

Chronische Beschwerden: Schaden die Sozialabgaben der deutschen Wirtschaft?

HARTMUT REINERS

Hartmut Reiners ist Ökonom und Publizist und war viele Jahre Referatsleiter im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg; Hartmut Reiners lebt in Berlin

Die immer wieder durch die Medien gehende Behauptung, die Abgabenbelastung sei in Deutschland zu hoch, ist ebenso wenig stichhaltig wie die Klage über ein zu stark wachsendes Sozialbudget. Der Sozialstaat ist sowohl Resultat als auch Voraussetzung der kapitalistischen Marktwirtschaft. Er sorgt für unverzichtbare gesundheitliche und soziale Dienste, von denen auch höhere Einkommensgruppen profitieren. Das Problem ist nicht die Höhe der Sozialausgaben, sondern ihre ungerechte Finanzierung.

Bestimmte Themen präsentieren die Medien in Dauerschleife. Dazu gehört die Klage über eine zu hohe Abgabenquote in Deutschland, die stets geführt wird, wenn die OECD ihren jährlichen Report über die Belastung von Löhnen durch Steuern und Sozialabgaben in ihren Mitgliedsländern veröffentlicht. Deutschland steht in diesem Ranking immer auf den vorderen Plätzen, so auch in der aktuellen Ausgabe von „Taxing Wages“ (OECD 2017). Die Reaktion der meisten Medien auf die dort zu findenden Daten hat einen jammernden Gleichklang (alle Zitate vom 11. April 2017). „Focus“ klagt über „horrende Abgaben“, die „Frankfurter Allgemeine“ ernennt den deutschen Staat zum „Weltmeister im Schröpfen“, während „Der Spiegel“ ihm nur die Vizeweltmeisterschaft zugesteht. Allerdings reklamiert „Die Presse“ aus Wien diesen Titel für Österreich.

Diese Parolen von einem die Bürger abzockenden Staat verweisen auf ein schlicht gestricktes Weltbild, in dem die Privatwirtschaft grundsätzlich nützlich und produktiv ist, die öffentliche Hand hingegen zuverlässig Milliardengräber schaufelt. Zwischen dem modernen Wohlfahrtsstaat und den ihre Untertanen für Feldzüge und Prunkschlösser auspressen-

den Feudalherrschern wird kein wirklicher Unterschied gemacht, wie die Wortwahl vom „schröpfenden“ Staat zeigt. Alle über die Armenfürsorge und die öffentliche Sicherheit hinausgehenden Staatsausgaben gelten als „Raub durch den Stimmzettel“, wie Wilhelm Röpke, einer der geistigen Väter des Ordoliberalismus, 1957 die Einführung der dynamischen Rente denunzierte (zitiert nach Göbel 2017). Dass der Sozialstaat ein Produkt der kapitalistischen Marktwirtschaft mit ihren selbstzerstörerischen Tendenzen ist, kommt diesem vulgären Neoliberalismus nicht in den Sinn, ganz zu schweigen von der Erkenntnis, dass es unverzichtbare Aufgaben in der gesamtwirtschaftlichen Reproduktion gibt, die der Staat effektiver wahrnehmen kann als private bzw. marktwirtschaftliche Systeme. Dabei handelt es sich um Dienstleistungen, die per se die Eigenschaft haben, einen wachsenden Anteil der Wertschöpfung für sich zu beanspruchen. Steigende öffentliche Ausgaben sind daher an sich kein Krisensymptom, sondern Ausdruck von Strukturveränderungen und gesellschaftlichen Entwicklungen. Die entscheidende Frage ist nicht, ob die Steuern und Sozialabgaben zu hoch sind, sondern wie sie auf die Bürger verteilt werden.

Steuern und Sozialabgaben im internationalen Vergleich

Die Verfasser der oben zitierten Schlagzeilen haben offenbar nur den Flyer der OECD-Pressestelle gelesen (OECD 2017a). Der gibt den Inhalt des 580 Seiten umfassenden Reports selektiv wieder. Das ist eigentlich normal. Pressemitteilungen sollten sich auf die wesentlichen Aussagen konzentrieren, da gehen Details schon mal unter. Aber das deutsche OECD-Büro präsentierte eine Datenauswahl, die den Inhalt des Reports verzerrt. Eine den Flyer dominierende Grafik zeigt nur die Abgabenquote von Singles. Dass Ehepaare mit Kindern in Deutschland deutlich weniger belastet werden als in vergleichbaren Ländern, wird vom deutschen OECD-Büro beiläufig, in den Medien meist gar nicht erwähnt. Außerdem bezieht sich die OECD-Pressemitteilung auf die gesamten Arbeitskosten und nicht, wie in den Me-

dien suggeriert, auf die Bruttolöhne der Beschäftigten. Die auf dem Lohnzettel zu lesenden Abzüge sind deutlich geringer als die auf die gesamten Arbeitskosten der Unternehmen erhobenen Abgaben. So zahlen die Arbeitnehmer in Deutschland z. B. keine Beiträge zur Unfallversicherung, die komplett von den Unternehmen getragen werden. Dieser Unterschied zwischen Abzügen von den Löhnen und den Anteilen der Abgaben an den Arbeitskosten wird in der OECD-Pressemitteilung aus welchen Gründen auch immer nicht erwähnt.

