

Paritätische Finanzierung und Selbstverwaltung: Grundsatz und Wirklichkeit

von Hartmut Reiners¹

ABSTRACT

Die paritätische Finanzierung durch Versicherte und ihre Arbeitgeber sowie die entsprechende Besetzung der Selbstverwaltungsgremien sind traditionelle Merkmale des deutschen Sozialversicherungssystems. Von ihnen hat man sich teilweise verabschiedet. Die Selbstverwaltungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung sind nur in den Pflichtkassen paritätisch besetzt, in den Verwaltungsräten der Ersatzkassen sitzen fast nur Versichertenvertreter. Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt sorgen für einen Trend zur drittelparitätischen Finanzierung. Der Zusatzbeitrag belastet die Versicherten stärker als ihre Arbeitgeber. Er hat sich zu einem Hemmschuh für eine Verbesserung der Versorgungsqualität entwickelt, anstatt sie, wie behauptet, zu fördern. Auch die Behauptung, er leiste einen Beitrag zur Sicherung von Beschäftigung und Wachstum, ist eher ein Credo als empirisch evident. Daher ist die Konstruktion der Beitragssatzarchitektur zu überdenken.

Schlüsselwörter: Beitragssatz, Zusatzbeitrag, Parität, Lohnkosten

Equal funding and equal representation of employers and employees in the self-governing boards have traditionally been considered fundamental principles of the German social security system. But these principles are exceedingly being ignored, as various examples show. Only the seats in the self-governing boards of the former compulsory sickness funds for blue collar workers are equally assigned, the boards of the former funds for white collar workers, however, consist almost exclusively of representatives of the employees. Federal subsidies illustrate the tendency to involve a third party, namely the state. The additional contribution is an extra burden on the employees alone. This is all the more problematic since it tends to thwart the improvement of medical care instead of stimulating it. Also, the claim that the additional contribution enhances employment and economic growth is by no means proven. It seems more of a creed than a fact. Therefore the structure of the contribution system needs rethinking.

Keywords: contribution rate, additional contribution, parity, (employers') labour costs

1 Einleitung

Die paritätische Zahlung der Beiträge durch die Versicherten und ihre Arbeitgeber sowie die entsprechende Besetzung der Selbstverwaltungsgremien gelten als ordnungspolitische Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Aber wie es in der Politik mit Prinzipien so ist, sie werden flexibel gehandhabt. Die paritätische Besetzung der Selbstverwaltung gibt es seit jeher nur in den ehemaligen Pflichtkassen, also in den AOKs, den Betriebs- und Innungskassen und bei der Knappschaft-Bahn-See. In den Verwaltungsräten der Ersatzkassen haben fast nur Versichertenvertreter das Sagen. Die halbpärätische Finanzierung wurde in den vergangenen zehn Jahren deutlich modifiziert:

- Ab 2005 wurde ein Sonderbeitrag der Versicherten von 0,9 Prozentpunkten eingeführt.
- Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 brachte mit dem Zusatzbeitrag eine weitere Verlagerung der Beitragslasten auf die Versicherten. Der 2009 eingerichtete Gesundheitsfonds speiste sich zunächst aus einem allgemeinen Beitragssatz von 14,9 Prozent, später 15,5 Prozent, von denen die Versicherten 7,9 beziehungsweise 8,2 Prozentpunkte zu tragen hatten. Krankenkassen, die mit den Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskamen, sollten einen festen Euro-Betrag als Zusatzbeitrag erheben.
- Das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 gestaltete den Zusatzbeitrag prozentual zum beitragspflichtigen

¹ Hartmut Reiners, Friedbergstraße 45, 14057 Berlin · Telefon: 030 3126628 · E-Mail: hartmut-reiners@t-online.de

Einkommen und senkte den allgemeinen Beitragssatz auf 14,6 Prozent bei nur scheinbar paritätischer Finanzierung. Kommen die Kassen mit den sich daraus ergebenden Zuweisungen nicht aus, müssen sie einen Zusatzbeitrag erheben.

- Seit 2004 erhält die GKV Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt, die bis dahin nur der Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung gewährt wurden.

Faktisch werden durch den Zusatzbeitrag alle beitragsatzrelevanten Ausgabensteigerungen der GKV nur von den Versicherten getragen, sofern sie nicht durch die Bundeszuschüsse aufgefangen werden. Die Begründung für die höhere Belastung der Versicherten ist seit jeher die gleiche: Steigende Sozialabgaben der Arbeitgeber beeinträchtigten die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft; der Zusatzbeitrag fördere zudem den Kassenwettbewerb und biete so Anreize für eine bessere Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Damit stellen sich drei Fragen:

1. Welche Legitimation haben die paritätische Beitragsfinanzierung und die Besetzung der Selbstverwaltungsgremien in der GKV?
2. Welchen Einfluss haben die Sozialabgaben auf die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft?
3. Welche Wirkungen hat der Zusatzbeitrag auf den Kassenwettbewerb?

