

# Zur „paritätischen“ Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung: Arbeitgeber tragen bereits mehrheitlich die Krankheitskosten

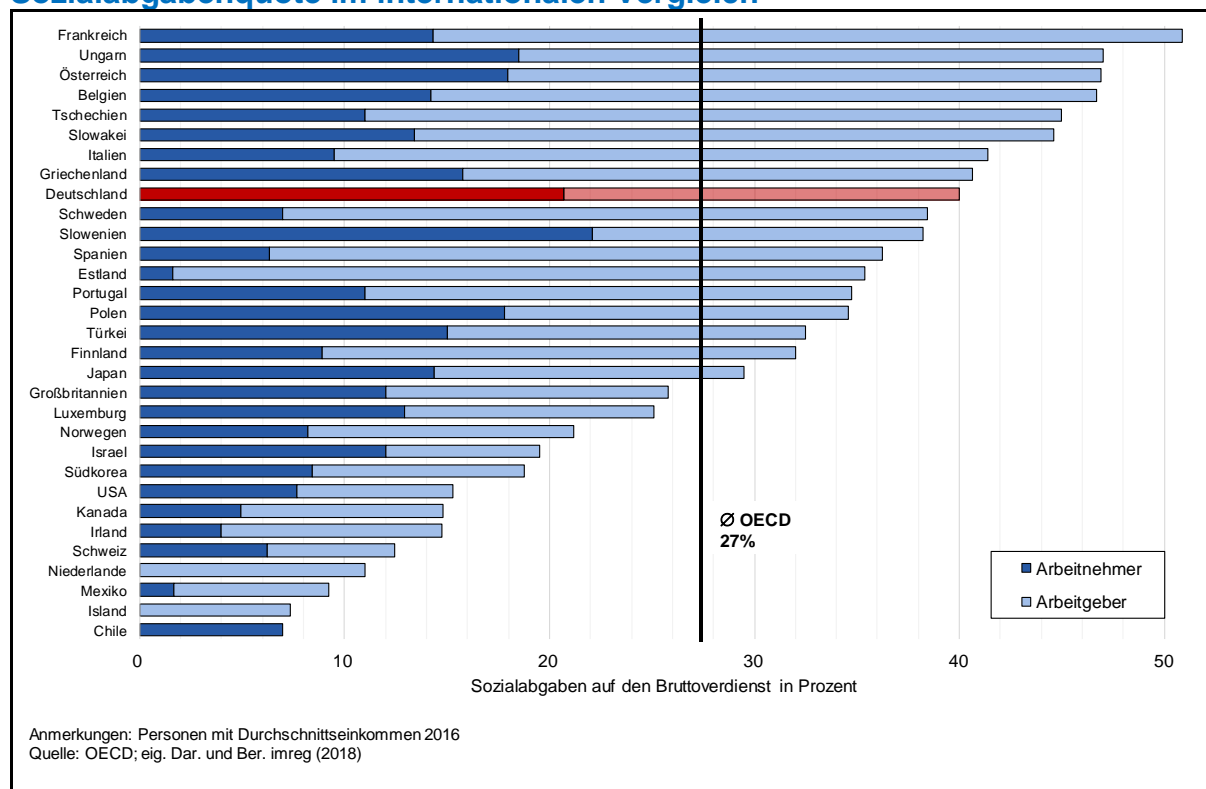
01.02.2018

**Kontakt:** Dr. Cornelius Plaul  
Tel. 0351 25593-604 . Fax 0351 25593-605 . info@imreg.de

## Die paritätische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung: eine Bestandsaufnahme

Die Sozialabgaben in Deutschland liegen 2018 bei insgesamt 39,75 Prozent<sup>1</sup> und damit nur sehr knapp unter dem in den Ergebnissen der Sondierungsgespräche zwischen CDU, CSU und SPD dargelegten Ziel, diese unter 40 Prozent zu stabilisieren.<sup>2</sup> Ohnehin ist dies im internationalen Vergleich bereits ein überdurchschnittlich hoher Wert (der Durchschnitt der OECD-Staaten liegt bei 27 Prozent). Zudem ist angesichts der demografischen Entwicklung langfristig ein weiterer Anstieg zu befürchten. So dürften die Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung als größte Position bis zum Jahr 2040 – unter sehr optimistischen Annahmen – von derzeit 18,6 auf mindestens 22 Prozent (wahrscheinlich aber deutlich mehr) steigen.<sup>3</sup>