Bei einer nach Personengruppen differenzierten Auswertung der OECD-Daten und einer jeweiligen Unterscheidung in Abzüge vom Bruttolohn und von den Arbeitskosten ergibt sich ein anderes Bild (siehe Tabelle1):

■ Die Abgabenquote der Bruttolöhne beträgt bei deutschen Singles 39,7 % und ist damit 10 Prozentpunkte nied-

riger als bei den Arbeitskosten als Bezugsgröße.

- Einverdiener-Familien mit zwei Kindern werden in Deutschland mit 21,3 % des Bruttolohns belastet. Sie haben vor allem durch das Ehegattensplitting eine deutlich geringere Abgabenlast als in vergleichbaren europäischen Ländern wie Dänemark (32,2 %), Finnland (30,7 %), Österreich (29,7 %) oder den Niederlanden (28,4 %).
- Auch DINKs (Double Income No Kids) profitieren von den steuerlichen Vergünstigungen für Ehepaare und zahlen geringere Abgaben als Singles.

Zudem sind diese nur auf die Löhne bezogenen Quoten für einen internationalen Vergleich der Abgabenbelastung der Bürger nicht geeignet, weil sie die durch die Umsatz- und Verbrauchssteuern entstehenden Effekte nicht erfassen. Dänemark z. B. kennt so gut wie keine Sozialabgaben.

Tabelle 1: Steuern und Sozialabgaben im Internationalen Vergleich 2015 (v. H. der durchschnittlichen Löhne, Arbeitskosten und des BIP)

Land	Bruttolohn			Arbeitskosten			BIP
	Single, keine Kinder	Doppelverdiener, keine Kinder	Einverdiener-paar, 2 Kinder	Single, keine Kinder	Doppelverdiener, keine Kinder	Einverdiener-paar, 2 Kinder	
Deutschland	39,7	34,6	21,3	49,4	45,2	34,0	36,9
Australien	24,3	19,9	24,3	28,6	24,4	18,1	27,8
Belgien	40,7	40,7	32,0	54,0	50,0	38,8	44,8
Chile	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	20,7
Dänemark	36,2	34,1	32,2	36,5	34,5	26,1	45,6
Estland	18,3	16,3	16,8	38,9	38,0	28,1	33,6
Finnland	30,8	25,7	30,7	43,8	39,6	39,2	44,0
Frankreich	29,1	25,8	22,2	48,1	42,7	40,0	45,5
Griechenland	25,4	23,7	25,9	40,2	38,9	38,3	36,8
Irland	19,2	11,7	10,8	27,1	19,9	8,3	23,6
Island	29,2	25,5	21,8	34,0	30,6	23,9	37,1
Israel	17,8	22,1	17,8	14,3	18,4	19,4	31,4
Italien	31,1	24,5	24,2	47,8	42,7	38,6	43,3
Japan	22,2	21,2	20,8	32,4	31,6	27,1	32,0
Kanada	23,1	19,7	18,3	31,4	28,3	11,9	31,9
Korea	14,1	12,7	11,7	22,2	20,9	20,0	25,3
Lettland	29,1	28,0	19,6	42,6	41,8	31,7	29,0
Luxemburg	31,0	20,9	19,3	38,4	29,5	16,1	37,0
Mexiko	10,8	6,5	10,8	20,1	18,0	20,1	17,4
Neuseeland	17,9	18,5	17,9	17,9	16,5	6,2	32,8
Niederlande	30,4	25,3	28,4	37,5	32,0	32,2	37,8
Norwegen	27,9	24,9	26,8	36,2	33,5	31,6	38,1
Österreich	31,9	27,0	29,7	47,1	43,4	36,5	43,5
Polen	25,0	24,2	19,2	35,8	35,1	30,8	32,1
Portugal	27,2	21,0	15,3	41,5	37,7	28,2	34,5
Schweden	24,0	22,6	24,9	42,8	41,1	38,0	43,3
Schweiz	16,9	14,6	10,4	21,8	19,6	9,1	27,9
Slowakei	23,2	19,8	11,9	42,7	37,7	28,9	32,3
Slowenien	33,4	30,6	25,1	42,7	40,2	28,9	36,6
Spanien	21,4	17,7	14,1	39,5	36,6	33,8	33,6
Tschechien	23,6	20,5	6,5	43,0	40,6	27,2	33,5
Türkei	27,3	24,5	25,3	38,1	35,8	36,4	30,0
United Kingdom	23,3	19,0	22,7	30,8	25,8	25,8	32,5
USA	26,0	23,0	14,1	31,7	29,1	20,8	26,4

Quelle: OECD, eigene Zusammenstellung

Das Sozialbudget wird fast komplett vom Staatshaushalt finanziert, was mit einer Mehrwertsteuer von bis zu 25 % und damit deutlich höheren Lebenshaltungskosten als in Deutschland verbunden ist. Das trifft Gering- und Durchschnittsverdiener wesentlich stärker als die Wohlhabenden. Daher ist für internationale Vergleiche der Abgabenbelastung nur der BIP-Anteil der Steuern und Abgaben relevant. Hier nimmt Deutschland im OECD-Ranking mit 36,9 % einen mittleren Platz ein, zwischen Mexiko (17,4 %) und den USA (26,4 %) am unteren Ende sowie Dänemark (45,8 %) und Frankreich (45,5 %) an der Spitze.

