



VEREINIGUNG DER HESSISCHEN  
UNTERNEHMERVERBÄNDE



**Gesamtsozialversicherungsbeitrag unter 40 % halten –  
Lasten des demographischen Wandels fair verteilen,  
Arbeitsplätze sichern**

Positionspapier

Frankfurt am Main,  
15. Mai 2019

## I. Zusammenfassung

Die Lasten des demographischen Wandels dürfen nicht einseitig bei der aktiven und im Berufsleben stehenden Generation abgeladen werden. Dies hätte deutlich negative Folgen für den Wohlstand und die Beschäftigung in Deutschland und in Hessen. Die Hessische Landesregierung, Parteien und alle anderen Akteure in Hessen müssen deshalb ihren Teil dazu beitragen, den Gesamtsozialversicherungsbeitrag in einem beherrschbaren Rahmen zu halten – wenn möglich bei unter 40 %.

Die wichtigste Bedingung für die Finanzierbarkeit der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung im umlagefinanzierten System sind möglichst viele Menschen in sozialversicherter Beschäftigung, damit sich die Lasten auf viele Schultern verteilen.

**In Hessen** kann und muss viel getan werden, um die Zahl der sozialversichert Beschäftigten weiter zu erhöhen bzw. hoch zu halten. Um Kosten zu dämpfen und die Versorgungsqualität zu heben, müssen die verantwortlichen Akteure in Hessen außerdem Überkapazitäten im hessischen Gesundheitssystem abbauen. Alle in Hessen verfügbaren Sozialleistungen sollten auf ihre Wirkung überprüft werden.

1. Kultusministerium und Schulen müssen die Zahl der Schulabbrecher weiter reduzieren und für mehr ausbildungsfähige Schulabgänger sorgen.
2. Das Kultusministerium sollte die Zahl der Plätze im schulischen Übergangssystem reduzieren, damit ausbildungsfähige Jugendliche nach Schulabschluss direkt eine duale Berufsausbildung aufnehmen.
3. Die Jobcenter müssen vor allem Langzeitarbeitslose in Hessen konsequenter aktivieren.
4. Nach Aufnahme einer Beschäftigung sollten die Jobcenter sofern nötig (ehemalige) Leistungsbezieher weiterbegleiten, damit diese dauerhaft in Arbeit bleiben.

5. Das hessische Sozialministerium muss seine Aufsichtsfunktion über die kommunalen Jobcenter dazu nutzen, diese zu besseren Leistungen anzutreiben.
6. Alle vorhandenen Erwerbspersonenpotenziale sollten noch besser erschlossen werden. Vor allem Frauen, Personen mit Migrationshintergrund und Menschen mit schweren Behinderungen sollten so unterstützt werden, dass sie sich noch stärker am Erwerbsleben beteiligen.
7. Die Rehabilitationsträger (Kranken- und Rentenversicherung, Arbeitsagentur und Träger der Eingliederungshilfe) und das Integrationsamt müssen besser zusammenarbeiten und langfristige Erkrankungen erkennen und verhindern oder aber für eine erfolgreiche Rehabilitation zurück an den Arbeitsplatz sorgen, damit möglichst viele Beschäftigte bis zur Rente im Erwerbsleben bleiben.
8. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen sollte überzählige Arztsitze, vor allem in Ballungsräumen, aufkaufen und schließen.
9. Die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum sollte etwa durch die Zusammenarbeit mit vorhandenen (Krankenhaus-) Strukturen verbessert werden.
10. Nicht benötigte Krankenhauskapazitäten sollten hingegen vom hessischen Sozialministerium abgebaut werden.
11. Effizienzsteigerungspotenziale im Hessischen Rettungsdienstgesetz sollten genutzt werden.
12. Der Hessische Landessozialbericht muss einen Überblick über alle existierenden Sozialleistungen liefern, inklusive Kosten und Wirkungen. Ineffiziente oder wirkungslose Maßnahmen sollten beendet werden.

**Im Bund** müssen Landesregierung und die hessischen Parteien außerdem ihren Einfluss über den Bundesrat und die Bundespolitik nutzen, um für beschäftigungsfreundliche Rahmenbedingungen und drin-

gend notwendige Reformen in allen Zweigen der Sozialversicherung und für dringend benötigte Flexibilität am Arbeitsmarkt zu kämpfen:

1. Beschäftigung darf nicht mit einem Übermaß an Bürokratie belegt werden
2. Flexible Beschäftigungsformen dürfen nicht weiter eingeschränkt werden
3. Die Anrechnung von Einkommen auf das Arbeitslosengeld II sollte so verändert werden, dass Arbeit immer attraktiver ist als Leistungsbezug
4. Für Niedrigqualifizierte ist der Niedriglohnsektor ein unverzichtbares Einstiegstor in den Arbeitsmarkt

in der gesetzlichen Rentenversicherung:

5. Rente mit 67 durchsetzen
6. Gesetzliche, betriebliche und private Altersvorsorge stärken
7. Versicherungsfremde Leistungen nicht aus Beitragsmitteln finanzieren

in der gesetzlichen Krankenversicherung:

8. Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stärken, auf Basissicherung reduzieren
9. Eigenverantwortung der Versicherten verbessern
10. Gesundheitsprämie einführen

in der sozialen Pflegeversicherung:

11. Wettbewerb in der Pflege ermöglichen
12. Pflegeprämie einführen
13. Kapitalgedeckte Pflegevorsorge stärken

in der Arbeitslosenversicherung:

14. Auf Kernaufgaben beschränken
15. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben aus Steuermitteln finanzieren
16. Beitragssatz an der benötigten Rücklage ausrichten

Anhang:

- Hintergrund: Wer zahlt die Kosten des demographischen Wandels?
- Literatur

## II. Im Einzelnen: Beschäftigung sichern, Effizienz der Sozialsysteme steigern

Ein hoher Beschäftigungsstand ist die Basis für die Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Renten-, Arbeitslosen- und – solange sie nicht vom Lohn abgekoppelt wurden – auch der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Akteure am Arbeitsmarkt in Bund und Land sollten die Rahmenbedingungen deshalb so gestalten, dass bestehende sozialversicherte Beschäftigung erhalten und möglichst viele neue Arbeitsplätze für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte geschaffen werden können. Bedingung hierfür sind vor allem beherrschbare Bürokratie und Lohnzusatzkosten. Gleichzeitig ist die Wirtschaft auf qualifizierte und gesunde Arbeitnehmer angewiesen und engagiert sich selbst auch stark in der Aus- und Weiterbildung sowie in dem Gesundheitsmanagement. Vor allem die Akteure auf Landesebene können noch mehr dafür tun, dass die Erwerbsbeteiligung in Hessen weiter steigt.

Um Ausgaben zu senken und Lohnzusatzkosten zu beschränken, müssen die Akteure in Hessen und der Bundesgesetzgeber endlich dringend notwendige Reformen angehen, um alle Zweige der Sozialversicherung effizient und leistungsfähig aufzustellen.

### Was in Hessen zu tun ist

Die Akteure am hessischen Arbeitsmarkt können jeder für sich und auch gemeinsam einen großen Beitrag dazu leisten, dass die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Hessen hoch bleibt und sogar noch weiter steigt. Denn grundsätzlich gilt, je mehr Menschen in die Sozialsysteme einzahlen, desto eher sinkt die Beitragsbelastung des Einzelnen.