2 Halbparität – ein erodierender ordnungspolitischer Grundsatz

Die halbparitätische Finanzierung und Selbstverwaltung durch die Versicherten und deren Arbeitgeber gründet in der Bismarck'schen Sozialversicherung als einem System von Lohnersatzleistungen. Zudem wurden bis 1995 die Versicherten je nach Arbeitgeber und Stellung im Beruf einer bestimmten Kassenart zugewiesen. Die Ersatzkassen für Angestellte und ausgewählte Arbeiterberufe wurden 1935 in die GKV integriert, allerdings unter Beibehaltung ihrer nur von Versichertenvertretern gewählten Selbstverwaltung. Dieses duale System von Pflicht- und Wahlkassen wurde erst durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21. Dezember 1992 abgeschafft, das ab 1996 die freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten einführt. Die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall wurde in den 1950er- und 1960er-Jahren zunächst durch Tarifverträge, dann durch das Lohnfortzahlungsgesetz vom 27. Juli 1969 auch für Arbeiter in den ersten sechs Wochen einer Erkrankung den Arbeitgebern zugeordnet. An der paritätischen Finanzierung des Beitragssatzes änderte diese Entwicklung ebenso wenig wie an der Beschränkung der halbparitätischen Besetzung der Selbstverwaltungsgremien auf die früheren Pflichtkassen.

Das deutsche Sozialversicherungssystem wird schon lange nicht mehr nur über Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber finanziert, sondern über eine Mischung aus Sozialabgaben und Zuwendungen aus dem Bundeshaushalt. Das entspricht einem seit Jahren zu beobachtenden internationalen Trend, der die gängige Typisierung von Wohlfahrtssystemen in „drei Welten“ (*Esping-Andersen 1990*) – Sozialversicherung, Steuerfinanzierung und private beziehungsweise betriebliche Risikoabsicherung – in Richtung Mischfinanzierung unterläuft (*Rothgang et al. 2006*). Mittlerweile hat die Sozialversicherung eher eine drittelparitätische Finanzierung (Tabelle 1):

- Das Budget der Rentenversicherung speist sich zu 30,7 Prozent aus dem Bundeshaushalt. Hinzu kommen 2,8 Prozent aus Beitragszahlungen für bestimmte Empfänger staatlicher Sozialleistungen.
- Die GKV erhält 12,6 Prozent ihrer Einnahmen aus Beiträgen, die der Staat vor allem für Empfänger von Arbeitslosengeld und Sozialhilfe aufzubringen hat. Hinzu kommen Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt.
- In der Pflege-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung sind die staatlichen Zuwendungen erheblich niedriger. Der Haushalt der Bundesagentur für Arbeit hätte jedoch einen deutlich höheren steuerfinanzierten Anteil, wenn sie alle Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitslosen aus ihrem Beitragsaufkommen finanzieren müsste.

Die GKV erhält seit 2004 Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt, die eigentlich als Ausgleich für versicherungsfremde Leistungen gedacht waren und sich vor allem aus der Tabaksteuer refinanzieren sollten, auch wenn zweckgebundene Steuern in unserem Fiskalsystem nicht vorgesehen sind. Diese Zuschüsse beschränkten sich zunächst auf drei Milliarden Euro und wurden mit der Errichtung des Gesundheitsfonds schrittweise bis 2012 auf 14 Milliarden Euro angehoben. So konnten Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, was das eigentliche Ziel von Zuschüssen des Bundes zur Sozialversicherung ist. Sie wurden in den vergangenen Jahren der Konjunkturlage und der damit verbundenen Entwicklung des Steueraufkommens angepasst. 2015 fließen aus dem Bundeshaushalt 11,5 Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds, 2016 sollen es wieder 14 Milliarden Euro sein. Von einer halbparitätischen Finanzierung der GKV kann also keine Rede mehr sein.

Auch die Selbstverwaltungsgremien sind nicht durchgängig paritätisch mit Vertretern der Versicherten und ihrer Arbeitgeber besetzt. Das ist nur bei den ehemaligen Pflichtkassen der Fall. In deren Selbstverwaltung nahmen bis 1951 die Versicherten zwei Drittel der Sitze ein. Die Halbparität wurde im Zuge der Mitbestimmung in der Montanindustrie eingeführt. Die Gremien der Ersatzkassen bestehen (fast) nur aus Versichertenvertretern, was früher damit begründet werden konnte, dass ihre Mitglieder zum überwiegenden Teil als Angestellte einen im Bürgerlichen Gesetzbuch festgehalte-