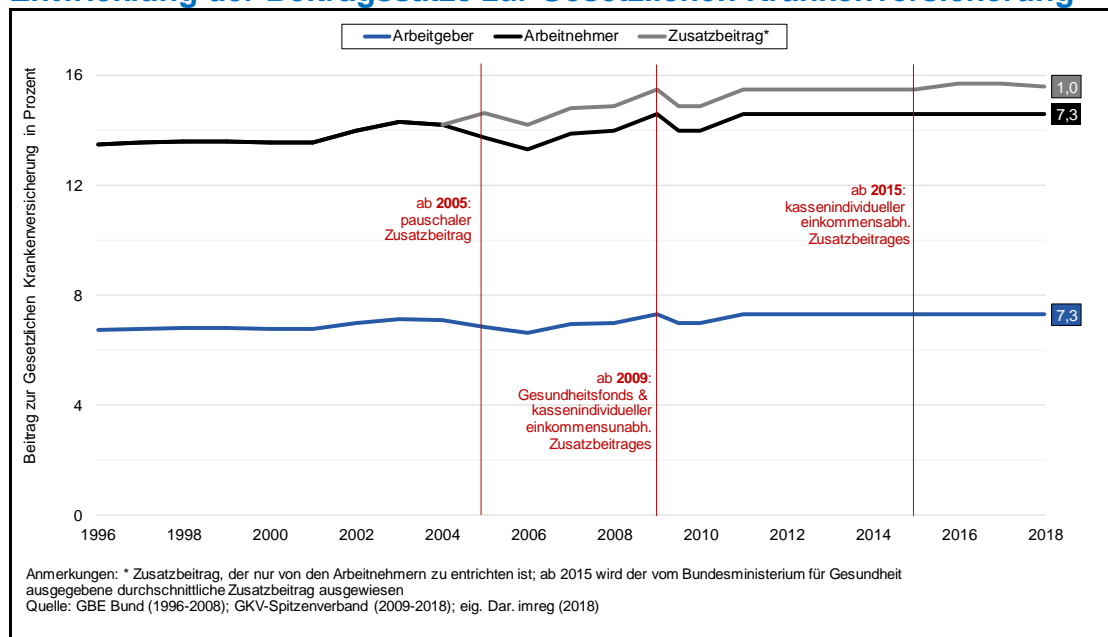
## Sozialabgabenquote im internationalen Vergleich



Der zweite bedeutende Posten sind die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dabei taucht das Thema der paritätischen Finanzierung der GKV mit zuverlässiger Regelmäßigkeit in der politischen Diskussion auf.<sup>4, 5, 6</sup> Auch die neue Große Koalition plant im Ergebnis der bisherigen

Sondierungsgespräche, dass „die Beiträge zur Krankenversicherung [...] künftig wieder in gleichem Maße von Arbeitgebern und Arbeitnehmern geleistet werden“<sup>7</sup> sollen.

## Entwicklung der Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung



Bis Mitte 2005 zahlten Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils hälftig Beiträge zur GKV von zuletzt jeweils 6,9 Prozent. Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes<sup>8</sup> unter der Rot-Grünen-Bundesregierung wurde erstmals ein Zusatzbeitrag erhoben, der allein von den Mitgliedern der Krankenkasse zu entrichten war. Die daraus resultierende Differenz zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen von 0,9 Prozentpunkten blieb bis 2014 bestehen. In der Zwischenzeit hatte sich aber die Finanzierung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz<sup>9</sup> (GKV-WSG) so verändert, dass die Beiträge und eine zusätzlich vom Bund bereitgestellte Beteiligung<sup>10</sup> ab 2009 in den neu eingerichteten Gesundheitsfonds flossen und die Krankenkassen aus diesem Zuweisungen entsprechend des Systems des morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleichs<sup>11</sup> erhielten.