Von einer im internationalen Vergleich zu hohen Abgabenlast der deutschen Wirtschaft und ihrer Erwerbstätigen kann also keine Rede sein. Das hat der Gesundheits-Sachverständigenrat bereits in seinem Gutachten 2003 festgestellt (SVR-G 2003, TZ 81 ff.). Außerdem ist die niedrige Abgabenquote eines Landes kein Beleg dafür, dass dort den Bürgern mehr Geld für den privaten Konsum zur Verfügung steht. Eine allgemeine Krankenversicherungspflicht gehört zu den unverzichtbaren Standards moderner Gesellschaften. Auch die Befürworter einer Privatisierung des Krankenversicherungsschutzes sehen das so (Oberender et al. 2006). Die Folgen eines solchen Schrittes kann man in den USA besichtigen. Dort haben nur Rentner und Sozialhilfeempfänger einen staatlich finanzierten Krankenversicherungsschutz. Aber die Pro-Kopf-Ausgaben sind mit 8.713 US-\$ um 80 % höher als in Deutschland (4.819 US-\$) (OECD 2015). Die Gesundheitsausgaben verschlingen in den USA fast 17 % des BIP, in Europa 10 bis 11 % bei einem weit größeren Leistungsangebot für die ganze Bevölkerung. Das US-Gesundheitswesen ist ein anschauliches Beispiel dafür, dass die medizinische Versorgung durch Privatisierung teuer wird und eine schlechte Ergebnisqualität bringt (Rice et al. 2013). Die von Präsident Obama 2010 durchgesetzte Reform des US-Gesundheitswesens („Obamacare“) hat den Krankenversicherungsschutz für viele Bürger durch mehr staatliche Leistungen ausgebaut und teilweise kostengünstiger gemacht, wie erste Bestandsaufnahmen ergeben haben (Schoen 2016).

Ratloser Markoliberalismus

Heike Göbel (2017), Leiterin der FAZ-Wirtschaftsredaktion, beobachtet ein sie irritierendes Phänomen: „Der deutsche

Sozialstaat wächst und wächst, trotzdem feiern deutsche Unternehmen Exporterfolge.“ In der Tat ist der BIP-Anteil des Sozialbudgets in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen. 1970 betrug die Sozialleistungsquote 20,2 %. 1985 lag sie bei 25,2 %, 2005 bei 28,9 % und 2015 bei 29,4 % (BMA 2015). Hinter dieser Entwicklung stehen aber keine freigiebigen Politiker, die Wahlgeschenke verteilen. Die deutsche Einigung wurde auch über das Sozialversicherungssystem finanziert (Ritter 2006), was die Steigerungen der Sozialabgaben in den 1990er und 2000er Jahren erklärt. Hinzu kamen statistische Artefakte, wie z. B. die seit 2009 erfolgte Zurechnung von PKV-Ausgaben zum Sozialbudget. Auf jeden Fall

Von einer im internationalen Vergleich zu hohen Abgabenlast der deutschen Wirtschaft und der Erwerbstätigen kann keine Rede sein.

widerlegt diese Entwicklung die gängige Behauptung, die Sozialabgaben seien zu hoch und schädigten die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft. Für diese Behauptung gab es noch nie eine belastbare Begründung (Reiners 2011: 43 ff.).

Marktliberale tun sich grundsätzlich mit der Sozialpolitik schwer, wie Heike Göbel zugibt. Diese sei mit Umverteilung und Zwang verbunden, also mit dem Gegenteil liberaler Politik. Aber man müsse akzeptieren, dass es Aufgabe des Staates ist, „Hilfe in unerwarteten Notlagen zu gewähren – in wohlhabenden Gesellschaften auch über das nackte Existenzminimum hinaus.“ Der Sozialstaat habe eine hohe Akzeptanz bei den Bürgern und eine demokratische Legitimation. Aber man müsse ihm einen „liberalen Kompass“ geben mit folgender Orientierung:

- Der weitere Ausbau des Sozialstaats sollte mit einer „Sozialbremse“ an das Wirtschaftswachstum gebunden werden.
- Die Politik müsse für „klare Preisschilder im Sozialstaat“ sorgen, um das Eigeninteresse der Bürger an sparsamer Nutzung der Leistungen zu stärken..
- Sozialpolitisch motivierte Eingriffe in den Wettbewerb wie Mietpreisbremse, Mindestlohn oder Deckelung der Energiepreise sollten unterbunden werden.