TABELLE 1

Finanzierung der Sozialversicherungssysteme 2014

	Leistungen insgesamt in Milliarden Euro	Davon finanziert in Prozent				
		Beiträge			Zuschüsse des Staates	Sonstige Einnahmen
		Versicherte	Arbeitgeber	Staat		
Rentenversicherung	274,727	33,0	33,4	2,8	30,7	0,1
Krankenversicherung	201,892	49,8	31,5	12,6	5,9	0,5
Pflegeversicherung	25,863	58,5	36,0	5,4	–	0,3
Unfallversicherung	13,432	11,6	80,1	0,3	5,8	2,2
Arbeitslosenversicherung	30,739	47,2	50,8	1,7	0,1	1,2

Quelle: BMA (Sozialbudget), eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

nen Anspruch auf Zahlung von Krankengeld durch den Arbeitgeber in den ersten sechs Wochen einer Erkrankung hatten und die Kassen erst ab der siebten Woche Krankengeld zahlen mussten. In den 1950er- und 1960er-Jahren erhielten auch Arbeiter diesen Anspruch, erst über Tarifverträge und dann grundsätzlich mit dem Lohnfortzahlungsgesetz vom 27. Juli 1969. Das gab der GKV eine andere ökonomische Dimension. Sie war endgültig keine Lohnersatzkasse mehr, sondern hatte sich zur zentralen Steuerungsinstanz eines rasant wachsenden Wirtschaftszweiges entwickelt, dessen Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) sich allein zwischen 1970 und 1980 fast verdoppelte. Damit veränderten sich auch die Aufgaben der Selbstverwaltungsorgane, die zunehmend einer Art Aufsichtsrat von Wirtschaftsbetrieben glichen, obwohl sich deren Protagonisten darüber nicht wirklich im Klaren waren. Zugleich erhöhte sich der Marktanteil der Ersatzkassen mit der Folge einer abnehmenden Repräsentanz der Arbeitgeber in der Selbstverwaltung, eine der ordnungspolitischen Ungereimtheiten im GKV-System. Durch die mit dem GKV-WSG seit 2007 ermöglichten kassenartenübergreifenden Fusionen von Ersatz- und (ehemaligen) Pflichtkassen kam es zu merkwürdigen Konstruktionen mit einigen wenigen Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat. Das hatte zum Beispiel auch Konsequenzen für die Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes, dem 31 Versicherten- und 21 Arbeitgebervertreter angehören.

Eigentlich hätte man mit der 1996 erfolgten Einführung der freien Kassenwahl auch in der Besetzung der Selbstverwaltungsgremien für Gleichheit sorgen und die Parität in al-

len Kassenarten einführen können. Theoretisch ist auch eine in allen Kassenarten nur aus Versichertenvertretern bestehende Selbstverwaltung denkbar, aber das war und ist kein relevantes Thema. Es besteht ein allgemeines politisches Interesse an der Mitverantwortung der Arbeitgeber in der Sozialversicherung. Eine einheitlich in allen Kassenarten paritätisch besetzte Selbstverwaltung war zwischen und in den das GSG tragenden Parteien nicht konsensfähig. Ein solcher Schritt hätte bei den Ersatzkassen und der damals existierenden Deutschen Angestellten-Gewerkschaft (sie fusionierte 2011 mit mehreren anderen Gewerkschaften zur Dienstleistungsgewerkschaft ver.di) noch mehr Ärger hervorgerufen als ohnehin schon mit der Einführung der freien Kassenwahl verbunden war, und den wollte man sich ersparen (*Knieps und Reiners 2015, 111 ff.*). Die Ungereimtheiten in der Zusammensetzung der GKV-Selbstverwaltungsgremien sind auch eher ein Randproblem in unserem an Widersprüchen reichen Gesundheitswesen, zumal sich daraus keine wirklichen Wettbewerbsverzerrungen ergeben. Es handelt sich um eine Frage der politischen Opportunität.

3 GKV-Beiträge als Lohnkosten

Die lohnbezogene Beitragsfinanzierung der GKV hat sich in Deutschland zwar etabliert, ist aber seit 30 Jahren Gegenstand einer Debatte über ihre Wirkung auf die wirtschaftliche Entwicklung (*Reiners 2011, 43 ff.*). Das Gesundheitswesen sei eine Wachstumsbranche, was an sich positiv zu bewerten sei.

ABBILDUNG 1

Wie viel kostet eine Handwerkerstunde?

Bruttolohn (Geselle) pro Stunde:

13,50 Euro = 27,83 Prozent

Mehrwertsteuer:

7,74 Euro = 15,96 Prozent

Zuschlag Unternehmerrisiko:

0,68 Euro = 1,40 Prozent

betriebliche Gemeinkosten:

14,45 Euro = 29,79 Prozent

Gehälter für Bürokräfte usw., Raum- und Energiekosten, betriebliche Steuern (Gewerbe) und Versicherungen, Instandhaltung, Kreditzinsen, kalkulatorische Gemeinkosten (unter anderem Abschreibungen)

gesetzliche Sozialaufwendungen:

4,98 Euro = 10,27 Prozent

Arbeitgeberanteil Sozialversicherung, Beitrag Berufsgenossenschaft, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, gesetzliche Feiertage

tarifliche Sozialaufwendungen:

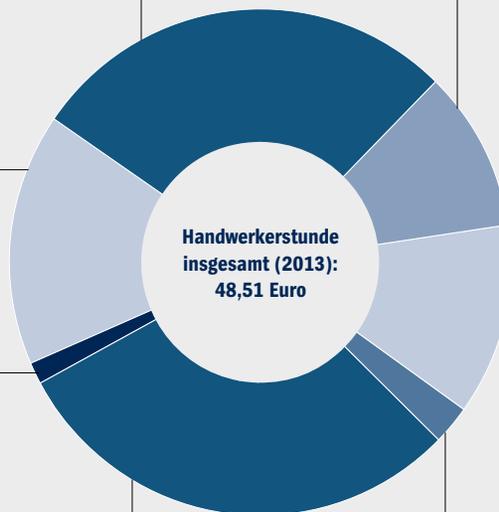
5,94 Euro = 12,24 Prozent

Urlaubsentgelt, Sonderzahlungen (13. Gehalt, Weihnachtsgeld), betriebliche Altersversorgung, Vermögensbildung

freiwillige Sozialaufwendungen:

1,22 Euro = 2,51 Prozent

Familienbeihilfen, Fahrgeld, Zuschüsse zur Altersvorsorge



Quelle: www.kks-klima.de/files/handwerkerstunde und eigene Berechnungen; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Dieses Wachstum schlage sich aber über die GKV-Beiträge in steigenden Lohnnebenkosten nieder, was der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft schade. Diese erstmals vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 1985/86 formulierte These hat sich zu einem Mantra entwickelt, das trotz fehlender Evidenz noch heute die gesundheitspolitische Debatte überlagert. Dabei wird auch ein absurder Streit darüber geführt, ob man von Lohnneben- oder Lohnzusatzkosten sprechen sollte. Für die Unternehmen sind derartige Haarspaltereien über „Lohnnebenzusatzkosten“ (Süddeutsche Zeitung, 3. Juni 2006) irrelevant, für die letztlich nur die Lohnkosten in ihrer Gesamtheit zählen, nicht aber deren Komponenten.

Die Wortbestandteile „neben“ beziehungsweise „zusatz“ suggerieren, dass die Arbeitskosten ohne die Sozialabgaben entsprechend geringer wären. Das ist ein Trugschluss, der den Doppelcharakter der Löhne ignoriert, deren Höhe so-

wohl von der Produktivitätsentwicklung als auch von den Lebenshaltungskosten bestimmt wird, die in das Wirtschaftssystem eingehen „wie der Kraftstoff für Maschinen oder das Futter für das Vieh“ (Sraffa 1976, 28). Der allgemeine Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung gehört zu den Standards moderner Gesellschaften, der in den EU-Staaten entweder über eine Krankenversicherung oder ein staatliches Gesundheitswesen sichergestellt wird. Verlagert man diese Kosten auf die Privathaushalte, wird damit erfahrungsgemäß eher eine Steigerung als eine Senkung der Lebenshaltungskosten bewirkt (Reiners 2011, 22 ff.). Höhere Krankenversicherungsbeiträge wirken sich dann zwar nicht direkt auf die Lohnkosten aus, sie werden aber bei den Tarifverhandlungen geltend gemacht. Eine Übernahme der Krankheitskosten durch den Staatshaushalt wäre ein gesamtwirtschaftliches Nullsummenspiel, da sinkende Sozialabgaben durch höhere Steuern erkauft werden müssten und die Abgabenbelastung insgesamt gleich bliebe.

TABELLE 2

Geschichte des Zusatzbeitrages

Gesetz	Gestaltung des GKV-Beitrages
GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003	Versicherte zahlen ab 2005 neben dem Beitragssatz ihrer Kasse einen zusätzlichen Beitragssatz von 0,5 Prozent.
Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 20. Dezember 2004	Anhebung des zusätzlichen Beitragssatzes ab 1. Juli 2005 auf 0,9 Prozent.
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007	Einführung des Gesundheitsfonds ab 2009, der sich aus einem allgemeinen Beitragssatz von 14,9 Prozent bei einem Arbeitgeberanteil von 7,0 Prozent sowie Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt finanziert. Die Kassen erhalten aus dem Fonds Zuweisungen entsprechend der Risikostruktur ihrer Versicherten. Kommt eine Kasse mit diesen Zuweisungen nicht aus, muss sie einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Dieser soll ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht überschreiten.
GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) vom 22. Dezember 2010	Der allgemeine Beitragssatz wird auf 15,5 Prozent angehoben, von denen die Arbeitgeber 7,3 Prozent tragen. Die Überforderungsklausel wird durch einen Sozialausgleich ersetzt, der ab einer Höhe von zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens greift. Bemessungsgrundlage ist der durchschnittliche Zusatzbeitrag. Der Sozialausgleich wird aus Reserven des Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt finanziert.
GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014	Der allgemeine Beitragssatz wird auf 14,6 Prozent gesenkt und zu gleichen Teilen von den Versicherten und ihren Arbeitgebern finanziert. Der Zusatzbeitrag wird einkommensbezogen erhoben, der Sozialausgleich aus Steuermitteln entfällt.