Die Zahl der sozialversichert Beschäftigten in Hessen ist seit 2005 von 2,1 Mio. auf stolze 2,6 Mio. gestiegen und auch die

Zahl der Arbeitslosen ist so niedrig wie zuletzt vor über einem Vierteljahrhundert. Personen ohne Berufsabschluss sind jedoch immer noch überdurchschnittlich häufig arbeitslos. Deshalb muss das **Kultusministerium** weiter alles dafür tun, die Zahl der Schulabbrecher weiter zu senken und so niedrig wie möglich zu halten. Bildungspolitik und Lehrer in den Schulen müssen dafür sorgen, dass Schulabsolventen die notwendigen Fähigkeiten erlangen, um eine Ausbildung zu beginnen. Ausbildungsfähige Jugendliche sollten nicht für voll(zeit)schulische Bildungsgänge der Berufsschulen geworben werden, die sich in einigen Zweigen als Weg zur Hochschulreife zu einem Konkurrenzsystem für die duale Berufsausbildung entwickelt haben. Hier muss die duale Berufsausbildung – auch bei der Motivierung der Schulabsolventen in der schulischen Berufsorientierung - Priorität haben. Das hessische Kultusministerium sollte daher die Zahl der Plätze im schulischen Übergangssystem reduzieren.

Geringqualifizierte Arbeitslose sollten von den Akteuren auf dem Arbeitsmarkt mit Maßnahmen zur abschlussorientierten Qualifizierung unterstützt werden. Auch Teilqualifizierung und Ausbildungsbau- steine sollten verstärkt genutzt werden, um Bildungswege für Geringqualifizierte flexibel zu gestalten und sie schrittweise zu einem Ausbildungsabschluss zu führen. Die beste Lösung bleibt immer eine reguläre Ausbildung, die mit allen Unterstützungsangeboten gerade für unter 25-jährige den Vorzug behalten muss.

Die **Jobcenter** sollten Arbeitslose konsequent in neue Beschäftigung vermitteln und eigene Anstrengungen bei der Arbeitssuche einfordern. Gerade Langzeitarbeitslosen müssen sie nach Beschäftigungsaufnahme auch dabei helfen, dauerhaft in Beschäftigung zu bleiben, indem ein Coach den Einstieg in Arbeit und den nachfolgenden Aufstieg in bessere Jobs begleitet und unterstützt (weiterführende Informationen: VhU 15-Punkte-Papier für weniger Langzeitarbeitslosigkeit in Hessen vom 15.05.2019). Das hessische Sozialministerium hat mit seiner Fachaufsicht über

die rein kommunalen Jobcenter eine wichtige Impulsfunktion, die es aktiv ausüben muss.

Um die Erwerbsbeteiligung zu erhöhen, sollten alle Erwerbspersonenpotentiale gehoben werden. Dies bedeutet u. a., dass sich noch mehr Frauen, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit schweren Behinderungen am Erwerbsleben beteiligen.

Zu einer möglichst hohen Erwerbsbeteiligung gehört auch, dass so wenige Arbeitnehmer wie möglich aufgrund einer Erwerbsminderung ganz oder teilweise aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Hierfür müssen die Reha-Träger, also **Rentenversicherung, Krankenkassen, Unfallversicherungsträger, Bundesagentur für Arbeit, Träger der Eingliederungshilfe und Integrationsamt** untereinander aber auch mit Arbeitgebern und Arbeitnehmern besser zusammenarbeiten und notwendige Rehabilitationsmaßnahmen schnell einleiten, um Dauererkrankungen wo es geht zu verhindern. Bei (Langzeit-) Arbeitslosen stehen die Arbeitsagenturen und Jobcenter in der Pflicht.

Erhebliche Effizienzreserven schlummern im Gesundheitswesen, die von den Akteuren der Gesundheitspolitik in Hessen gehoben werden müssen. Damit diese aber am Ende des Tages den Beitragszahlern zugutekommen können, ist zwingend der Bund mit in die Reformüberlegungen einzubeziehen. Dann können eine bessere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und eine Dämpfung des Kostenanstiegs erreicht werden:

- Die **Kassenärztlichen Vereinigungen** in den Ländern und damit auch in Hessen müssen die zum Teil bestehende ärztliche Überversorgung in den Städten und Ballungsräumen durch Aufkauf von Arztsitzen abbauen. Dies kann durch eine sachgerechte Planung und Zulassungspraxis kostenneutral erfolgen. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen

sollte in erster Linie durch bessere Nutzung vorhandener Strukturen angegangen werden, also z. B. durch Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern.

- Die Krankenhausplanung darf nicht an den Kreis- oder Landesgrenzen enden, sondern muss konsequent am Maßstab der Erreichbarkeit für die Bürger ausgerichtet werden. Dazu muss das Hessische **Sozialministerium** die Standorte und Kapazitäten insgesamt, aber auch differenziert nach Versorgungsangeboten überprüfen. Nicht jeder Standort ist erforderlich, und nicht jedes Kreiskrankenhaus muss von der Geburtsstation bis zur Herzchirurgie das komplette Versorgungsspektrum vorhalten. Nicht nur unter Finanzierungs-, sondern auch unter Qualitätsgesichtspunkten ist eine Bündelung der Versorgungskompetenz für bestimmte, hochspezialisierte medizinische Leistungen geboten.
- Im Hessischen Rettungsdienstgesetz muss verstärkt das Wirtschaftlichkeitsgebot durchgesetzt werden. Dies ist möglich, ohne die Qualität der Rettungsdienstleistungen zu beeinträchtigen. Beispiele hierfür wären die zwingende Anwendung von Vergabeverfahren in Form von öffentlichen Ausschreibungen sowie die Beteiligung der Krankenkassen an den Organisationsentscheidungen der Rettungsträger, ob Notfallversorgung und Krankentransport getrennt oder als Einheit organisiert werden.

Der Hessische **Landessozialbericht** sollte außerdem endlich Klarheit über alle bestehenden Sozialleistungen in Hessen schaffen: Welche Leistungen gibt es? Was kosten diese? Und entfalten die Leistungen tatsächlich die gewünschten Wirkungen, auch auf das Verhalten des Einzelnen? Leistungen, die nicht die erhoffte Wirkung erzielen, sollten konsequent eingestellt werden. Der aktuelle Landessozialbericht 2017 ist zwar schon erheblich aussagekräftiger als der Bericht 2012, muss aber



in den genannten Bereichen noch stark weiterentwickelt werden. Dies ist eine unabdingbare Grundvoraussetzung für eine gezielte Sozialpolitik und gegen Verschwendung (siehe hierzu im Detail VhU-Stellungnahme zum Landessozialbericht 2017 vom 4.12.2017).