Diese seltsame Kombination von Rasenmäherprinzip und freier Marktwirtschaft würde zu einer sozialen und wirtschaftlichen Abwärtsspirale führen. Ohne einen angemessenen Mindestlohn oder eine wirksame Mietpreisbremse wachsen die Anforderungen an das Sozialbudgets, weil Erwerbstätige der Niedriglohngruppen von ihrem Arbeitseinkommen nicht mehr leben bzw. ihre Miete nicht mehr zahlen können und bei den zuständigen Institutionen Lohnaufstockungen bzw. Wohngeld beantragen müssen. Eine solche Entwicklung, womöglich noch verstärkt durch demografische bedingte Ausgabensteigerungen der Pflegeversicherung, mit einer „Sozialbremse“ bekämpfen zu wollen, zeugt von einem Realitätsverlust, der entsteht, wenn man der eigenen Ideologie aufsitzt.

Das gilt auch für die Empfehlung, soziale Leistungen mit Preisanreizen zu verbinden. Sie kommen generell nur bei sozialen und gesundheitlichen Diensten in Frage, die ein gutes Drittel des Sozialbudgets ausmachen (siehe Tabelle 2). In der Renten- und Arbeitslosenversicherung spielen Preise keine Rolle, da deren Leistungen nach dem Äquivalenzprinzip von der Höhe der eingezahlten Beiträge bzw. des versicherungspflichtigen Einkommens abhängen. In der GKV werden die Arzt- und Krankenhausrechnungen nicht von den Versicherten, sondern von den Krankenkassen bezahlt (Sachleistungsprinzip). In der PKV gibt es durch das Kostenerstattungsprinzip zwar die von Heike Göbel geforderten Preisschilder. Zu mehr Wirtschaftlichkeit führen sie aber nicht. Im Gegenteil, die Vergütungen der Arztpraxen sind für vergleichbare Fälle bei Privatpatienten mehr als doppelt so hoch wie bei Kassenpatienten (Walendzik et al. 2008). Zuzahlungen und Kostenerstattung haben nachweislich keinen positiven Effekt auf die Steuerung der Ressourcen im Gesundheitswesen (Reiners 2011: 101 ff.). Die Ausgabendynamik im Gesundheitswesen wird wesentlich von Faktoren des Versorgungssystems bestimmt, auf die Versicherte bzw. Patienten keinen Einfluss haben.

Sozialstaat und Kapitalismus – eine Symbiose

Das Postulat einer „Sozialbremse“ ist Ausdruck einer Ignoranz gegenüber sozioökono-

nomischen Prozessen, die der Kapitalismus selbst nolens volens hervorbringt, aber mit seinen eigenen marktwirtschaftlichen Instrumenten nicht bewältigen kann. Neoliberalen dämmert zwar irgendwie, dass der Sozialstaat das Produkt moderner Volkswirtschaften ist. Eine soziale Grundsicherung akzeptieren auch bekennende Feinde des Wohlfahrtsstaates wie F. A. Hayek oder Milton Friedman. Aber sie begreifen nicht, dass Sozialausgaben keine Frage der politischen Opportunität oder Klientelbedienung sind, sondern sich aus der Entwicklung und den sozialen Folgen der kapitalistischen Marktwirtschaft mit ihrer „schöpferischen Zerstörung“ (Schumpeter) ergeben.

Der Kapitalismus hat zu einer wachsenden Individualisierung und zur Destruktion von traditionellen Gemeinschaften und Familienverbünden geführt, die früher soziale Aufgaben für ihre Angehörigen ohne Entgelt wahrnahmen. An ihre Stelle traten öffentliche Formen der kollektiven Daseinsfürsorge, ohne die auch die kapitalistische Wirtschaft nicht vernünftig funktionieren kann. Der Sozialstaat ist sowohl ihr Produkt als auch ihre Existenzbedingung. Der Ökonom Eduard Heimann hat diesen dialektischen Widerspruch schon 1929 in seinem auch heute noch lesenswerten Traktat „Soziale Theorie des Kapitalismus“ dargestellt. Demnach erreicht Sozialpolitik „immer dann und nur dann einen Erfolg, wenn die Erfüllung einer sozialen Teilstellung zur produktionstechnischen Notwendigkeit wird.“ (Heimann 1929/1980: 172) Der Sozialstaat schützt nicht nur die Lohnabhängigen, sondern auch den Kapitalismus selbst vor seinen suizidalen Eigenschaften und reduziert so seinen ökonomischen Herrschaftsbereich. Dies ist sein „konservativ-revolutionäres Doppelwesen“ (Heimann). Zu ähnlichen Erkenntnissen kamen vor 70 Jahren auch Joseph Schumpeter (1950/1972: 213 ff.) und Karl Polanyi (1944/1978: 182 ff.).

