

Wer bezahlt die Rechnung?

Zur Finanzierung des Sozialstaats aus finanzwissenschaftlicher Sicht

Von Margit Schratzenstaller

Dass sich Deutschland den Sozialstaat in seiner jetzigen Ausgestaltung nicht mehr leisten könne, ist eine der Thesen, die Rot-Grün nach der Übernahme der Regierung aus der Erbmasse der konservativ-liberalen Vorgängerregierung übernommen hat: Die steigenden Sozialversicherungsbeiträge erhöhten die Lohnnebenkosten und gefährdeten die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft. Zudem hemmten die zu großzügig gewährten Sozialtransfers die Leistungsbereitschaft der ArbeitnehmerInnen.

Dieser Beitrag will deutlich machen, dass die sich verschärfenden finanziellen Restriktionen, denen die Systeme der sozialen Sicherung in Deutschland unterliegen, nicht die Folge unabwendbarer ökonomischer Gesetzmäßigkeiten sind, sondern der Preisgabe politischer Handlungsspielräume geschuldet sind. Dabei erfolgt wegen deren quantitativer Bedeutung eine Fokussierung auf die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung.

Prinzipien der Finanzierung sozialer Sicherungssysteme

Für die Finanzierung sozialer Sicherungssysteme sind die folgenden grundlegenden Prinzipien relevant: Erstens das Äquivalenzprinzip, wonach die Beitragszahlungen des einzelnen Versicherten seinen individuellen Ansprüchen entsprechen sollen. Und zweitens das Prinzip der individuellen Leistungsfähigkeit; danach bemessen sich die Beiträge des einzelnen Versicherten nach seiner (durch Einkommen und/oder Vermögen bestimmten) individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit, unabhängig von seinen Ansprüchen.

In der deutschen Sozialversicherung ist zunächst Gruppenäquivalenz gegeben: Ausschließlich der Gruppe der gesamten Versicherten kommen die aus deren Beiträgen finanzierten Leistungen zugute. Weil der deutsche Sozialstaat sich an einem Bismarckianischen Leitbild orientiert (vgl. Christen/Michel/Rätz 2003) – die Geldleistungen aus den einzelnen Sozialversicherungszweigen richten sich in ihrer Höhe nach den einkommensabhängigen Beiträgen der Pflichtversicherten –, besteht auch individuell ge-

sehen im Grunde Äquivalenz zwischen Beitragszahlungen und erhaltenen Leistungen. Eine konsequente Umsetzung des Äquivalenzprinzips liefe auf das reine Versicherungsprinzip hinaus, d.h. die Beiträge der Versicherten würden ausschließlich durch deren individuelles Risiko (z. B. Krankheitsrisiko oder Lebenserwartung) determiniert. Auf Grund von sozialen und gesellschaftspolitischen Zielsetzungen wird jedoch das Äquivalenzprinzip durch Umverteilungsselemente durchbrochen: So soll nach dem Solidarprinzip eine gleichmäßige Versorgung aller Versicherten mit den als notwendig erachteten Leistungen sichergestellt werden (etwa bei den beitragsunabhängigen Sachleistungen in der Krankenversicherung). Und es soll vermieden werden, dass Versicherte mit hohen individuellen Risiken nicht oder nur gegen sehr hohe Beiträge versichert werden (z. B. wird bei der Gesetzlichen Rentenversicherung bei der Beitragsgestaltung die geschlechtsspezifisch unterschiedlich hohe Lebenserwartung und damit Rentenbezugszeit nicht berücksichtigt). Den eklatantesten Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip stellen so genannte abgeleitete Ansprüche nicht eigener Person dar, deren Gewährung familienpolitischen Zielen entspringt. So erhalten z. B. EhepartnerInnen, die nicht erwerbstätig waren, nach dem Tod des/der versicherten Partners/Partnerin eine Hinterbliebenenrente.