## Was Hessen im Bund tun sollte

Die **Hessische Landesregierung** sollte ihre fünf Stimmen im Bundesrat und die **Landespolitik** ihren Einfluss in den Parteien dazu nutzen, auch im Bund auf dringend notwendige Reformen für einen starken Arbeitsmarkt und zukunftsfeste Sozialsysteme hinzuarbeiten. Für Arbeitgeber sollte es so einfach wie möglich sein, Arbeit für sozialversichert Beschäftigte zu schaffen und zu halten. Gleichzeitig müssen das Sicherungsniveau und die Strukturen in allen Zweigen der Sozialversicherung auf den Prüfstand gestellt werden, um bezahlbare und gute Leistungen sicherzustellen, selbst wenn in einer alternierenden Bevölkerung die Inanspruchnahme der gesetzlichen Sozialversicherung stark zunehmen wird.

## Gute Rahmenbedingungen für einen hohen Beschäftigungsstand schaffen und erhalten

Die Erleichterungen bei Zeitarbeit, Minijobs und Befristungen im Rahmen der Agenda 2010 haben unseren Arbeitsmarkt deutlich flexibler gemacht und für zusätzliche Beschäftigung gesorgt. Denn die Grundbedingung für einen hohen Beschäftigungsstand ist, dass möglichst vielen Menschen der Einstieg in und Aufstieg durch Beschäftigung gelingt: auch als Berufsanfänger oder Langzeitarbeitslose, mit nur geringer Qualifikation oder mit Teilzeitwunsch. Flexible Beschäftigungsformen wie Zeitarbeit, Teilzeit, Befristungen, Minijobs und flexible Arbeitszeitmodelle ermöglichen vielen Personen eben diesen Zugang zum Arbeitsmarkt. Dennoch gibt es immer wieder Bestrebungen, diese Beschäftigungsformen einzuschränken, wie

jüngst mit dem Teilzeit- und Befristungsgesetz oder den aktuellen Forderungen nach vollständiger Abschaffung der sachgrundlosen Befristung.

Die richtigen Reformen der Agenda 2010 dürfen auf keinen Fall weiter zurückgedreht werden, sondern sollten stattdessen weiterentwickelt werden. Dies gilt unter anderem für die Anrechnung eigener Einkommen auf das Arbeitslosengeld II: Eigenes Einkommen ist aktuell bis zu einem Betrag von 100 Euro monatlich komplett anrechnungsfrei. Höhere Einkommen werden hingegen zu einem Großteil auf den Leistungsbezug angerechnet. Unter diesen Anreizen kann es unter Umständen vorteilhaft sein, in einer zeitlich beschränkten Beschäftigung bei gleichzeitigem Leistungsbezug zu verharren, statt dem eigentlich angestrebten Ziel einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen. Derartige Fehlreize sind zwingend zu beseitigen, um Menschen nicht an der Entfaltung ihrer Erwerbswünsche zu hindern. Kleine Hinzuverdienste bis 200 Euro monatlich sollten deshalb vollständig auf das Arbeitslosengeld II angerechnet werden, auch um den Anreiz zur Schwarzarbeit vor allem bei geringen Arbeitszeiten und damit oft niedrigen Hinzuverdiensten zu beseitigen. Bei höheren Zuverdiensten sollte hingegen durch etwas großzügigere Freibeträge sichergestellt werden, dass dem Arbeitslosengeld-II-Empfänger mehr Netto verbleibt und Arbeit sich so mehr lohnt.

Niedrig- oder gar nicht Qualifizierte haben meist nur dann eine Chance in Arbeit zu kommen, wenn sie entsprechend ihrer oft geringen Produktivität zunächst auch eine niedrig entlohnte Arbeit ausüben. Der Niedriglohnbereich spielt deshalb eine Schlüsselrolle für die Arbeitsmarktchancen Geringqualifizierter: Sind die Zugangshürden zu hoch oder die Anreize zum Verbleib im Sozialleistungsbezug zu groß, bleiben viele von Arbeit ausgeschlossen. Der Niedriglohnsektor ist deshalb für einen funktionierenden Arbeitsmarkt unerlässlich. Die Ausnahme für Langzeitarbeitslose vom Mindestlohn sollte von 6 auf mindestens 12 Monate erweitert werden.

## **Alle Zweige der Sozialversicherung reformieren**

### **1. Gesetzliche Rentenversicherung:**

Die gesetzliche Rentenversicherung wird vom demographischen Wandel besonders hart getroffen. Kommen heute – trotz des anhaltenden Wachstums sozialversicherter Beschäftigung – nur gut zwei Beitragszahler auf einen Rentner, droht in den nächsten Jahrzehnten ein Verhältnis von eins zu eins, wenn die Mitglieder der geburtenstarken Jahrgänge aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Anfang der 60er Jahre kamen noch sechs Beitragszahler auf einen Rentner. Das umlagefinanzierte gesetzliche Rentensystem muss deshalb dringend entlastet werden. Hierzu muss die Rente mit 67 konsequent und ohne abschlagsfreie Frühverrentung für Einzelne umgesetzt werden. Private und betriebliche Altersvorsorge müssen weiter gestärkt werden und versicherungsfremde Leistungen wie die Mütterrente dürfen nicht länger aus Beitragsmitteln finanziert werden (siehe hierzu im Detail Rentenpolitisches Grundsatzpapier der VhU vom 18.5.2017).

#### **Rente mit 67 durchsetzen**

Die richtige Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters auf 67 Jahre darf nicht weiter torpediert werden durch einen abschlagsfreien Rentenzugang mit 63 Jahren (ansteigend bis auf 65), wie ihn die große Koalition 2014 in unverantwortlicher Weise eingeführt hat.

Auf eigenen Wunsch sollte eine vorgezogene Rente ab 63 möglich bleiben, jedoch nur mit anreizneutralen Abschlägen (Abschlägen, die im Durchschnitt ein Rentenzugangsalter in Höhe der Regelaltersgrenze erwarten lassen). Denn der Frührentner erhält seine Rente länger als der im Regelrenteneintrittsalter ausscheidende Arbeitnehmer. Die freiwillige Entscheidung für eine längere Rente sollten nicht andere

finanzieren, sondern der Frührentner durch eine niedrigeren monatlichen Rentenbetrag selbst.

Um die Diskussion über das Renteneintrittsalter zu versachlichen, sollte darüber nachgedacht werden, die steigende Lebenserwartung automatisch an ein höheres Renteneintrittsalter zu knüpfen, wie dies bereits in einigen skandinavischen Ländern der Fall ist. Für eine um ein Jahr längere Lebenserwartung könnte dies zum Beispiel bedeuten, acht Monate länger zu arbeiten und vier Monate zusätzlich Rente zu beziehen. Mit diesem regelhaften und transparenten Verfahren wäre die unpopuläre Frage der Erhöhung des Renteneintrittsalters dem politischen Tagesgeschäft und dem politischen Wettbewerb entzogen.

#### **Altersvorsorge auf drei Säulen stützen**

Weil sich das Verhältnis zwischen aktiven Beitragszahlern und Rentnern immer mehr in Richtung der Rentner verschiebt, müssen die gesetzliche Rente und damit auch die Beitragszahler dadurch entlastet werden, dass jeder einzelne auch mit kapitalgedeckter Vorsorge für sich selber vorsorgt. Deshalb müssen die Rahmenbedingungen für betriebliche und private Altersvorsorge verbessert werden, insbesondere für Bezieher von geringen Einkommen. Die kapitalgedeckte Altersvorsorge ist – auch in Zeiten einer Niedrigzinspolitik – eine ideale Ergänzung der umlagefinanzierten gesetzlichen Rente, weil damit jede Generation für sich selbst vorsorgt und die Lasten nicht auf nachfolgende jüngere Beitragszahler verschiebt.