Daher sind z. B. die Einführung der sozialen Pflegeversicherung und die flächendeckende Versorgung mit Kindertagesstätten keine verzichtbaren Wohltaten, sondern das Ergebnis der demografischen Entwicklung, der Anforderungen des Arbeitsmarktes und der Gleichberechtigung der Geschlechter. Der Ausbau sozialer Dienste ist nicht zuletzt eine Konsequenz der wachsenden Berufstätigkeit von Frauen, die nicht mehr wie früher für unbezahlte Arbeit in der Erziehung, im Haushalt und in der Pflege von Familienmitgliedern zur Verfügung stehen. Es geht in der Sozialpo-

litik nicht nur um die versicherungstechnische Absicherung allgemeiner Lebensrisiken, sondern auch um die Sicherung des ökonomischen Reproduktionsprozesses und die Teilhabe aller Bürger am sozialen Leben. Soziale Rechte haben, wie Heiner Ganßmann darlegt (2009: 53 f.), eine ähnliche Anziehungskraft und Expansionsdynamik wie Menschen- und Bürgerrechte. Den mit der wirtschaftlichen Entwicklung steigenden Bedarf an sozialen Diensten und der Absicherung allgemeiner Lebensrisiken kann nur der Staat angemessen befriedigen. Nur er kann in den damit verbundenen Verteilungskonflikten entscheiden sowie umfassende und weitgehend krisenfeste Risikogemeinschaften mit einer langen Lebensdauer bilden.

Grundsätzlich lassen sich die sozialen Risiken des Kapitalismus auch privat durch Versicherungen oder genossenschaftlich durch Versorgungswerke von Berufsverbänden, Gewerkschaften und Betrieben absichern. In den USA ist dies das vorherrschende Modell. Zwar gibt es dort eine soziale Grundsicherung, die in den Bundesstaaten unterschiedlich ausgestattet ist. Aber die Mehrheit der Bürger deckt ihre sozialen und gesundheitlichen Risiken über betriebliche Pensionsfonds und Krankenversicherungen („Health Plans“) ab, die von Versicherungskonzernen oder Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit angeboten werden. Diese sind sehr viel kostspieliger als vergleichbare Einrichtungen europäischer Sozialstaaten (siehe oben).

Berufsständische Sicherungssysteme waren bis zum 2. Weltkrieg auch in Europa vorherrschend. Ihre Finanzierungsgrundlagen brachen durch die Weltwirtschaftskrise zusammen und wurden nach dem 2. Weltkrieg auf staatliche Versorgungs- bzw. Sozialversicherungssysteme nach dem Umlageprinzip umgestellt. Prototypen waren dafür der Beveridge-Plan in Großbritannien und das von Ökonomen und Sozialwissenschaftlern wie Walter Auerbach, Gerhard Mackenroth und Gerhard Weisser erarbeitete Konzept eines „Sozialplans für Deutschland“ (Boettcher

1957). Beide Projekte basierten auf der Erkenntnis, dass soziale Sicherungssysteme stets Ansprüche auf die Wertschöpfung zukünftiger Perioden beinhalten. Ihre Leistungen müssen dann erwirtschaftet werden, wenn sie konkret anfallen. Das gilt gleichermaßen für das Umlageverfahren der Sozialversicherungen bzw. staatlicher Sozialbudgets und die Kapitaldeckung privater Versicherungen (Schmähl 2015). Für erstere stehen der Staat bzw. die heimische Volkswirtschaft gerade, für letztere die Versicherungswirtschaft mit ihrer Abhängigkeit von den Risiken des internationalen Finanzmarkts. Auch neoklassische Ökonomen wie Kenneth Arrow (1963) kommen zu dem Schluss, dass der Staat hier mehr Sicherheit bietet, weil er größere Risikogemeinschaften bilden kann als private Versicherungsunternehmen.

Gesundheitliche und soziale Dienste als Wachstumsbranche

Der deutsche Sozialstaat hat sich seit seinen Gründerjahren im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert stark verändert. Seine Ausgaben bestanden ursprünglich weit überwiegend aus Lohnersatzleistungen (Renten, Arbeitslosen- und Krankengeld). In den Nachkriegsjahren kam der Lastenausgleich von Kriegsfolgen hinzu. Deshalb war Sozialpolitik bis vor 50 Jahren vor allem eine Politik der Einkommensverteilung. Transferleistungen sind auch heute noch ein zentraler Bestandteil des Sozialbudgets, mit einer jedoch abnehmenden Bedeutung gegenüber den Sach- und Dienstleistungen, wie nachstehende Tabelle zeigt.

Es ist eine verkürzte Sichtweise, Sozialpolitik als eine Frage der Verteilungspolitik und des Interessengegensatzes von Lohnarbeit und Kapital zu bewerten, wie es auch in der politischen Linken immer noch üblich ist. So behauptet z. B. Ralf Krämer (2017: 32): „Die Finanzierung und Ausgestaltung des Sozialstaats ist immer eine Verteilungsfrage, zwischen Arbeitseinkommen und Kapitaleinkommen, aber auch zwischen den Personen

Tabelle 2: Einkommens- und Sachleistungen in v. H. des Sozialbudgets

Leistungen nach Arten	1991	2000	2010	2015
Periodische Einkommensleistungen	65,3	65,3	59,9	58,5
Einmalige Einkommensleistungen	0,7	0,6	1,0	0,5
Sachleistungen	30,3	30,4	34,6	36,7
Verwaltungsausgaben	3,5	3,3	4,0	3,8
Sonstige Ausgaben	0,2	0,3	0,4	0,5

Quelle: BMA 2015, eigene Zusammenstellung

mit unterschiedlichen hohen Einkommen und Vermögen innerhalb der Klassen.“ Das ist nicht wirklich falsch, blendet aber einen bedeutenden Sachverhalt aus. Es geht in der Sozialpolitik in wachsendem Maß auch um Strukturpolitik und die Steuerung ökonomischer Ressourcen.