Sämtliche Zweige der deutschen Sozialversicherung werden paritätisch finanziert, d.h. die Beiträge werden zur Hälfte von Arbeitgebern und ArbeitnehmerInnen geleistet. Begründet wird dies mit der gerechten und gleichmäßigen Verteilung der Beitragslasten auf Unternehmen und ArbeitnehmerInnen, als die an der Erhaltung und dem Schutz der Arbeitskräfte vor sozialen Risiken interessierten Parteien. Ein zentrales Merkmal der deutschen Sozialversicherung ist darüber hinaus die Umlagefinanzierung: Die Beiträge des

aktiven Teils der Bevölkerung (der Erwerbstätigen) werden unmittelbar für die Leistungen an den nicht aktiven Teil der Bevölkerung (verrentete, kranke oder arbeitslose Personen) verausgabt.

Defizite in der Finanzierung des deutschen Sozialstaats – Beispiele: Renten- und Krankenversicherung

Die aktuellen Finanzierungsprobleme der deutschen sozialen Sicherungssysteme im Allgemeinen und von gesetzlicher Renten- und Krankenversicherung im Besonderen sind hauptsächlich auf der Einnahmenseite zu suchen und überwiegend kurzfristiger Natur. Das schwache Wachstum der Bruttolöhne sowie die steigende Arbeitslosigkeit höhlen die Bemessungsgrundlage der Sozialversicherungsbeiträge zunehmend aus. Zudem wird ein steigender Anteil der Bruttolohn- und Gehaltssumme der Versicherungspflicht entzogen, weil die Einkommensgrenzen für geringfügige sozialversicherungsfreie Beschäftigungsverhältnisse erhöht und die Beitragsbemessungsgrenzen

nicht adäquat an die Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst werden.

Die oft zitierte „Ausgabenexplosion“ dagegen, die im Bereich der Gesundheitsversorgung einem rasant ansteigenden technischen Fortschritt, der Anspruchsmoralität

der Versicherten sowie der demographischen Entwicklung zugeschrieben wird, hat bei weitem nicht die behauptete Dimension: Der Anteil der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttonationaleinkommen (BNE) stieg von 1991 bis 1996 von 6,5% auf 7%, um bis zum Jahr 2000 wieder auf 6,2% zurückzugehen (vgl. Verband der Angestelltenkrankenkassen 2002; vgl. Paetow, spw 125, 3/2002, S. 17-21). Auch zeigen aktuelle Schätzungen, dass sich der demographisch bedingte künftige Anstieg der Gesundheitskosten in Grenzen halten wird (vgl. Breyer/Ulrich 2000).

Für die Entwicklung der Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Rentenversicherung sind dagegen nicht nur die derzeitigen kurzfristigen Einnahmenprobleme, sondern auch die künftige demographische Entwicklung von Bedeutung. Laut aktueller Bevölkerungspro-

Die aktuellen Finanzprobleme der deutschen sozialen Sicherungssysteme sind auf der Einnahmenseite zu suchen und überwiegend kurzfristig.

gnosen ist eine zunehmende Alterung der Gesellschaft mit einer permanent ansteigenden Altenquote zu erwarten, welche zu einer wachsenden Belastung der RentenbeitragszahlerInnen führen kann. Ob dies tatsächlich eintritt, hängt allerdings davon ab, mit welcher Rate das Sozialprodukt im Vergleich zum Anteil der RentnerInnen an der Gesamtbevölkerung steigt, da – gemäß dem Anfang der 1950er Jahre formulierten Mackenroth-Theorem – stets das laufende Volkseinkommen die Sozialleistungen abdecken muss. Somit sind die zentralen Determinanten der langfristigen Tragfähigkeit eines umlagefinanzierten Rentensystems die Entwicklung von Arbeitsproduktivität und Arbeitsangebot, das wiederum durch Bevölkerungsentwicklung, Erwerbsquoten und Zuwanderung beeinflusst wird.