Quelle: eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Aber auch wenn man die Lohnnebenkosten als eigenständigen Wettbewerbsfaktor betrachtet, gibt es keine belastbaren empirischen Belege für die Behauptung, die Sozialabgaben seien in Deutschland zu hoch. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes lag 2009 der Anteil sowohl der Lohnnebenkosten insgesamt als auch der Sozialversicherungsabgaben unter dem EU-Durchschnitt (*Reiners 2011, 49 ff.*). Die Gesundheitskosten pro Arbeitsplatz (einschließlich Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) bewegen sich in Deutschland im internationalen Mittelfeld, wie eine Studie im Auftrag der Techniker Krankenkasse ergab (*Ecker et al. 2004*). Sie konnte auch keinen Zusammenhang zwischen der Beschäftigungsentwicklung und der Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitskosten erkennen. Rein statistisch stieg sogar die Zahl der Arbeitsplätze gerade in Branchen mit hohen Ausgaben für Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Sozialversicherung. Daraus lässt sich natürlich kein positiver Wirkungszusammenhang ableiten, aber es wird deutlich, dass die Entwicklung der Sozialabgaben be-

ziehungsweise Krankenversicherungskosten für die Unternehmen auch nicht ansatzweise ein Jobkiller ist.

Dagegen wird eingewandt, das alles möge für Großbetriebe mit einem relativ niedrigen Anteil des Faktors Arbeit an den Gesamtkosten stimmen. Das sehe bei mittelständischen Betrieben aber anders aus. Auch diese Behauptung ist eher „gefühl“ als faktenbasiert. Die Bayerischen Handwerkskammern veröffentlichen im Internet die durchschnittlichen Kosten für eine Handwerkerstunde, die sich 2013 auf 48,51 Euro belaufen (siehe Abbildung 1). Die gesetzlichen Sozialaufwendungen, zu denen nicht nur die Sozialversicherungsabgaben gehören, sondern auch die Kosten für Mutterschaft und gesetzliche Feiertage, machen demnach gut zehn Prozent der Gesamtkosten aus. Eine Erhöhung des Arbeitgeberanteils an den GKV-Beiträgen von zurzeit 7,3 auf paritätische 7,75 Prozentpunkte würde die Sozialaufwendungen der Arbeitgeber um nur sechs Cent anheben. Mit dem durch den Zusatzbeitrag eingesparten Geld kann

der Chef vielleicht für die Weihnachtsfeier ein Fass Bier spendieren, aber keinen Arbeitsplatz sichern oder gar neu schaffen.

4 Der Zusatzbeitrag – Motor oder Bremse des Kassenwettbewerbs?

Der heutige Zusatzbeitrag hatte einen Vorgänger, der jedoch wettbewerbsneutral war. Das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 führte ab 2005 einen nur von den Versicherten zu zahlenden zusätzlichen Beitragssatz von zunächst 0,5 Prozent ein, der mit dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15. Dezember 2004 auf 0,9 Prozent angehoben wurde (siehe Tabelle 2).

Ursprünglich sollte mit ihm die Zahnersatzversorgung finanziert werden, die jedoch mit dem Gesetz vom Dezember 2004 neu geregelt und aus den Pflichtleistungen der GKV gestrichen wurde.

Der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 ab dem Jahr 2009 eingeführte einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wird dagegen kassenspezifisch erhoben. Er verdankt seine Existenz einem Kompromiss zwischen der Union und der SPD (*Knieps und Reiners 2015, 148 ff.*). Die CDU war 2005 mit der Forderung nach einer Umstellung der GKV-Finanzierung von lohnbezogenen Beitragssätzen auf eine Kopfpauschale in den Wahlkampf gegangen und damit gescheitert. Dennoch wollten maßgebliche CDU-Politiker diese auch innerhalb der Union umstrittene Idee nicht völlig aufgeben und setzten bei den Verhandlungen zum GKV-WSG einen Zusatzbeitrag in Form eines festen Euro-Betrages durch. Er war mit einer Überforderungsklausel verbunden, die dafür sorgen sollte, dass der Zusatzbeitrag ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigt. Diese Grenze wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. Dezember 2010 auf zwei Prozent angehoben und mit einem komplizierten Sozialausgleich verbunden (siehe Tabelle 2).