Gesundheitliche und soziale Dienste haben sich zu einer der größten Branchen unserer Volkswirtschaft entwickelt. Im zu 75 % öffentlich finanzierten Gesundheitswesen erwirtschafteten 5,2 Millionen Erwerbstätige 11,3 % des BIP (Stand 2015). Allein zwischen 2009 und 2014 nahm dort die Zahl der Arbeitsplätze nach Angaben des Statistischen Bundesamtes um über 10 % zu, mit weiter steigender Tendenz von etwa 100.000 Jobs pro Jahr. Das Bundeswirtschaftsministerium kommt in seiner „Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung“ sogar auf 7 Mio. Beschäftigte (BMWi 2017). Seine Berechnung bezieht auch Leistungen im Wellnessbereich und Gesundheitstourismus mit ein (BMWi 2014), die nach Schätzung des BMWi die vom Statistischen Bundesamt erfassten Gesundheitsausgaben um knapp 100 Mrd. Euro ergänzen. Dieses Konzept ist in der Fachwelt umstritten, weil es sich in einer Grauzone von Gesundheits- und Konsumausgaben bewegt (Rothgang und Larisch 2011).

Wie dem auch sei, die zu 75 % öffentlich finanzierten gesundheitlichen und sozialen Dienste haben nicht nur eine Versorgungsfunktion, sondern auch eine wachsende arbeitsmarkt- und strukturpolitische Bedeutung. Ein expandierendes Sozialbudget ist daher an sich kein Krisensymptom, sondern die Folge von Strukturveränderungen

sich zu beanspruchen. Für die Verbraucher drückt sich dieser Prozess in relativ sinkenden Konsumgüterpreisen und relativ steigenden Preisen für Dienstleistungen aus. Heute geben wir für Fernseher, Waschmaschinen oder andere industriell hergestellte Waren einen deutlich geringeren Anteil unseres Einkommens aus als vor 30 oder 40 Jahren. Dafür zahlen wir relativ mehr für personenbezogene Dienstleistungen. So, wie die Industrie bis in die 1950er Jahre die in der Landwirtschaft nicht mehr benötigten Arbeitskräfte auffing, ersetzen personalintensive Dienstleistungsbranchen wie das Gesundheitswesen die Jobs, die durch die wachsende Produktivität in der Industrie wegfallen. Sicher setzt dieser Effekt auch bei einem privatisierten Gesundheits- und Sozialwesen ein (Baumol 2013), allerdings mit erheblichen ökonomischen und sozialen Kollateralschäden, wie die USA zeigen. Der Zugang für alle Bürger zu diesen Leistungen zu bezahlbaren Preisen ist nur über öffentlich finanzierte Systeme zu gewährleisten.

Zu enge Finanzierungsbasis des Sozialbudgets

Die entscheidende Frage ist nicht, ob wir uns ein wachsendes Sozialbudget leisten können, sondern wie es sozial gerecht finanziert werden kann. Hier ist eine zu Lasten der unteren und mittleren Einkommen gehende Schieflage entstanden. Die Vorstellung, der Sozialstaat finanziere sich durch eine Umverteilung von den höheren zu den niedrigeren Einkommen, ist ein verbreiteter Irrtum. Das Sozialbudget speist sich zu zwei Dritteln aus den Beiträgen der

Versicherten und ihrer Arbeitgeber zur Sozialversicherung bzw. Versorgungswerken und zu einem Drittel aus Steuern (Stand 2015). Daraus folgt eine starke Abhängigkeit von der Lohnentwicklung, die in den vergangenen Jahren zwar eine höhere Steigerungsraten als in den 2000er Jahren verzeichnete, aber an der sehr ungleichen

Einkommensverteilung nichts geändert hat (Fratzscher 2016: 51 ff.). Die Bezieher von Niedriglöhnen, die bis zu 10,22 Euro pro Stunde verdienen (= zwei Drittel des Durchschnittslohns), haben einen Anteil von 22,5 % der Beschäftigten, in Ostdeutschland sogar von 36,3 % (Kalina und Weinkopf 2017). Das ist in etwa die gleiche Quote wie vor zehn Jahren.

Die nach wie vor sich eher öffnende als schließende Schere in der Einkommensverteilung hat auch für die Finanzierung der Sozialversicherung fatale Konsequenzen. Das Solidaritätsprinzip gilt nur für die unteren und mittleren Einkommensgruppen. Sie sind die Hauptfinanziers des Sozialbudgets. Dafür sorgen die Versicherungspflicht- und Beitragsmessungsgrenzen. In der Renten- und Arbeitslosenversicherung haben alle abhängig Beschäftigten mit Ausnahme der Beamten den Status der Pflichtversicherten. Allerdings können sich Unternehmensvorstände und bestimmte Berufsgruppen wie Ärzte und Rechtanwälte davon befreien lassen und mit eigenen Versorgungswerken absichern. Sie entziehen sich dem Solidaritätsprinzip nicht, das durch die Beitragsbemessungsgrenze von 6.350 (West) bzw. 5.700 Euro (Ost) weiter eingeschränkt wird. Sie gründet auf dem Äquivalenzprinzip, wonach die Leistungen der Sozialversicherung in einem angemessenen Verhältnis zur Beitragszahlung stehen müssen.