Völlig zu Unrecht schlecht geredet wird die Riesterrente mit inzwischen immerhin rund 16,5 Millionen Verträgen. Die Riester-Zulage erreicht zu 41 Prozent Bezieher von Jahreseinkommen von weniger als 20.000 €. Bei Geringverdienern und Familien mit Kindern erreicht die Förderquote bis zu 90 Prozent. Eine alleinerziehende Mutter mit

zwei Kindern und 20.000 € Bruttoeinkommen sichert sich bereits mit einem Mindesteigenbetrag von 60 € im Jahr die volle Förderung von 754 €. Mit dem Betriebsrentenstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber die Bedingungen für Riestersparer noch einmal verbessert.

Für eine Stärkung der betrieblichen Altersvorsorge sind bessere gesetzliche Rahmenbedingungen erforderlich. Mit den neuen Regelungen des Betriebsrentenstärkungsgesetzes ergibt sich eine große Chance zur Verbreitung der betrieblichen Altersvorsorge. Die Einführung der reinen Beitragszusage kann dazu beitragen, dass auch diejenigen Arbeitgeber für die betriebliche Altersvorsorge zu gewinnen, die bisher aufgrund langfristiger und schwer überschaubarer Haftungsrisiken Abstand davon genommen haben. In einzelnen Punkten sollte der Gesetzgeber jedoch noch nachjustieren, bspw. bei der steuerlichen Anerkennung von Pensionsverpflichtungen.

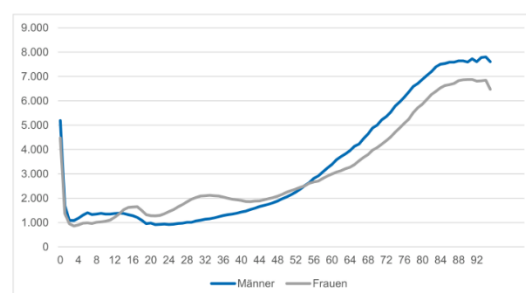
### Versicherungsfremde Leistungen nicht aus Rentenbeiträgen finanzieren

Um die Rentenversicherung nicht noch zusätzlich zu belasten, dürfen versicherungsfremde gesamtgesellschaftliche Aufgaben nicht aus Beitragsmitteln finanziert werden. Hierzu gehört beispielsweise die Zurechnung von zusätzlichen Kindererziehungszeiten zur Rente auf Kosten der Beitragszahler in Form der Mütterrente (fiktive Beiträge werden bereits für ab 1992 geborene Kinder aus Steuer- und nicht aus Beitragsmitteln eingestellt). Vielmehr muss der Bund die zur Finanzierung erforderlichen Mittel aus Steuermitteln bereitstellen. Auch dadurch würde die Rentenkasse entlastet und der Druck auf das Renten- und Beitragsniveau vermindert.

## 2. Gesetzliche Krankenversicherung

In einer älter werdenden Gesellschaft steigen die Gesundheitsausgaben tendenziell, weil im hohen Lebensalter viele Gesundheitsleistungen erforderlich werden und die Altersgruppen mit bislang überdurchschnittlichen Behandlungsausgaben künftig häufiger besetzt werden.

### Kosten pro Versichertem nach Alter in der in der Gesetzlichen Krankenversicherung



Quellen: Bundesversicherungsamt, 2017, Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Damit die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in eine dramatische Schieflage gerät, sind umfassende Strukturreformen sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite notwendig.

### Gesundheitssystem effizienter machen

Zur Effizienzsteigerung und Ausgabenbegrenzung sind insbesondere folgende Maßnahmen unverzichtbar:

- Der Bundesgesetzgeber muss den Wettbewerb im Gesundheitswesen auf allen Ebenen intensivieren. Vertragsfreiheit für die Krankenkassen – unter Beachtung kartellrechtlicher Vorschriften – ist eine zentrale Voraussetzung für einen kosten senkenden und Qualität sichernden Wettbewerb. Dabei verstärkt die freie Preisbildung den Wettbewerb als Steuerungsinstrument zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung. Bislang aber profitieren die Beitragszahler kaum von einem Kosten



senkenden Wettbewerb, weil entweder die Früchte einer kostenbewussten Nachfrage im Kollektiv aller GKV-Versicherten untergehen, und/oder weil Effizienzgewinne auf Seiten der Leistungserbringer nicht exklusiv an deren Patienten weitergeben werden können. Der Wettbewerb kann aber erst dann seinen Beitrag zur Dämpfung des Ausgabenwachstums effektiv leisten, wenn der individuelle Beitrag um einen einkommens-unabhängigen Preis ergänzt wird, der die unterschiedlich hohen Kosten der Inanspruchnahme spiegelt und damit alle Akteure, auch die Versicherten, zu entsprechend kostenbewusstem Verhalten motiviert.

- Der Bundesgesetzgeber muss die Eigenverantwortung der Versicherten ausbauen. Hierzu bedarf es einer besseren Kostentransparenz und mehr Selbstbeteiligung, insbesondere in den Bereichen, in denen eine steuernde Wirkung auf das Verhalten der Versicherten zu erwarten ist. Dazu zählt auch die Praxisgebühr, die wieder eingeführt, aber bei jedem Arztbesuch erhoben werden sollte, um eine bessere Steuerungswirkung entfalten zu können.
- Die Finanzierung der Krankenhäuser sollte überführt werden in eine Monofinanzierung durch die Krankenkassen, allerdings bei vollständiger Übernahme der Planungskompetenz (soweit Bundesrecht über Bundesratsinitiative). Damit der Übergang für Länder und Krankenkassen kostenneutral erfolgt, muss die bisherige Investitionsfinanzierung durch einen dynamischen Steuerzuschuss ersetzt werden. Denn die heute „gespaltene“ Finanzierung (Betriebskosten: Krankenkassen – Investitionskosten: Länder) hat sich nicht bewährt, ist bürokratisch und vorenthält den Krankenkassen, obwohl sie Hauptfinanzierer sind, jegliche Möglichkeit, innova-

tiv planerisch zu agieren. Um die Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung beim Übergang in Grenzen zu halten, sollte die bisherige Investitionskostenfinanzierung aus Landesmitteln nicht ersatzlos entfallen, sondern zunächst in einen auf die Länder begrenzten Zusatztopf fließen, der zugunsten der Versicherten eingesetzt wird.

- Der Leistungskatalog muss auf eine Basissicherung konzentriert werden. Hierzu muss insbesondere sichergestellt werden, dass künftig grundsätzlich nur noch solche Leistungen von den Krankenkassen übernommen werden, deren Nutzen und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind. Darüber hinaus sollten für möglichst viele Indikationen verbindliche evidenzbasierte Versorgungsleitlinien entwickelt werden.