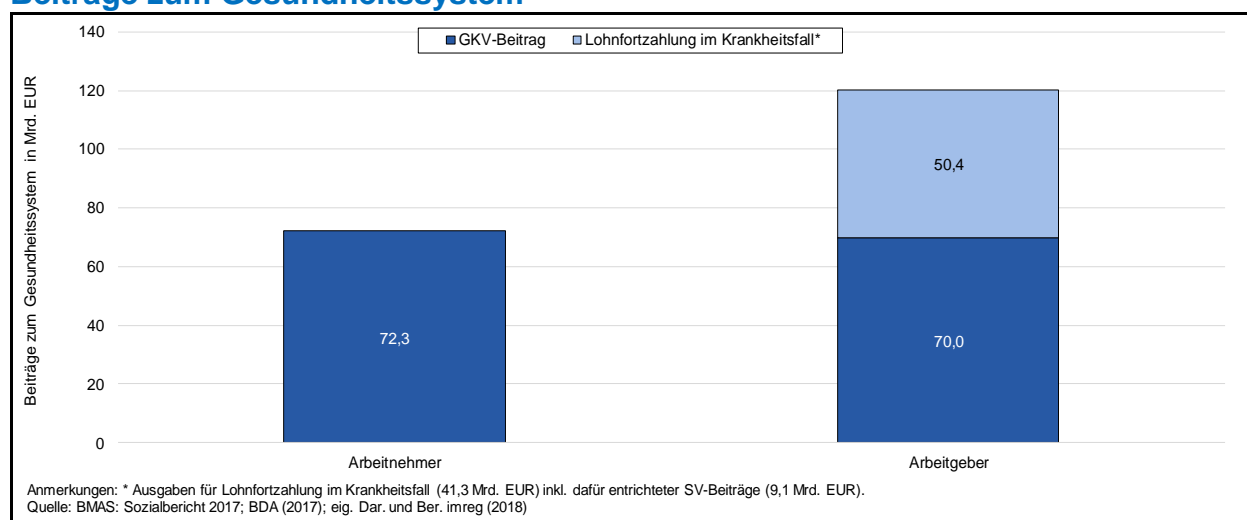
Außerdem sah das GKV-WSG vor, dass es fortan einen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer einheitlichen, allgemeinen Beitragssatz in Höhe von 7,3 Prozent geben sollte.<sup>12</sup> Krankenkassen, die nicht in der Lage waren, ihre Ausgaben durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu decken, konnten einen kassenindividuellen, einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Seit der Gesundheitsreform 2015 wird der Zusatzbeitrag abhängig von der Einkommenshöhe erhoben.<sup>13</sup> Im Jahr 2016, für das zuletzt vollständige Finanzergebnisse der GKV vorliegen, betrug der vom Bundesministerium für Gesundheit ausgewiesene durchschnittliche Zusatzbeitrag 1,1 Prozent, der tatsächliche lag etwas darunter bei 1,08 Prozent.<sup>14</sup> Somit lag der Gesamtbeitragssatz zur GKV bei 15,7 Prozent, wovon die Arbeitgeber 7,3 und die Arbeitnehmer 8,4 Prozent trugen.

## Durch die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall tragen die Arbeitgeber bereits stärker zur Finanzierung der Krankheitskosten bei

Aufgrund der momentanen Aufteilung der GKV-Beitragssätze wird oftmals vorschnell geschlussfolgert, dass die Arbeitnehmer in Deutschland heute mehrheitlich die Krankheitskosten zu finanzieren hätten. Zwar lag der GKV-Beitragssatz der Arbeitnehmer unter Berücksichtigung des Zusatzbeitrages 2016 um rd. 15,1 Prozent über demjenigen der Arbeitgeber. Allerdings betragen die gezahlten Beiträge der Arbeitnehmer 2016 etwa 72,3 Mrd. EUR<sup>15</sup> und somit nur etwa 3,3 Prozent mehr als die der Arbeitgeber von insgesamt 70,0 Mrd. EUR. Der Grund hierfür liegt darin, dass Arbeitgeber für bestimmte Beschäftigtengruppen wie bspw. Minijobber oder Auszubildende die vollen oder zumindest höheren Beiträge abführen müssen.<sup>16</sup>

Zudem wird der größere Teil der tatsächlichen Krankheitskosten bereits jetzt von den Arbeitgebern geleistet, da neben den Arbeitgeberbeiträgen an die GKV auch die Ausgaben für Lohnfortzahlung im Krankheitsfall berücksichtigt werden müssen. Seit 1994 haben Arbeitnehmer in Deutschland bei unverschuldeter Krankheit gem. § 3 Abs. 1 EntFG zudem einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber bis zur Dauer von sechs Wochen.<sup>17</sup> GKV-Versicherte erhalten nach diesem Zeitraum in der Regel Krankengeld von ihrer Krankenkasse.<sup>18</sup> Hierfür erbrachten die Arbeitgeber Lohnfortzahlungen in Höhe von 50,4 Mrd. EUR<sup>19, 20</sup>. Somit summieren sich die Gesamtbeiträge der Arbeitgeber für das Gesundheitssystem zu 120,4 Mrd. EUR und liegen folglich deutlich über den 72,3 Mrd. EUR, die die Arbeitnehmer zur Finanzierung der GKV beitragen.