Neben den genannten akuten Finanzierungsproblemen weisen die deutsche Renten- und Krankenversicherung aber auch Defizite sowohl bezüglich der personellen als auch der funktionalen Lastenverteilung auf. Zwar steigen die Beitragszahlungen bis zur so genannten Beitragsbemessungsgrenze, oberhalb derer das Bruttoeinkommen beitragsfrei bleibt, proportional mit dem Bruttoeinkommen an, aufgrund der Beitragsfreiheit des darüber hinausgehenden Anteils des Bruttoeinkommens tritt jedoch eine (indirekte) regressive Wirkung ein: Versicherte, deren Einkommen die Beitragsbemessungsgrundlage übersteigt, zahlen einen mit zunehmendem Bruttoeinkommen sinkenden Prozentsatz ihres Einkommens als Sozialbeiträge. Diese Regressionswirkung steht in fundamentalem Widerspruch zum Leistungsfähigkeitsprinzip, das je nach Interpretation mindestens eine proportionale, wenn nicht progressive Abgabenbelastung verlangt.

Verteilungspolitisch problematisch ist auch die zu beobachtende Verschiebung der Finanzierungsanteile zwischen den sozio-ökonomischen Gruppen: Während beispielsweise 1980 die privaten Haushalte 22,4% der gesamten Sozialleistungen finanzierten, erhöhte sich dieser Anteil bis zum Jahr 2000 auf 26,7%. Umgekehrt verlief die Belastung der Unternehmen, deren Anteil von 33,3% auf 27,7% abnahm.

Zu den aktuell diskutierten Finanzierungsalternativen für Kranken- und Rentenversicherung

Anfang April 2003 legte die Kommission zur nachhaltigen Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (die so genannte Rürup-Kommission) eine Beschlussvorlage mit Empfehlungen für Reformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor (vgl. Lauterbach/Rürup/Wagner 2003). In einer Stufe eins werden zunächst kurzfristige ausgabenwie einnahmenseitige Maßnahmen zur unmittelbaren finanziellen Entlastung der Krankenversicherung vorgeschlagen. Zwar

finden sich einige in Bezug auf die oben genannten Prinzipien grundsätzlich vernünftige Vorschläge (insbesondere die Steuerfinanzierung gesellschaftspolitisch relevanter Leistungen wie Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen oder Sterbegeld), der Löwenanteil der vorgeschlagenen Ausgabenkürzungen bzw. Einnahmeerhöhungen würde allerdings das Solidarprinzip unterminieren und die bestehenden verteilungspolitischen Probleme vertiefen: Dies betrifft die Herausnahme der Finanzierung des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung, das von den Versicherten individuell versichert werden soll (Einsparvolumen 7,5 Mrd. Euro)

ebenso wie die Erhöhung der Zuzahlungen (z. B. in Form einer Praxisgebühr und erhöhten zahnärztlichen Zuzahlungen; Volumen über 10 Mrd. Euro). Diese Maßnahmen würden die Unternehmen deutlich entlasten, bewirkten jedoch eine steigende Belastung der privaten Haushalte, die insgesamt die unteren und mittleren Einkommen in überdurchschnittlichem Maße betrafen.

Aufgrund von unüberbrückbaren inhaltlichen Differenzen konnte sich die Reformkommission hinsichtlich der Stufe zwei, der Etablierung neuer Finanzierungsgrundlagen für die GKV, nicht auf einen gemeinsamen Modellvorschlag einigen, sondern skizzierte zwei Alternativen für einen Regimewechsel: Ein System einkommensunabhängiger Gesundheitsprämien in Verbindung mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich oder eine die gesamte Bevölkerung einschließende Erwerbstätigenversicherung.

Das Gesundheitsprämienkonzept entspricht der generellen Tendenz der gegenwärtigen Reformdiskussion auf Regierungsebene, die sich in der so genannten Agenda 2010 widerspiegelt und verteilungspolitischen Erwägungen nur wenig Gewicht beimisst. Die Finanzierung der Krankenversicherung soll nach diesem Modell über einkommensun-

abhängige Kopfprämien erfolgen, was auf die Beseitigung sämtlicher Umverteilungselemente innerhalb der Krankenversicherung hinausliefe. Die Belastungswirkung wäre direkt regressiv. Gleichzeitig würde die paritätische Finanzierung völlig aufgegeben; die Beitragslast trügen alleine die Krankenversicherten. Der laut Beschlussvorlage „zwingend erforderliche soziale Ausgleich“ soll über das staatliche Steuer- und Transfersystem hergestellt werden. Angesichts der

abnehmenden Progressivität des deutschen Steuersystems (vgl. z. B. Schäfer 2002), der bereits durchgesetzten und noch geplanten Senkungen bei den direkten Steuern sowie der anvisierten Einschnitte im Transfersystem ist dies verteilungs-

politisch ein distributiv ausgesprochen problematischer Vorschlag.