Dieses Prinzip gilt in der GKV nur sehr bedingt, da sie nur beim Krankengeld einkommensbezogene Leistungen bietet. Ansonsten sind ihre Leistungen unabhängig von der Beitragshöhe. Deshalb gibt es auch keine sachliche oder rechtliche Begründung für die finanziellen Vorteile, die Besserverdienende durch die Beitragsbemessungsgrenze haben. Sie liegt aktuell bei 4.350 Euro p. m., also deutlich unter dem in der Renten- und Arbeitslosenversicherung geltenden Limit. Für die darüber liegenden Einkommensgruppen ist das ein Schnäppchen, insbesondere wenn sie Kinder und / oder nicht erwerbstätige Ehepartner haben, die sie in der PKV extra versichern müssten. Hier ein Beispiel: Ein Angestellter mit einem Gehalt von 8.000 Euro pro Monat zahlt als freiwillig Versicherter aktuell bei einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 1,1 % einen Beitrag von 682,95 Euro (= 15,7 % von 4.350 Euro) und damit einen faktischen Beitragssatz von nur 8,5 %. Allein die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf das in der Rentenversicherung geltende Niveau könnte die Sozialversicherungsabgaben um bis zu drei Prozentpunkte senken, wenn alle Erwerbstätigen Pflichtmitglieder der GKV wären (Rothgang und Domhoff 2017). Das käme vor allem den unteren Einkommensgruppen zugute, die weniger durch die Lohnsteuer als durch Sozialabgaben belastet werden. Aber auch die Arbeitgeber würden in Form sinkender Sozialabgaben davon profitieren. Die Ablehnung eines ein-

Die entscheidende Frage ist nicht, ob wir uns ein wachsendes Sozialbudget leisten können, sondern wie es sozial gerecht finanziert werden kann.

in unserer Volkswirtschaft und zugleich ein Instrument zur Bewältigung der dabei entstehenden Arbeitsmarktprobleme. Gesundheitliche und soziale Dienste haben wegen ihrer gegenüber den industriell hergestellten Gütern geringeren Rationalisierbarkeit die Eigenschaft, einen immer größeren Anteil des Arbeitskräftepotenzials und der Wertschöpfung moderner Volkswirtschaften für

heitlichen Krankenversicherungssystems durch die Arbeitgeberverbände kann daher nur ideologische Gründe haben.

In den 2000er Jahren schlugen einige Gesundheitsökonomen vor, das Sozialbudget stärker über Steuern zu finanzieren, um die GKV-Finanzierung von der Lohnentwicklung unabhängig zu machen. Die GKV-Beiträge sollten auf Pauschalprämien umgestellt und der Sozialausgleich aus dem Bundeshaushalt finanziert werden (Breyer 2003, Wagner 2003). Dadurch würden auch Besserverdienende mit in die GKV-Finanzierung einbezogen, die sich im geltenden Sozialabgabensystem dem

Solidaritätsprinzip entziehen könnten. Die CDU scheiterte im Wahlkampf 2005 mit einem solchen Konzept, das die FDP 2009 erfolglos reanimieren wollte. Es hätte den Bundeshaushalt um ca. 35 Mrd. Euro belastet, was ohne Steuererhöhungen nicht machbar gewesen wäre. Nach Berechnungen des Finanzministeriums hätte man die Mehrwertsteuer von 19 auf 23 % oder alternativ die Einkommenssteuer linear um 5 % anheben müssen (Bundesregierung 2009). Steuerfinanzierte Sozialsysteme sind nicht a priori sozial gerechter als die lohnbezogene Abgabenfinanzierung. Dänemark z. B. kennt so gut wie keine

Sozialabgaben (siehe Tabelle 1). Die Sozialausgaben werden fast komplett vom Staat finanziert, was mit einer Mehrwertsteuer 25 % verbunden ist und zu deutlich höheren Lebenshaltungskosten als in Deutschland führt. Verbrauchssteuern treffen die ärmeren Bevölkerungsschichten wesentlich stärker als die Wohlhabenden. Höhere Zuschüsse des Bundeshaushaltes zum Sozialbudget sorgen also nicht für mehr soziale Gerechtigkeit. Die lässt sich nur über eine stärkere Einbeziehung der höheren Einkommensgruppen in das Solidaritätsprinzip des Sozialversicherungssystems herstellen. ■