Der Zusatzbeitrag erwies sich als ein wenig effektives Steuerungsinstrument, wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) in seinem Sondergutachten 2012 darlegt (*SVR-G 2012, Ziffern 487 ff.*). Er stellt fest, dass unter den diversen Parametern des Kassenwettbewerbs die Beitragshöhe eindeutig den höchsten Stellenwert hat, was leicht erklärbar sei. Sie sei eine für die Versicherten einfache Orientierungsgröße für die Kassenwahl, ganz im Gegensatz zu den „schwer messbaren, eher intransparenten Qualitätsmerkmalen und -unterschieden im Leistungsbereich“ (*SVR-G 2012, Ziffer 488*).

Dieser Effekt wird verstärkt durch den Sachverhalt, dass Kassenwechsler beziehungsweise wechselbereite Versicherte vornehmlich zum Kreis der jungen, gut verdienenden und besser gebildeten Personen gehören, die wegen ihres guten Gesundheitszustandes nur gelegentlich GKV-Leistungen in Anspruch nehmen und daher weniger auf die Versorgungsqualität achten. Ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte, für die dieser Aspekt eine sehr viel größere Bedeutung hat, zeigen hingegen kaum Neigungen zum Kassenwechsel. Sie haben offenbar andere Sorgen und zudem oft ein Vertrauensverhältnis zu den sie betreuenden Kassenmitarbeitern aufgebaut, das sie bei einem Kassenwechsel erst neu aufbauen müssten.

Diese ungleich verteilte Bereitschaft zum Kassenwechsel ist ein seit Jahren bekanntes, von verschiedenen Studien über Wechslerprofile belegtes Phänomen (*Lauterbach und Wille 2001; Böcking et al. 2002; Andersen und Grabka 2006*), das durch die Einführung des Zusatzbeitrages noch an Bedeutung gewonnen hat. Im WIdO-Monitor gaben 2011 zwar nur 22,2 Prozent der Befragten den Zusatzbeitrag als Grund für ihre Wechselbereitschaft an, jedoch lag diese Quote bei den einen Zusatzbeitrag erhebenden Kassen bei 62,2 Prozent (*Zok 2011*). Weitere elf Prozent gaben bei diesen Kassen deren unbefriedigendes Preis-Leistungs-Verhältnis als Wechselgrund an, was vor allem mit dem Zusatzbeitrag zusammenhängen dürfte. Der SVR-G stellt fest, dass 2010 und 2011 rund 90 Prozent der Netto-Mitgliederverluste bei Kassen mit einem Zusatzbeitrag auftraten (*SVR-G 2012, Ziffer 496*). Diese hatten einen Mitgliederverlust von durchschnittlich zwölf Prozent zu verkraften. Weitere zwölf Prozent ihrer Mitglieder kündigten in Befragungen an, ihre Kasse demnächst wegen des Zusatzbeitrages verlassen zu wollen.

Weshalb einzelne Kassen einen Zusatzbeitrag erheben mussten, soll hier nicht weiter zur Debatte stehen. Der SVR-G sieht vor allem Managementfehler, aber auch Lücken im morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich (*SVR-G 2012, Ziffer 492*). Von denen sind Kassen mit überwiegend in Ballungszentren lebenden Versicherten betroffen. Regionale Kostenunterschiede werden im auf bundesweiten Durchschnittsgrößen basierenden morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich kaum berücksichtigt. Auf jeden Fall fürchten Kassenvorstände angesichts drohender Mitgliederverluste nichts so sehr wie den Zusatzbeitrag. In einer Befragung des SVR-G gaben 87 Prozent der Kassen an, dass Versicherte auf den Zusatzbeitrag deutlich stärker reagieren als auf Beitragssatzsteigerungen in früheren Zeiten. Dafür werden folgende, nicht immer plausible Gründe angegeben (*SVR-G 2012, Ziffer 519*):

- Viele Kassenvertreter nennen in diesem Zusammenhang den festen Arbeitgeberanteil. Der dürfte aber bei einem Kassenwechsel nicht wirklich eine Rolle spielen, weil er

sich dabei nicht ändert. Vielmehr wird dem „Wettbewerb im Lohnbüro“ die Basis dafür entzogen, dass Arbeitgeber ihre Beschäftigten drängen, zu einer möglichst beitragsgünstigen Kasse zu wechseln. Da der Wettbewerb sich an den Präferenzen der Versicherten orientieren sollte, ist der einheitliche Arbeitgeberanteil eine sinnvolle Regelung.

- Schon eher spielt eine Rolle, wenn der Zusatzbeitrag nicht automatisch vom Lohn abgezogen wird, sondern – wie es zum Zeitpunkt der Befragung noch der Fall war – von den Versicherten getrennt an ihre Kasse überwiesen werden muss. Das ist nicht nur mit lästigem Aufwand verbunden, dadurch werden viele Versicherte überhaupt erst auf Beitragserhöhungen aufmerksam.
- Die frühere Form des Zusatzbeitrages als fester Euro-Betrag ist viel konkreter als prozentuale Beitragssätze.

