mit der Erhöhung des einheitlichen Beitragssatzanteils entschärft wird. Vielmehr ist eher zu erwarten, dass der Preiswettbewerb sich in dem Maße verstärkt, wie sich der Anteil des einheitlich festgesetzten Beitragssatzes erhöht, weil es in diesem Falle bedeutsam ist, bereits geringfügige Abweichungen nach oben zu vermeiden. Daher ist auch darauf hinzuweisen, dass für die Wirkungen der verschiedenen Modelle vor allem die Höhe des einheitlich festgesetzten Beitragssatzes von Bedeutung ist.

Auch die Auswirkungen auf die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen unterscheiden sich nicht wesentlich. Auch hier geht mit dem Modell B nur scheinbar ein erweiterter Handlungsspielraum gegenüber der gegenwärtigen Rechtslage einher. Denn real macht es für die Krankenkassen keinen Unterschied, ob sie über den Zusatzbeitrag zu einem den Finanzbedarf systematisch unterdeckenden einheitlichen Beitragssatz oder über den gesamten Beitragssatz entscheiden. Im Übrigen sind die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung durch die Zwänge der Kassenkonkurrenz und durch zahlreiche gesetzliche Vorschriften – allen voran den Grundsatz der Beitragssatzstabilität – ohnehin erheblich eingeschränkt.

Erhebliche Unterschiede bestehen im Hinblick auf die Umsetzungschancen. Das Modell A1 weist gegenüber dem Status quo den geringsten Reformbedarf auf. Alle wesentlichen Elemente des gegenwärtigen Finanzierungsverfahrens könnten beibehalten werden; lediglich müsste der Zusatzbeitrag auf eine paritätische Finanzierung umgestellt werden. Darüber hinaus sind, wenn man einmal von der Arbeitgeberseite sowie von den politischen Parteien (bzw. Gruppierungen in diesen Parteien) absieht, die Arbeitgeberinteressen besonders nahestehen, bei dieser Lösung nur geringe Widerstände zu erwarten. Wir räumen ein, dass bei Modell A1 Arbeitgeber ein Interesse daran haben, ihre Beschäftigten zum Wechsel zu Krankenkassen mit niedrigen Beitragssätzen zu drängen – ein Nachteil, den dieses Modell im Übrigen mit Modell B teilt –, jedoch gehen wir aufgrund von Erfahrungen aus den Jahren vor 2009 nicht davon aus, dass eine solche Praxis in nennenswertem Umfang um sich greift.

Modell A2 weist auf der Individualebene die größten Unterschiede bei der Beitragsbelastung auf – sowohl zwischen den Versicherten als auch zwischen Versicherten und Arbeitgebern. Weil die Abweichung vom durchschnittlichen Beitragssatz allein den Arbeitnehmern auferlegt wird bzw. zugutekommt, bringt es eine stärkere Preiskonkurrenz der Krankenkassen mit sich als Modell A1, bei dem sich die Arbeitnehmer die mit solchen Abweichungen einhergehenden Be- bzw. Entlastungen mit den Arbeitgebern teilen. Die Durchsetzungschancen von Modell A1 erscheinen uns aber etwas größer, weil es die geringsten Änderungen am bestehenden Finanzierungssystem erfordert. ■



Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger,
Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld



Prof. Dr. Stefan Greß,
Leiter des Studiengangs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Hochschule Fulda

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit: Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln. 2000–2010. KF10 Bund, Stand: April 2011, Berlin 2011: BMG

Bundesministerium für Gesundheit: Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln. 2005–2016. KF17 Bund, Stand: März 2017, Berlin 2017: BMG

Saskia Drösler/Joerg Hasford/Bärbel-Maria Kurth/Marion Schaefer/Jürgen Wasem/Eberhard Wille: Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. abrufbar unter: www.bundesversicherungsamt.de
 ↳ Risikostrukturausgleich ↳ Wissenschaftlicher Beirat ↳ Evaluationsbericht 2011

Friedrich-Ebert-Stiftung: Positionspapier: Der Weg zur Bürgerversicherung – Solidarität stärken und Parität durchsetzen. Bonn 2016: Friedrich-Ebert-Stiftung

GKV-Spitzenverband: Krankenkassenliste – Veröffentlichung der Zusatzbeitragssätze 2017; die aktuellen Zusatzbeiträge der Kassen sind abrufbar unter: www.gkv-spitzenverband.de ↳ Service ↳ Versicherten-Service ↳ Krankenkassenliste