### **Finanzierung der Krankheitskosten vom Arbeitsverhältnis abkoppeln**

Der Bundesgesetzgeber sollte die Finanzierung des Gesundheitssystems auf das sogenannte Gesundheitsprämienmodell umstellen. Der versicherte Personenkreis entspricht dem heutigen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Anstatt der jetzigen lohnbezogenen Beitragsfinanzierung müssen grundsätzlich alle Erwachsenen eine kassenindividuelle Gesundheitsprämie zahlen. Die beitragsfreie Mitversicherung der angehörigen Kinder kann dabei erhalten bleiben oder über das allgemeine Steuer-Transfer-System umgesetzt werden. Der Arbeitgeberanteil wird in den Bruttolohn ausgezahlt. Entsprechend erfolgt die Auszahlung des Zuschusses der gesetzlichen Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner als zusätzliche Rentenleistung.

Mitglieder, die durch die Zahlung einer vollen Prämie finanziell überfordert würden, erhalten einen sozialen Ausgleich. Er wird dadurch gewährleistet, dass die Krankenkassen bei ihnen die Prämie nur bis zu der

Höhe einfordern, die sie nicht überfordert. Das dadurch ausfallende Prämienaufkommen wird den Krankenkassen über den Risikostrukturausgleichsfonds aus Steuermitteln erstattet.

Durch ein solches Gesundheitsprämien-system würde die Finanzierung von Krankheitskosten endlich von den Arbeitskosten abgekoppelt. Lohn- und Gehaltserhöhungen und höhere Beitragssätze würden nicht mehr zu höheren Personalzusatzkosten führen, und der beschäftigungsfeindliche Abgabenkeil zwischen Arbeitskosten und Nettolöhnen würde verkleinert. Bei einem konjunkturellen Abschwung hätte dies eine stabilisierende Wirkung auf den deutschen Arbeitsmarkt. Die Abhängigkeit der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von der konjunkturellen Entwicklung würde weitgehend beseitigt. Außerdem würden negative einnahmeseitige Effekte des demographischen Wandels verringert, da ein steigender Rentneranteil nicht mehr zu Beitragsmindereinnahmen führen würde.

Ein erster Schritt hin zu einer nachhaltigen Finanzierung war die seit 1. Januar 2011 geltende Festschreibung des Arbeitgeberanteils auf 7,3 %. Die schwarz-rote Koalition hat diese Festschreibung jedoch zum 1. Januar 2019 zurückgenommen. Hierdurch entstehen den Arbeitgebern Mehrbelastungen von 5 Mrd. € jährlich. Da die Arbeitgeber zusätzlich die Kosten der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall alleine zahlen müssen (ca. 50 Mrd. jährlich) kann auch nicht von einer paritätischen Finanzierung der Krankheitskosten die Rede sein.

Durch diesen Rückschritt wird außerdem der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen behindert, entfällt mit dem Zusatzbeitrag doch das letzte Preissignal, das mögliche Effizienzunterschiede in Euro und Cent verdeutlicht. Stattdessen sind nur noch marginale Beitragssatzunterschiede zwischen den einzelnen Kassen zu erwarten. Außerdem haben Versicherte künftig nur noch den halben Vorteil, wenn

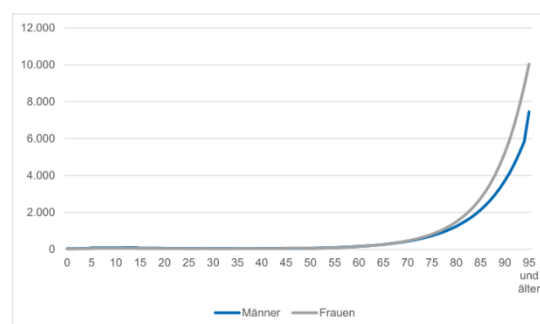
sie in eine preisgünstigere Krankenkasse wechseln, oder aber sie können die zusätzlichen Kosten bei Wahl einer teureren Krankenkasse hälftig auf den Arbeitgeber abwälzen. Wenn schon die Arbeitgeber wieder den Zusatzbeitrag hälftig mitfinanzieren sollen, dann muss ihr Finanzierungsanteil zumindest auf den hälftigen Beitrag der günstigsten für die Beschäftigten wählbaren Krankenkasse begrenzt werden.

### 3. Soziale Pflegeversicherung

In der sozialen Pflegeversicherung steigen die Ausgaben aufgrund der Alterung stärker als in allen anderen Bereichen der Sozialversicherung.

Denn besonders im höheren Lebensalter, das in Zukunft immer größere Teile der Bevölkerung erreichen werden, steigen die Kosten in der Pflege stark an.

#### Kosten pro Versichertem nach Alter in der Sozialen Pflegeversicherung



Quellen: BMG, 2017a, 2017b; Statistisches Bundesamt, 2017b; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Damit die Finanzierung der Pflege nicht zu einer völligen Überforderung der Beitragszahler führt, bedarf es umfassender Strukturereformen auf der Finanzierungs- wie auf der Leistungsseite.

## **Leistungsausweitungen genau prüfen**

In den vergangenen Jahren sind die Leistungen der Pflegeversicherung erheblich ausgewertet worden. Hierzu trugen vor allem das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012) und die drei Pflegegestärkungsgesetze (PSG I bis III: 2015, 2016 und 2017) bei. Durch die wiederholten Leistungsausweitungen werden die Finanzierungsprobleme der sozialen Pflegeversicherung weiter verschärft und kommende Generationen zusätzlich belastet.

Alleine in den letzten sieben Jahren wurde der Beitragssatz in mehreren Schritten um über einen Prozentpunkt von 1,95 auf 3,02 Prozent und damit um über die Hälfte erhöht. Schon jetzt ist klar, dass auch die aktuelle Erhöhung nicht ausreichen wird, um die steigenden Lasten in der Pflegeversicherung zu finanzieren. Wir brauchen auch in Zukunft ein funktionsfähiges Pflegesystem in unserer Gesellschaft. Deshalb sollte der Bundesgesetzgeber jede weitere Leistungsausweitung genau auf ihre Notwendigkeit prüfen Effizienzreserven haben und kapitalgedeckte Eigenvorsorge stärken.

## **Wettbewerb und unternehmerisches Handeln in der Pflege ermöglichen**

Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung muss auch in der sozialen Pflegepflichtversicherung der Kosten-, Preis- und Qualitätswettbewerb zur Erzielung kostengünstiger, qualitativ hochwertiger und leistungsfähiger Versorgungsstrukturen verstärkt werden.

Bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 ist durch den einheitlichen Beitragssatz und den vollständigen Finanzausgleich auf Wettbewerbselemente zwischen den Pflegekassen weitgehend verzichtet worden. Seitdem sind der gesetzlich festgelegte Einheitsbeitragssatz sowie der vollständige Finanzausgleich unter den Pflegekassen prägende Merkmale der sozialen Pflegeversicherung.

Die Pflegekassen haben unter diesen Rahmenbedingungen kaum ökonomische Anreize, ihre Ausgaben möglichst niedrig zu halten bzw. Wettbewerbsvorteile für ihre Versicherten zu erwirtschaften.

Statt einheitlichem und gemeinsamem Handeln aller Pflegekassen muss deshalb Vertragsfreiheit gelten. Die Leistungsbedingungen dürfen nicht länger durch die Landesverwaltung bis ins kleinste Detail vorgegeben werden, sondern müssen von jeder Pflegekasse frei mit den Leistungsanbietern – Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen – ausgehandelt werden können.