Das System der Erwerbstätigenversicherung würde dagegen die Umsetzung von Solidar- und Leistungsfähigkeitsprinzip ermöglichen. Es erlaubt eine Erhöhung der Bemessungsgrundlage ebenso wie die Ausdehnung des Kreises der Versicherten und damit langfristig die Verbesserung der Einnahmehbasis. Langfristig wäre allerdings der Ausbau dieser Erwerbstätigenversicherung hin zu einer so genannten Volksversicherung sinnvoll, in der alle BürgerInnen unabhängig von Erwerbsstatus und Familienstand versichert sind und in der die Beiträge im Falle niedriger Einkommen staatlich subventioniert werden. Dies impliziert den Fortfall der Privaten Krankenversicherung und damit der aktuell bestehenden Möglichkeit, dass sich hohe Einkommen der solidarischen Krankenversicherung entziehen. Gleichzeitig erleichtert die Abschaffung von Familienmitversicherung und abgeleiteten Leistungen die Überwindung überkommener Modelle der innerfamiliären Arbeitsteilung.

Auch zur Reform der Gesetzlichen Rentenversicherung wird die Rürup-Kommission noch 2003 Vorschläge vorlegen. Vermutlich wird darin ein weiterer Ausbau der Kapital-

Die „Ausgabenexplosion“ im Bereich der Gesundheitsversorgung hat bei weitem nicht die behauptete Dimension

Artikel zum Sozialstaat in den letzten spw-Heften:

Michaela Evans/ Josef Hilbert, Zukunftsbranche Lebensqualität: Ökonomische und soziale Herausforderungen, spw 125 (3/2002), S. 13-16

Hans-Günter Bell, Armut als Bedrohung – der soziale Zusammenhalt zerbricht, spw 127 (5/2002), S. 53-54

Michael Vester, Schieflagen sozialer Gerechtigkeit, spw 129 (1/2003), S. 14-21

Michael Klundt, (Kinder-)Armut und Generationenendebatten, spw 129 (1/2003), S. 28-35

Die Artikel können als Datei oder Kopien bei spw angefordert werden. Für Kopien bitte frankierten Rückumschlag beilegen.

Foto: Felix Welti (Lübeck)



deckung, zu Lasten des umlagefinanzierten Standard-Renten-Niveaus, gefordert. Weiter oben wurde bereits argumentiert, dass die aufgrund der künftigen demographischen Entwicklung oft vorhergesagte Gefährdung der Finanzbasis des Rentensystems nicht zwingend eintreten muss. Es ist vielmehr plausibel anzunehmen, dass sich die Relation aus Aktiven und Inaktiven aufgrund einer steigenden Frauenerwerbsbeteiligung, durch Zuwanderung und durch einen Abbau der Arbeitslosigkeit nicht so dramatisch wie erwartet verschlechtern wird. Selbst wenn man die Annahme einer die finanzielle Tragfähigkeit der Alterssicherung bedrohenden demographischen Verschiebung teilt, so ist die Ersetzung des Umlage- durch ein Kapitaldeckungsverfahren keine Lösung: Denn auch die Renditen der Kapitalanlagen müssen erwirtschaftet werden. Die Kapitaldeckung weist darüber

Eine Umfinanzierung der sozialen Sicherung durch die Mehrwertsteuer würde die Umverteilungswirkung des deutschen Steuersystems weiter verringern.