Stefan Greß: Haushaltssanierung auf Kosten der Beitragszahler – ein Trend verstetigt sich, in: *Gesundheit und Gesellschaft (G+G) Wissenschaft* 4/2015, S. 15–21

Stefan Greß/Karl-Jürgen Bieback (2014): Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Keine Verlässlichkeit und Stetigkeit, in: *ifo Schnelldienst* 7/2014, S. 6–9

Hans Günter Hockerts: Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland, Stuttgart 1980: Klett- Cotta

Susanna Kochskämper: Alternde Bevölkerung. Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung. Köln 2017: Institut der deutschen Wirtschaft

Gerhard Lehbruch (1996): Die korporative Verhandlungsdemokratie in Westmitteleuropa, in: ders.: *Verhandlungsdemokratie. Beiträge zur vergleichenden Regierungslehre*, Wiesbaden 2003: Westdeutscher Verlag, S. 154–176

Jonas B. Pendzialek/Marion Danner/Dusan Simic/Stephanie Stock: Price elasticities in the German Statutory Health Insurance market before and after the health care reform of 2009, in: *Health Policy* 5/2015, S. 654–663

Holger Pressel: Der Gesundheitsfonds: Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen, Wiesbaden 2012: Springer VS

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG), Bearbeitungsstand: 12. 2. 2014, 14:02 Uhr

Hartmut Reiners: Paritätische Finanzierung und Selbstverwaltung: Grundsatz und Wirklichkeit, in: *Gesundheit und Gesellschaft (G+G) Wissenschaft* 4/2015, S. 7–15

Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. Aufl., Bern 2014: Verlag Hans Huber

Florian Tennstedt: Soziale Selbstverwaltung, Bd. 2: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bonn 1977: Verlag der Ortskrankenkassen

Klaus Zok: Beitragssatzwahrnehmung und Wechselbereitschaft in der GKV, in: *WIdO-Monitor* 1/2016, S. 1–12

IMPRESSUM

Soziale Sicherheit EXTRA

Zeitschrift für Arbeit und Soziales

Sonderausgabe – Januar 2018

ISSN 0490-1630

HERAUSGEBER

Deutscher Gewerkschaftsbund

REDAKTION

Hans Nakielski, Rolf Winkel (beide verantwortlich)

Herbert Odenthal (Assistenz)

ANSCHRIFT DER REDAKTION

SozialText Media GbR

Poller Hauptstraße 25–27, 51105 Köln

Tel. 02 21 / 6 30 87 33, Fax 02 21 / 8 00 82 98

E-Mail: sozialtext@t-online.de

INTERNET www.sozialesicherheit.de

VERLEGER

Bund-Verlag GmbH

GESCHÄFTSFÜHRER

Rainer Jöde

GESCHÄFTSBEREICH ZEITSCHRIFTEN

Bettina Frowein (Leitung)

ANSCHRIFT DES VERLAGES

Bund-Verlag GmbH

Heddernheimer Landstraße 144

60439 Frankfurt/Main (ladungsfähige Anschrift)

Tel. 0 69 / 79 50 10-0, Fax 0 69 / 79 50 10-18

LESER- UND ABOSERVICE

Bund-Verlag GmbH, 60424 Frankfurt/Main

Tel. 0 69 / 79 50 10-96, Fax 0 69 / 79 50 10-12

E-Mail: abodienste@bund-verlag.de

ANZEIGEN

Peter Beuther (verantwortlich), Thorsten Kauf

Tel. 0 69 / 79 50 10-6 02, Fax 0 69 / 79 50 10-12

thorsten.kauf@bund-verlag.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 18,

gültig ab 1. 1. 2018.

PREIS

8,90 € inkl. MwSt., Inlandsversand und Porto

(für Ausgaben, die beim Bund-Verlag bestellt werden)

TITELBILD

© IG Metall/typeXpress

DRUCKVORSTUFE

typeXpress, Sabine Brand, Köln

DRUCK

Konrad Triltsch GmbH, Ochsenfurt

Mit Namen oder Initialen gekennzeichnete Artikel

geben nicht unbedingt die Meinung des Heraus-

gebers, der Redaktion oder des Verlages wieder.

URHEBER- UND VERLAGSRECHTE

Alle in dieser Fachzeitschrift veröffentlichten

Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich

geschützt. Jede Verwertung – auch auszugsweise –

bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages.