Um Preissenkungsspielräume konsequent zu erschließen, sollten die einzelnen Pflegekassen künftig zudem nicht mehr nur über feste Leistungssätze (bzw. Festpreise für Einzelleistungen) mit den Leistungsanbietern verhandeln können, sondern auch über den Gesamtpreis der zu erbringenden Pflegeleistungen.

Auch auf dem Markt der Pflegeanbieter muss Wettbewerb herrschen. Das Instrument der Allgemeinverbindlichkeitserklärung von Tarifverträgen erfordert gerade auch im Pflegebereich einen verantwortungsbewussten und vorsichtigen Umgang. Tarifverträge mit Handlungsfreiheiten für alle Beteiligten sind ideal.

Unternehmerisches Handeln auf den Pflegemärkten lohnt sich immer weniger, wenn selbst bei der Kalkulation von Investitionskostenzuschüssen einzelne Bundesländer den anzusetzenden Zinssatz bis ins kleinste Detail regulieren. Dabei sind es ausgerechnet die privaten Dienste und Einrichtungen, die mit ihrer überdurchschnittlichen Wachstumsdynamik dazu beigetragen haben, dass die bis heute bereits stark gewachsene Zahl an Pflegebedürftigen adäquat versorgt werden konnte. Im Interesse der hessischen Landesregierung muss es also sein, die Investitionsbedingungen im Bereich Pflege günstig zu gestalten, um ihrer Verantwortung gerecht

zu werden, für eine ausreichende Pflegeinfrastruktur vorzusorgen.

### **Vom Lohn unabhängige Pflegeprämie einführen**

Auf der Einnahmenseite sollte wie in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Entkopplung der Pflegekostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis erfolgen. D. h. die Finanzierung sollte auf einkommensunabhängige Pflegeprämien mit steuerfreier Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den Bruttolohn und Sozialausgleich für Einkommensschwache umgestellt werden.

Sollte dies nicht politisch durchsetzbar sein, muss zumindest der Arbeitgeberbeitrag zur Pflegeversicherung – wie auch in der Krankenversicherung – gesetzlich festgeschrieben werden. Dadurch bliebe die Belastung der Arbeitskosten durch steigende Pflegekosten künftig zumindest auf den Anstieg der Lohn- und Gehaltssumme beschränkt.

### **Kapitalgedeckte Pflegevorsorge stärken**

Die Pflegepflichtversicherung war von Anfang an als Teilkostendeckung gedacht. Es gilt daher, das Thema „Pflegevorsorge“ stärker im Bewusstsein der Menschen zu verankern. Dabei können (steuerlich geförderte) Pflegezusatzversicherungen für immer mehr Menschen einen wertvollen Beitrag leisten, um eine drohende Finanzierungslücke im Pflegefall zu schließen.

Anders als die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung (SPV) funktioniert die private Pflegepflichtversicherung (PPV) nach dem Prinzip der Kapitaldeckung: Jede Generation von Versicherten sorgt durch die Bildung von Alterungsrückstellungen frühzeitig für ihr mit dem Alter steigendes eigenes Pflegerisiko vor. Durch die kapitalgedeckte Finanzierung der Pflegeausgaben werden keine Finanzierungslasten auf kommende Generationen verschoben. Vielmehr werden Alterungsrückstellungen zur Entlastung der nachfolgenden

den Generationen aufgebaut. Die Alterungsrückstellungen der privaten Pflegeversicherung haben Ende 2015 eine Höhe von 30,0 Mrd. € und damit das 32fache der jährlichen Leistungsaufwendungen erreicht.

## **4. Arbeitslosenversicherung**

Aufgabe der beitragsfinanzierten Arbeitslosenversicherung ist die möglichst professionelle, schnelle und nachhaltige Vermittlung, Beratung und Förderung von Arbeitslosen und Arbeitssuchenden. Nur in engen Grenzen und unter klarer Verantwortungsteilung übernimmt die Arbeitslosenversicherung auch präventive Aufgaben, die der Vermeidung von Arbeitslosigkeit oder dem zügigen Start ins Berufsleben dienen, wie z. B. die Berufsorientierung.

### **Leistungen der Bundesagentur für Arbeit auf Kernaufgaben beschränken**

Weitreichendere Leistungen wie z. B. eine breit angelegte Weiterbildungsberatung auch für Beschäftigte sind nicht Aufgabe der beitragsfinanzierten Arbeitslosenversicherung. Die Arbeitsmarktberatung, insbesondere die Qualifizierungsberatung von Arbeitgebern durch den Arbeitgeberservice muss sich auf eine klare Verweisberatung im Sinne einer Lotsenfunktion auf Angebote etablierter Anbieter beschränken.

Außerdem muss die Arbeitslosenversicherung von der Finanzierungsverantwortung für eindeutig gesamtgesellschaftliche Aufgaben befreit werden, wie z. B. den Ausgaben für Werkstätten für behinderte Menschen, die nicht in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden können, oder der Finanzierung des nachholenden Hauptschulabschlusses. Solche gesamtgesellschaftlichen Aufgaben müssen aus Steuermitteln und nicht aus Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung finanziert werden. Die Befreiung von solchen Finanzierungslasten ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich die BA bei stabilem Beitragssatz aus eigener Kraft finanzieren

und zugleich ausreichende Rücklagen für konjunkturelle Schwächephasen aufbauen kann.

### **Arbeitslosengeld einheitlich auf höchstens zwölf Monate festlegen**

Das Arbeitslosengeld sichert den Arbeitslosen wirtschaftlich ab und stärkt seine Verhandlungsposition bei der Arbeitssuche. Mit einem Anspruch auf Arbeitslosengeld von grundsätzlich zwölf Monaten wird die Sucharbeitslosigkeit ausreichend abgedeckt. Untersuchungen belegen, dass überlange Arbeitslosengeldansprüche dagegen zu längerer Arbeitslosigkeit beitragen. Längere Bezugszeiten bauen gerade für ältere Arbeitslose keine Brücken in neue Beschäftigung, sondern in die Frühverrentung. Deshalb war die erneute Verlängerung des Arbeitslosengelds für Ältere im Jahr 2008 auf bis zu 24 Monate eine fatale Rolle rückwärts. Notwendig ist vielmehr, das Arbeitslosengeld für alle wieder auf max. zwölf Monate festzusetzen, wie dies bis 1985 galt.

### **Beitragssatz an der benötigten Rücklage ausrichten**

Der Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung konnte von früher 6,5 Prozent ab 2007 schrittweise auf heute 2,5 Prozent gesenkt werden. Gründe hierfür sind die Steuerung der Mittel nach Wirkung und Wirtschaftlichkeit, das massive Absinken der Arbeitslosenzahl seit 2005 auch im Bereich der Arbeitslosenversicherung (Deutschland: von rd. 2,1 Mio. auf rd. 850.000; Hessen: von rd. 130.000 auf 54.000) und der anhaltende Beschäftigungsboom. Durch die Senkung verbleiben Arbeitgebern und Arbeitnehmern Jahr für Jahr so 41 Mrd. Euro mehr in den Taschen für Investitionen, Vorsorge und Konsum.