Auch andere Untersuchungen wie die von Jacobs und Wasm (2013) zeigen, dass der Zusatzbeitrag einen über die Versorgungsqualität geführten Wettbewerb erheblich erschwert. Zwar tragen bestimmte Verbesserungen von Service- und Versorgungsleistungen zur Zufriedenheit der Versicherten bei. Aber ihr Nutzwert kann offenbar die finanziellen Nachteile des Zusatzbeitrages nicht kompensieren. Das gilt insbesondere für den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag. Der SVR-G muss zudem feststellen, dass die meisten Versicherten sich am liebsten gar nicht mit dem Thema Krankenversicherungsschutz beschäftigen möchten. Sie begegnen „neuen Wahlmöglichkeiten mit Verunsicherung und Skepsis bis hin zu genereller Ablehnung“ (SVR-G 2012, Ziffer 499).

Daraus sollte man eigentlich im Sinne einer Förderung des Qualitätswettbewerbs den Schluss ziehen, den Zusatzbeitrag wieder abzuschaffen. Stattdessen wartete der SVR-G mit einem angesichts seiner stimmigen Analyse über die vom Zusatzbeitrag verschärfte Dominanz des reinen Preiswettbewerbs irritierenden Vorschlag auf. Man solle den allgemeinen Beitragssatz so senken, dass quasi alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssten (SVR-G 2012, Ziffer 525). Diesem Vorschlag ist die Bundesregierung im GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) gefolgt. Der allgemeine Beitragssatz wurde auf 14,6 Prozent gesenkt und paritätisch von den Versicherten und ihren Arbeitgebern getragen. Die zwangsläufige Folge waren ab dem Jahr 2015 Zusatzbeiträge bei fast allen Kassen. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes kommen gegenwärtig nur zwei Kassen ohne einen Zusatzbeitrag aus, bei den anderen Kassen bewegt er sich zwischen 0,3 und 1,3 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens, bei einem Durchschnitt von 0,9 Prozentpunkten. Der Gesamtbeitragssatz liegt also wie zuvor bei durchschnittlich 15,5 Prozent. Allerdings zeichnen sich für das Jahr 2016 bei vielen Kassen höhere Zusatzbeiträge ab, was eine Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf die politische Agenda setzen wird.

Die Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes durch das GKV-FQWG hat die Bundesregierung mit dem offenbar faktenresistenten Mantra begründet, der faktisch eingefrorene Arbeitgeberbeitrag sichere Arbeitsplätze und der prozentuale Zusatzbeitrag fördere den Kassenwettbewerb um eine bessere Versorgung. In der Gesetzesbegründung (*Deutscher Bundestag 2014, 24*) ist das wie folgt formuliert:

„Eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung kann nur mit einer wettbewerblichen Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung und einer umsichtigen Ausgabenpolitik gewährleistet werden. Darüber hinaus ist eine beschäftigungsfreundliche Ausgestaltung der Finanzgrundlage sicherzustellen, um negative Effekte steigender Gesundheitsausgaben auf Beschäftigung und Wachstum zu vermeiden. Daher ist es notwendig, dass Zusatzbeiträge in Zukunft ein etabliertes Instrument der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Um eine bessere Ausgewogenheit zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb zu erreichen, ist es notwendig, dass die Zusatzbeiträge tatsächlich erhoben werden. Die bisherige Situation, dass einzelne Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen, während die meisten Krankenkassen aufgrund ihrer Finanzsituation auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen verzichten konnten, hat zu einer ungewollten Dominanz des Preiswettbewerbs geführt und den Wettbewerb auf der Leistungsseite, insbesondere um mehr Qualität in der Versorgung und Bemühungen um eine stärker präventive und sektorenübergreifende Ausrichtung des Gesundheitswesens, in den Hintergrund rücken lassen.“

Eine schlüssige Argumentation liest sich anders. Zum einen gibt es, wie gezeigt, seit 30 Jahren keinen Beleg für die beständig wiederholte Behauptung, dass die Krankenkassenbeiträge als Lohnnebenkosten einen nennenswerten Effekt auf Beschäftigung und Wachstum haben. Vor allem aber ist es ausgesprochen rätselhaft, weshalb ein von fast allen Kassen erhobener Zusatzbeitrag in unterschiedlicher Höhe den Preiswettbewerb weniger betonen soll als ein nur von wenigen Kassen verlangter Zusatzbeitrag. Beim Kassenwettbewerb spielt nun einmal die Beitragshöhe eine entscheidende Rolle, daran kann auch die neue Form des Zusatzbeitrages nichts ändern. Das vom SVR-G festgestellte Phänomen, dass der Zusatzbeitrag einen versorgungsorientierten Wettbewerb behindert, bleibt davon unberührt.