PRODUKT-NR. 39869-74125



NEU

In einem Band

Das gesamte Sozialrecht

Klar, prägnant und gut verständlich erläutert der Kompaktcommentar das gesamte Sozialrecht – konzentriert auf die wesentlichen Vorschriften, die für die Beratung von Arbeitnehmern wichtig sind. Die Kommentierungen haben stets die Rechte der Arbeitnehmer im Blick, verzichten auf wissenschaftliche Vertiefung und orientieren sich an der Rechtsprechung Bundessozialgericht und Bundesarbeitsgericht. Gesetze und Rechtsprechung sind auf aktuellem Stand.

Schwerpunkte

- › Die Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung
- › Die Arbeitsförderung
- › Die Grundsicherung und die Sozialhilfe
- › Wohngeld, Kindergeld und Elterngeld
- › Das Schwerbehindertenrecht
- › Der Sozialdatenschutz

Vorteile auf einen Blick

- › Alle wichtigen Vorschriften kommentiert in einem Band
- › Antworten auf alle wichtigen Arbeitnehmerfragen
- › Starker Praxisbezug

Brall / Kerschbaumer / Scheer / Westermann (Hrsg.)

Sozialrecht

Kompaktcommentar für die Arbeitnehmerberatung
SGB I bis SGB XII und SGG

2., aktualisierte und überarbeitete Auflage

2017. 2.275 Seiten, gebunden

€ 129,-

ISBN 978-3-7663-6510-1

www.bund-verlag.de/6510

Schwerbehindertenrecht

Unfallversicherung

Kindergeld

Rentenversicherung

Pflegeversicherung

Einfach online bestellen:

1. Einsteigen auf www.bund-verlag.de/6510 2. Daten eingeben 3. Absenden
oder Coupon ausfüllen und abschicken:

Expl.	Best.-Nr. 978-3-7663-	Autor / Kurztitel	Preis / €
	6510-1	Brall u.a. (Hrsg.) Sozialrecht	129,-

Absender: Frau Herr

Name / Vorname:

Firma / Funktion:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Datum / Unterschrift:

Postfach
60424 Frankfurt am MainInfotelefon:
069 / 79 50 10-20Fax:
069 / 79 50 10-11E-Mail:
kontakt@bund-verlag.de

www.bund-verlag.de

Immer topaktuell informiert sein

- Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter für Betriebsräte nutzen.
 Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter für Personalräte nutzen.
 Den Newsletter kann ich jederzeit wieder abbestellen.

INFORMATIONEN ZUR SOZIALPOLITIK

SOPOINFO

VERSTÄNDLICH AUFGEARBEITET PRÄZISE ANALYSIERT SACHLICH DISKUTIERT



DURCHBLICKEN IM DSCHUNGEL DER SOZIALPOLITIK
→ WWW.SOPO-INFO.DE



Soziale Sicherheit

kompetent, analytisch, richtungsweisend – insbesondere auch für Mitglieder der sozialen Selbstverwaltung

Keine andere Publikation unterstützt die Arbeit der sozialen Selbstverwaltung so wie die Soziale Sicherheit. Regelmäßig werden Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter darin in einer eignen Rubrik aktuell und kompetent informiert. Sie haben auch das Recht, die Zeitschrift vom Sozialversicherungsträger bezahlt zu bekommen:

»Das Ehrenamt berechtigt zu Informationen und Auskünften, soweit diese für die sachgerechte Wahrnehmung der Aufgaben benötigt werden. Deshalb müssen dafür auch Gesetzestexte, Bücher und (Fach-)Zeitschriften (wie etwa auch die Soziale Sicherheit) zur Verfügung gestellt werden. Dem Zweck der unabhängigen Amtsführung würde es widersprechen, wenn die Auswahl von Informationsquellen allein dem Sozialversicherungsträger überlassen wäre. [...] Bei Sachmitteln (z.B. Literatur) wird vielfach anstelle der direkten Zurverfügungstellung das Selbstverwaltungsmittglied die Kosten zunächst auslegen und sich diese vom Sozialversicherungsträger ersetzen lassen. Eine Erstattungspflicht für solche »bare Auslagen« ergibt sich aus § 41 Abs. 1 Satz 1 SGB IV.«

Prof. Dr. Holger Brecht-Heitzmann, Hochschule der Bundesagentur für Arbeit in Schwerin, **Dr. Judith Reuter**, Arbeits- und Sozialrechtlerin in Brüssel in Soziale Sicherheit 10/2017, S. 353

ZWEI AUSGABEN GRATIS.

Arbeit und Soziales voranbringen. Mit der Fachzeitschrift für Sozialpolitik und Sozialrecht.



Zeitschrift



Online-Ausgabe/
Archiv



SoSipus Recht-
sprechungsdienst