Die Senkung des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung um 0,5 Prozentpunkte (davon 0,1 Prozentpunkte befristet bis 2022) zu Beginn des Jahres 2019 war fol-

gerichtig, da die Rücklage der BA auf inzwischen auf über 20 Mrd. Euro angewachsen ist, was für die Abfederung eines Konjunktur- und Beschäftigungseinbruchs ausreicht. Auch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der BA hat darauf hingewiesen, dass nach dem Verlauf der Einnahmen und Ausgaben der BA seit der Wiedervereinigung ein Rücklagenziel von 0,65 Prozent des BIP und damit zurzeit etwa 20 Mrd. Euro ausreichen, um eine Krise mittlerer Größenordnung abzufedern (IAB-Kurzbericht 3/2017).

Bei ausreichender Rücklage sollte der gegebene Spielraum für die Senkung des Beitragssatzes regelmäßig genutzt werden, um die Beitragszahler zu entlasten. Denn eine zu hohe Rücklage führt nicht nur dazu, dass unnötig das Geld der Beitragszahler verbrannt wird (insbesondere in der aktuellen Niedrigzinsphase), sondern sie bietet Politikern auch Spielräume für unnötige Leistungsausweitungen.



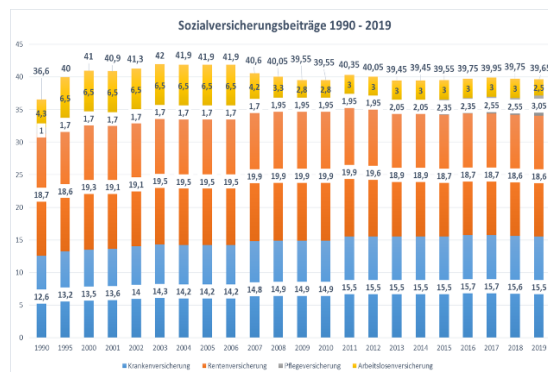
## Hintergrund: Wer zahlt die Kosten des demographischen Wandels?

Die Bevölkerung in Deutschland wird immer älter. Das Medianalter steigt bis 2040 von heute 45,9 auf 49,1 Jahre an (Statistisches Bundesamt: 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung). Das führt auch dazu, dass sich das Verhältnis von Erwerbsfähigen zu Rentnern immer stärker in Richtung der Rentner verschiebt. Denn in den nächsten beiden Jahrzehnten werden die sogenannten Baby-Boomer, die derzeit noch mehrheitlich im Erwerbsleben stehen, das Rentenalter erreichen. Dadurch steigt die Bevölkerung im Alter von 65 und älter von aktuell 17,7 Millionen bis 2040 auf 23,4 Millionen. Gleichzeitig verringert sich die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 64 Jahren um ca. 7 Millionen auf 42,3 Millionen.

Dieser demographische Wandel hin zu einer im Durchschnitt immer älteren Bevölkerung setzt das deutsche Sozialversicherungssystem unter starken finanziellen Druck. Denn die Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung werden über das sogenannte Umlagesystem finanziert. Dabei werden die laufenden Ausgaben für Versicherungsleistungen und Verwaltungsaufgaben im Wesentlichen aus den laufenden Einnahmen finanziert, die sich vor allem aus Beitragszahlungen und teilweise auch durch Zuweisungen des Bundes (Bundeszuschuss) zusammensetzen.

Vereinfacht bedeutet dies, dass die deutsche Sozialversicherung im Kern ein Versicherungssystem ist, das über Umlagen finanziert wird. Denn die Beiträge der Beitragszahler werden nicht für diese selbst angespart, wie es in einem kapitalgedeckten System der Fall wäre, sondern finanzieren direkt die aktuellen Leistungen an Rentner, Pflegebedürftige und Arbeitslosengeld-I-Bezieher genauso wie die Leistungen der Krankenkassen.

Nachdem der Gesamtbeitrag dieser vier Versicherungszweige (Gesamtsozialversicherungsbeitrag) in den 90er und 2000er Jahren bei über 40 % lag, ist er vor allem aufgrund des starken Absinkens des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung sowie einer leichten Beitragsreduzierung in der gesetzlichen Rentenversicherung wieder unter die 40-Prozent-Marke gesunken und liegt aktuell bei 39,65 %.



Bis 2025 will die schwarz-rote Koalition den Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung mit Steuermitteln bei maximal 20 % fixieren. Nach heutigen Berechnungen strebt er jedoch bis 2040 einem Niveau von fast 24 % entgegen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist dies auch nicht verwunderlich. Denn diese führt nicht nur dazu, dass es immer mehr Rentner gibt, sondern diese beziehen auch erfreulicherweise immer länger ihre Rente. Gleichzeitig wird die Zahl der Rentner aufgrund der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge im nächsten Jahrzehnt rasant ansteigen, während die Finanzierungslasten aufgrund der seit bald 50 Jahren geringen Geburtenraten auf immer weniger Schultern verteilt werden.

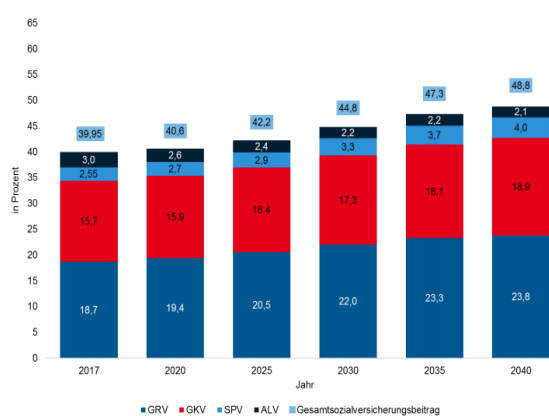
Auch in der Kranken- und Pflegeversicherung führt der demographische Wandel in den nächsten Jahren zu hohen Ausgabesteigerungen. Denn die Anzahl der Versicherten, die sich im Lebensalter mit höheren Krankheitskosten befinden, wächst im Vergleich zu heute deutlich an. Das IW Köln hat errechnet, dass die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2050 um 20 % höher sein werden als

noch im Jahr 2015. In der sozialen Pflegeversicherung beträgt die Ausgabensteigerung sogar 80 %.

Hinzu kommt noch eine bedeutende Veränderung auf der Einnahmenseite: Durch den höheren Anteil von Rentnern an den Beitragszahlern sinken die Einnahmen in der Kranken- und Pflegeversicherung, da Rentner im Durchschnitt niedrigere beitragspflichtige Einkommen haben. Nach Berechnungen des IW Köln sinkt das Volumen der beitragspflichtigen Einkommen dadurch von 2015 bis 2050 um 10 %.

Das prognos-Institut hat errechnet, dass der Gesamtsozialversicherungsbeitrag schon in einem Szenario, in dem die derzeit geltenden Vorgaben zum Leistungsrecht unverändert bleiben, auf 48,8 % im Jahr 2040 ansteigen wird.

### Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags bis 2040



Quelle: eigene Berechnungen Prognos 2017

Unter den aktuellen Rahmenbedingungen muss also in Zukunft ein immer größerer Teil dessen, was in unserem Land erwirtschaftet wird, in die Sozialversicherung fließen. Für die Sozialpolitik bedeutet dies in erster Linie, dass sie die Frage nach der Verteilung der Ausgaben beantworten muss. Denn wenn alle heute existierenden Leistungsansprüche erhalten bleiben oder sogar neue hinzukommen, geht es vor allem darum, welche Erwerbstätigen wie stark belastet werden sollen, um diese Ansprüche zu finanzieren (hierunter fällt auch

die Entscheidung zwischen der Beitrags- und der Steuerfinanzierung).