Man kann es drehen und wenden wie man will: Der Kassenwettbewerb dreht sich vor allem um den Preis, egal,

ob es einen allgemeinen plus Zusatzbeitrag oder einen kassenspezifischen Beitragssatz gibt. Der Zusatzbeitrag ist nur eine Zuspitzung dieses Sachverhaltes. Er hat sich zu einem Killerargument gegen die Entwicklung neuer Versorgungsformen und einer Qualitätsorientierung entwickelt, mit dem einige Kassenvorstände ihre fehlende Bereitschaft begründen, über Selektivverträge mit Ärzten und Krankenhäusern neue Wege zu beschreiten. Dieses Alibi sollte man den Kassen mit der Rückkehr zu einem ungetrennten Beitragssatz nehmen. Das Gesetz bietet viele Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität, die viel zu wenig genutzt werden. Wenn sich eine Kasse über Selektivverträge mit einem alternativen Leistungsangebot profilieren will, ist dies mit Investitionen in den Service und dem Aufbau leistungsfähiger Versorgungsnetze und damit zusätzlichen Kosten verbunden, die sich erst langfristig amortisieren können. Es gibt vor allem größere Kassen, die dieses Risiko eingehen und es sich auch leisten können. Entsprechende Projekte sollten aber nicht von der Größe und der Finanzkraft einer Kasse abhängen, sondern gezielt unterstützt werden, nicht nur durch den geplanten Innovationsfonds, sondern gegebenenfalls auch durch Kredite öffentlicher Investitionsbanken. Hier ist vor allem die Landespolitik gefordert.

5 Fazit

Die paritätische Finanzierung hat keine ökonomische, sondern eine ordnungspolitische Funktion. Dadurch werden die Arbeitgeber in die Verantwortung für die Entwicklung der GKV beziehungsweise des Gesundheitswesens eingebunden, die sie aber nur in den ehemaligen Pflichtkassen wahrnehmen können. Das ist eine der nicht wirklich begründbaren Merkwürdigkeiten des GKV-Systems. Der Zusatzbeitrag hat eher ideologische Wurzeln und sollte wieder in einen paritätisch finanzierten Beitragssatz überführt werden, wobei es aus wettbewerbspolitischer Sicht sinnvoll wäre, einen für alle Kassen geltenden durchschnittlichen Arbeitgeberbeitrag festzulegen. Das entspräche auch der Logik des Gesundheitsfonds. Ansonsten ist der auf die Beitragssätze fokussierte Kassenwettbewerb ein nur sehr begrenzt taugliches Instrument zur Förderung von innovativen Versorgungsformen und Versorgungsqualität. Solche Initiativen müssen gefördert werden – eine Aufgabe, der sich vor allem die Landespolitik stellen muss. Sie hat die im Grundgesetz festgeschriebene politische Letztverantwortung für die Gewährleistung einer angemessenen Versorgungsqualität, die sie nicht auf den Kassenwettbewerb abschieben kann.

Literatur

Andersen H, Grabka M (2006): Kassenwechsel in der GKV 1997–2004. Profile – Trends – Perspektiven. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. Sankt Augustin: Asgard, 145–189

Böcking W, Göpfert P, Merker N, Kirch W (2002): The Relevance of Price in a Customer's Choice of Statutory Health Insurance Providers in Germany. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 10, Heft 3, 242–251

Deutscher Bundestag (2014): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG). Drucksache 18/1307; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/013/1801307.pdf>

Ecker T, Häussler B, Schneider M (2004): Belastungen der Arbeitgeber durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse; www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/gutachteniges_basys.pdf

Esping-Andersen G (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton: Princeton University Press

Jacobs K. und Wasem J. (2013): Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft? G+G Wissenschaft, Jg. 13, Heft 1, 15–22

Knieps F, Reiners H (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Bern: Huber

Lauterbach K. und Wille, E. (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität; www.hpm.org/kai/igmg/endgutachten_rsa.pdf

Reiners H (2011): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Huber

Rothgang H, Cacace M, Grimmeisen S et al. (2006): Wandel von Staatlichkeit in den Gesundheitssystemen von OECD-Ländern. In: Leibfried S und Zürn M (Hrsg.): Transformation des Staates? Frankfurt am Main: Suhrkamp, 309–355

Sraffa P (1976): Warenproduktion mittels Waren. Frankfurt am Main: Suhrkamp

SVR-G – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sondergutachten 2012; www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf

Zok K (2011): Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. WIdO-Monitor, Jg. 8, Heft 1, 1–8; www.wido.de/wido_monitor_1_2011+M51b72d618bf.html?&contentId=5075

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 10. September 2015)

DER AUTOR



Hartmut Reiners,

Jahrgang 1945, Ökonom und Publizist. Von 1992 bis August 2009 Leiter des Referats Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg. Zuvor in gleicher Funktion im Gesundheitsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen. Von Juli 1987 bis Februar 1990 Mitglied (Sachverständiger) der Enquete-Kommission des Bundestages zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Zahlreiche Veröffentlichungen zu Fragen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Zuletzt erschien sein gemeinsam mit Franz Knieps verfasstes Buch „Gesundheitsreformen in Deutschland“.