Literatur

- Arrow, K. E. 1963:** Social Choice and Individual Value. New Haven: Yale University Press
- Baumol, W. 2013:** The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't. New Haven: Yale University Press
- BMA (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) 2016:** Sozialbudget. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a230-15-sozialbudget-2015.pdf;jsessionid=394E891972786F0540A1E5BCF860BF75?__blob=publicationFile&v=3
- BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie) 2014:** Vom Gesundheitssatellitenkonto zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitssatellitenkonto-zur-gesundheitswirtschaftlichen-gesamtrechnung.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- BMWI 2017:** Gesundheitswirtschaft. Fakten und Zahlen Ausgabe 2016. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitssatellitenkonto-zur-gesundheitswirtschaftlichen-gesamtrechnung.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- Boettcher, E. 1957:** Sozialpolitik und Sozialreform. Tübingen: Mohr-Siebeck
- Breyer, F. 2003:** Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge. DIW-Diskussionspapier Nr. 330. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.40184.de/dp330.pdf
- Bundesregierung 2009:** Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage Birgit Bender und weiterer Abgeordneter der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. BT-Druck-sache17/499 <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/006/1700691.pdf>
- Fratzscher, M. 2016:** Verteilungskampf. Warum Deutschland immer ungleicher wird. München: Hanser
- Ganßmann, H. 2009:** Politische Ökonomie des Sozialstaats. 2. überarbeitete Auflage. Münster: Westfälisches Dampfboot
- Goebel, H. 2017:** Die Liberalen und der Wohlfahrtsstaat. Frankfurter Allgemeine Zeitung 21.04.2017. <http://www.faz.net/aktuell/>
- wirtschaft/wirtschaftspolitik/das-drama-des-deutschen-sozialstaats-14980097.html mmm
- Heimann, E. 1929/1980:** Soziale Theorie des Kapitalismus. Theorie der Sozialpolitik. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Kalina, T. und Weinkopf, C. 2017:** Niedriglohnbeschäftigung 2015 – bislang kein Rückgang im Zuge der Mindestlohn einführung. IAQ-Report 6/2017 <http://www.iaq.uni-due.de/iaq-report/2017/report2017-06.php>
- Krämer, R. 2017:** Zur politischen & moralischen Ökonomie des Sozialstaats und linker Sozialpolitik. Sozialismus6/2017: 28-35
- Oberender, P., Felder, S. et al. 2006:** Bayreuther Versichertensmodell. Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen. Bayreuth: Verlag P.C.O.
- OECD 2015:** Health at a Glance: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=1502270607&id=id&accname=guest&checksum=29775AC9A715867F10A2C62EC32A36F5>
- OECD 2017:** Taxing Wages 2017. Paris: OECD
- OECD 2017a:** Belastungen durch Steuern und Abgaben in Deutschland weiterhin deutlich über OECD-Schnitt. Pressemitteilung vom 11.04.2017 <http://www.oecd.org/berlin/presse/belastung-durch-steuern-und-abgaben-in-deutschland-weiterhin-deutlich-ueber-oecd-schnitt-11042017.htm>
- Polanyi, K. 1944/1978:** The Great Transformation. Politische und ökonomische Ursprünge von Gesellschaften und Wirtschaftssystemen. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Reiners, H. 2011:** Mythen der Gesundheitspolitik. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Huber
- Rice, T., Rosenau, P. et al. 2013:** United States of America – Health System Review. Health Systems in Transition 15 (3) 2013. European Observatory on Health Systems and Politics
- Rothgang, H. und Larisch, J. 2011:** Gesundheitswesen, Gesundheitswirtschaft und Wertschöpfung. <http://www.socium.uni-bremen.de/ueber-das-socium/mitglieder/heinz-rothgang/vortraege/?publ=4407&page=1>
- Ritter, G. A. 2006:** Der Preis der deutschen Einheit. Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaates. München: C. H. Beck
- Rothgang, H. und Domhoff, D. 2017:** Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE. https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Sonstiges/Solidarische_Gesundheits-_und_Pflegeversicherung__Mai_2017.pdf
- Schmähl, W. 2015:** Alterssicherung und Erwerbsminderung aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht. Zukunftsaufgaben für eine nachhaltige Politik und Forschung. Masuch, P. Spellbrink et al. (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung, Band 2. Berlin: Erich Schmidt
- Schoen, C. 2016:** The Affordable Care Act and the U.S. Economy: A Five-Year-Perspective. Washington D.C.: Commonwealth Fund. <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2016/feb/aca-economy-five-year-perspective>
- Schumpeter, J. A. 1950/1972:** Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie. München: Francke / UTB
- SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) 2003:** Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden: Nomos, Ziffren 81-90
- Wagner, G. G. 2003:** Pauschalprämien setzen das Konzept der Bürgerversicherung am besten um. Ifo-Schnelldienst 56 (17) <https://www.ifo-group.de/de/ifoHome/publications/journals/ifo-Schnelldienst/Archiv/sd2003.html>
- Walendzik, A., Greß, S. et al. 2008:** Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis standardisierter Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeitrag FB Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen Nr. 165, Februar 2008. [www.boeckler.de/pdf_fof/S-2006-872-4-2.pdf](http://boeckler.de/pdf_fof/S-2006-872-4-2.pdf)
- Anmerkung:** Letzter Zugriff im Internet: 20.08.2017