Sollen die Lasten jedoch nicht einseitig auf die aktive Generation verteilt werden, so muss entweder der Finanzierungsbetrag erhöht werden, etwa durch einen höheren Steuerzuschuss, oder die Ansprüche der älteren Generation weniger stark steigen. Hierzu hat der Gesetzgeber in der gesetzlichen Rentenversicherung Anfang der 2000er Jahre zurecht den so genannten Nachhaltigkeitsfaktor eingeführt. Dieser bewirkt, dass bei einem steigenden Anteil von Rentnern an der Gesamtbevölkerung die Renten weniger stark steigen als die Löhne. Umgekehrt steigen die gesetzlichen Renten aber auch stärker, wenn es – wie aktuell – eine besonders günstige Entwicklung der Beschäftigungszahlen gibt.

Neben der Frage, wie die Kosten des demographischen Wandels zwischen den Generationen aufgeteilt werden sollen, muss auch geklärt werden, ob das System der lohnbezogenen Beitragsfinanzierung noch in allen Zweigen der Sozialversicherung zukunftsfest ist. Denn solange die Beiträge in der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung lohnabhängig erhoben werden, entscheidet die Höhe der Beiträge auch darüber, wie sich die Beschäftigung und Konjunktur in unserem Land entwickeln:

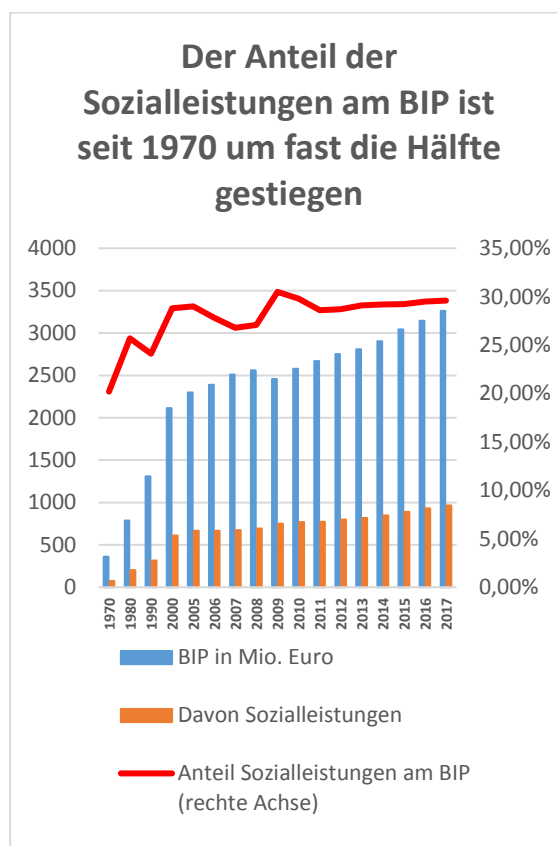
Steigende Lohnzusatzkosten verteuern Arbeit für die Unternehmen. Erhöhen diese aufgrund der Zusatzkosten anteilig die Preise, führt dies dazu, dass ihre Wettbewerbsfähigkeit sinkt. Werden die gestiegenen Lohnzusatzkosten nur anteilig oder gar nicht über die Preise ausgeglichen, verringert dies die Investitionsbereitschaft sowie die Investitionsmöglichkeiten der Unternehmen. Denn wenn die Erträge aus zusätzlichen Investitionen zu einem höheren Teil an die Sozialversicherung abgegeben werden müssen, so macht dies viele Neuinvestitionen unattraktiv. Das wirkt sich tendenziell negativ auf Wachstum und Beschäftigung aus.

Gleichzeitig verringern steigende Beiträge das Nettoeinkommen der Beschäftigten und übrigen Mitglieder der Sozialversicherung. Dadurch reduzieren sich ihre Konsummöglichkeiten und die Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen sinkt. Auch dies hat negative Auswirkungen auf die konjunkturelle Entwicklung und die langfristigen Wachstumsperspektiven.

Wie stark sich diese Effekte steigender Lohnzusatzkosten auf Wirtschaftsleistung und Beschäftigung auswirken, hängt auch von weiteren Faktoren (z. B. Zinsniveau, Wechselkurse, Ölpreis) ab. Dennoch dürfen sie keinesfalls vernachlässigt werden, denn sie sind ein gewichtiger Bestandteil der Rahmenbedingungen in denen Arbeitgeber und Arbeitnehmer operieren. So wirken hohe Lohnzusatzkosten tendenziell negativ auf die Lohnabschlüsse, weil sich die negativen Folgen steigender Lohnzusatzkosten am ehesten durch eine moderate Bruttolohnentwicklung eindämmen lassen.

Auch der Umfang des Sozialbudgets, also die Summe aller Sozialausgaben in Deutschland weist auf den großen Reformbedarf der Sozialsysteme hin. Es steigt seit Jahren an und liegt inzwischen bei rund einer Billion Euro. Noch beunruhigender ist jedoch, dass der Anteil der Sozialleistungen am Bruttoinlandsprodukt deutlich gestiegen ist. Von 20 % im Jahr 1970 auf inzwischen rund 30 %.

Was müssen Politik, Landesregierung, Arbeitsverwaltung und Rehabilitationsträger in Hessen und auf Bundesebene jetzt tun?



## Literatur:

- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, IAB-Kurzbericht 03/2017: „Einnahmen und Ausgaben der Arbeitslosenversicherung: BA-Haushalt stabilisiert die Konjunktur“
- Institut der deutschen Wirtschaft Köln, IW-Report 8/2017: „Alternde Bevölkerung – Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die Pflegeversicherung“
- Prognos AG: „Sozialbeitragsentwicklung und Beschäftigung – Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen steigender Beitragssätze in der Sozialversicherung und Finanzierungsalternativen“
- Statistisches Bundesamt: „Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, 2015)“
- Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände: „Auskömmliche Altersversorgung sichern – aktive Generation nicht überfordern, Rentenpolitisches Grundsatzpapier, 18.5.2017“
- Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände: „Was für ein langes und durchgehendes Erwerbsleben zu tun ist – Bildung und Gesundheit stärken, beschäftigungsfreundliche Rahmenbedingungen schaffen, 16.4.2018“
- Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände: „15 Punkte für weniger Langzeitarbeitslosigkeit in Hessen, 15.5.2019“
- Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände: „Landessozialbericht zeichnet Hessen in viel zu düsteren Farben – Beschäftigungs- und Aufstiegschancen statt noch mehr Umverteilung, 4.12.2017“

*Die Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände vertritt die Interessen von 80 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverbänden und ihrer 150.000 Mitgliedsunternehmen mit 1,5 Millionen Beschäftigten in Industrie, Dienstleistungen, Handel, Handwerk und Landwirtschaft. Als Dachverband bündeln und moderieren wir branchenübergreifend die wirtschafts-, sozial-, tarif- und bildungspolitischen Interessen der hessischen Wirtschaft.*