hinaus zusätzliche Risiken auf, da sie den Schwankungen der Finanzmärkte unterworfen ist. Zudem ist sie aus verteilungspolitischen Überlegungen höchst problematisch, weil sie keine Umverteilungselemente kennt, sondern das reine Versicherungsprinzip verwirklicht (vgl. Welti, spw 117, 1/2001, S. 43-46; Deml, spw 128, 6/2002, S. 47-51). Die Sicherung der Finanzierungsbasis des Rentensystems erfordert ebenso wie bei der Krankenversicherung eine Umstellung auf eine die gesamte Wohnbevölkerung umfassende, umlagefinanzierte Volksversicherung sowie eine auch langfristig tragfähige Umstrukturierung der Einnahmenbasis, die nicht nur aus konzeptionslosen und kurzfristigen Einzelmaßnahmen besteht. Zunächst muss die Beitragsbemessungsgrenze erhöht werden, um die regressive Verteilungswirkung abzuschwächen und die Finanzbasis zu stärken. Parallel ist die Ein-

kommensgrenze für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse deutlich herabzusetzen. Allerdings sollte die Bemessungsgrundlage nicht, wie gelegentlich diskutiert, durch die Einbeziehung von Kapitaleinkünften (Zinsen, Mieteinnahmen etc.) der Versicherten ausgeweitet werden, da dies einem Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung gleichkäme. Sondern ein wachsender Teil der Ausgaben der sozialen Sicherungssysteme sollte statt durch Sozialbeiträge aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden: Nicht etwa, weil die Lohnnebenkosten zu hoch wären (dass sie dies nicht sind, zeigt sich daran, dass die realen Lohnstückkosten in Deutschland seit langem sinken und sich im internationalen Vergleich günstig entwickeln), sondern aus verteilungspolitischen Gründen. Auch in rot-grünen Kreisen wird eine zunehmende Steuerfinanzierung des Wohlfahrtsstaates diskutiert, allerdings ohne die erwähnte abnehmende Progressivität des deutschen Steuersystems zu berücksichtigen. Zudem wird hier der größte Spielraum für die nötigen Steuererhöhungen bei der Mehrwertsteuer gesehen – eine solche Umfinanzierung der sozialen Sicherungssysteme würde jedoch die ohnehin abnehmenden Umverteilungswirkungen des deutschen Steuersystems weiter verringern. Die Reform der Finanzierung der Sozialversicherung ist vielmehr in eine langfristige Umstrukturierung des gesamten Steuersystems einzubetten, so dass das Prinzip der Leistungsfähigkeit wieder gestärkt wird und die sozio-ökonomischen Gruppen gleichmäßig an der Finanzierung der sozialen Sicherung beteiligt werden. Eckpunkte einer solchen Steuerreform-Agenda sind die Wiedererhebung der Vermögensteuer und die Erhöhung der Erbschaftsteuer, die stärkere Besteuerung von Unternehmensgewinnen und die Rücknahme bereits durchgeführter bzw. noch geplanter Maßnahmen zur Privilegierung von privaten Kapitaleinkünften (Halbeinkünfteverfahren bei der Besteuerung von Dividenden und Spekulationsgewinnen, Abgeltungssteuer für Zinseinkünfte und Spekulationsgewinne).

spw 3 / 2003

Literatur:

Breyer, Friedrich; Ulrich, Volker (2000): Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und der Anstieg der Gesundheitsausgaben, in: DIW-Wochenbericht 24/2000
 Christen, Christian; Michel, Tobias; Rätz, Werner (2003): Sozialstaat: Wie die Sicherungssysteme funktionieren und wer von den „Reformen“ profitiert, Hamburg 2003
 Lauterbach, Karl W.; Rürup, Bert; Wagner, Gert W. (2003): Beschlussvorlage vom 8. April 2003, Berlin 2003
 Schäfer, Claus (2002): Ohne gerechte Verteilung kein befriedigendes Wachstum, in: WSI-Mitteilungen 11/2002
 Verband der Angestellten-Krankenkassen (2002): Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2002, www.vdak-aev.de
 Verdi (2002): Ökonomische Rahmenbedingungen und Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 2002