### Beiträge zum Gesundheitssystem



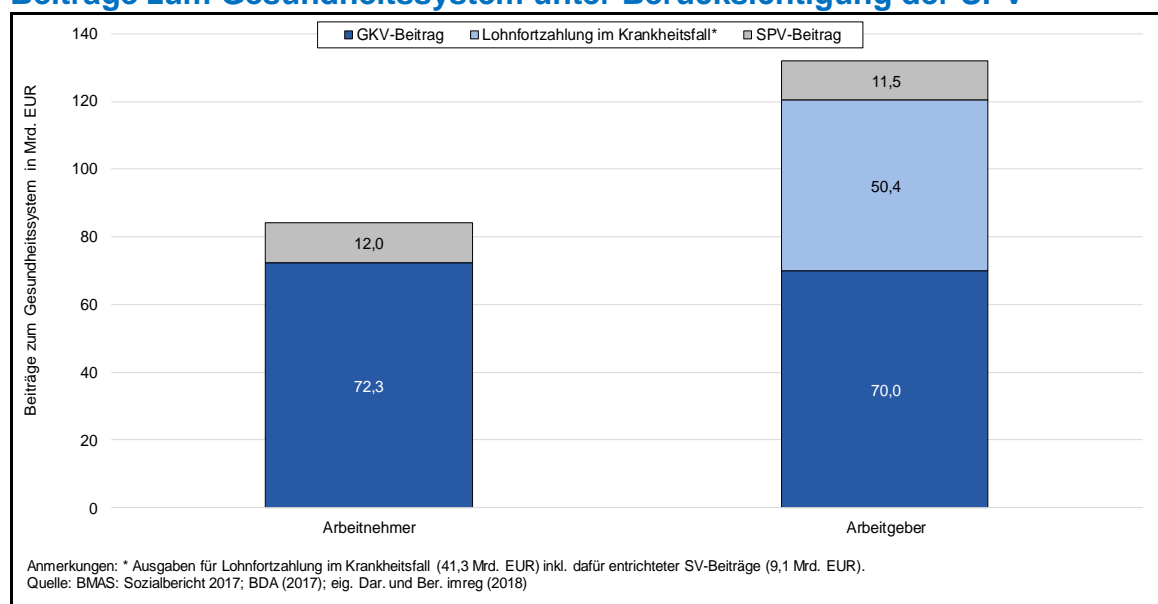
Gleiche Beitragssätze zur GKV würden dieses Finanzierungsungleichgewicht ausgehend vom derzeitigen Beitragssatzniveau noch weiter verstärken. So hätten die Arbeitgeber im Jahr 2016 die Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitrages von 1,1 Prozent und somit 0,55 Prozent tragen müssen, um paritätische Beitragssätze herzustellen. Da ein Beitragssatzpunkt der Arbeitnehmer einem

Beitragsvolumen von rd. 8,6 Mrd. EUR entspricht, würden diese so also um rd. 4,7 Mrd. EUR entlastet und die Arbeitgeber, bei denen ein Beitragssatzpunkt einem Beitragsvolumen von rd. 9,6 Mrd. EUR entspricht, um rd. 5,3 Mrd. belastet. Im Ergebnis würden die Arbeitnehmer dann 67,6 Mrd. EUR (35 Prozent) und die Arbeitgeber 125,7 Mrd. EUR (65 Prozent) zur Finanzierung des Gesundheitssystems beitragen.

Von Seiten der Gewerkschaften werden in der Argumentation oftmals weitere Kostenblöcke zu den Gesundheitsausgaben hinzugerechnet, woraus anschließend ein höherer Anteil der Arbeitnehmer abgeleitet wird.<sup>21</sup> So werden die Beiträge zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) gem. SGB XI<sup>22</sup>, private Gesundheitsausgaben, Beiträge für Zusatzversicherungen und die Einkommensdifferenz zwischen normalem Lohn und dem Krankengeld in die Rechnung integriert. Dagegen wird die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ausgeklammert.

Die Vermengung von Kranken- und Pflegeversicherung widerspricht der Auffassung des Gesetzgebers, der hier bewusst zwei getrennte Versicherungssysteme vorgesehen hat, da es sich bei der Pflegebedürftigkeit um ein „allgemeines Lebensrisiko handelt, das schon durch eine angeborene Behinderung, aber auch jederzeit durch Unfall oder Krankheit eintreten kann“<sup>23</sup>. Zugegebenermaßen lässt die Frage, ob man die SPV dennoch als Teil des Gesundheitssystems betrachtet oder nicht, Interpretationsspielraum. Doch selbst wenn man diese Frage bejaht, ändert es nichts an der Tatsache, dass die Arbeitgeber auch dann stärker an der Finanzierung des Gesundheitssystems beteiligt sind. Im Jahr 2016 führten sie rd. 11,5 Mrd. EUR an die SPV ab, wohingegen die Arbeitnehmer rd. 12,0 Mrd. EUR beitrugen.<sup>24</sup> Von Gesamtkosten für das Gesundheitssystem finanzierten die Arbeitnehmer dann 84,3 Mrd. EUR (39 Prozent), die Arbeitgeber 131,9 Mrd. EUR (61 Prozent).

### Beiträge zum Gesundheitssystem unter Berücksichtigung der SPV



## **Sozialsysteme differenziert betrachten – private Gesundheitsausgaben oftmals für Zusatzleistungen**

Begrenzten Interpretationsspielraum lässt dagegen die Frage, ob private Gesundheitsausgaben und Zusatzversicherungen Berücksichtigung als notwendiger Teil der Gesundheitsausgaben in der aufgestellten Rechnung finden dürfen. Gemäß § 2 Satz 3 SGB V<sup>25</sup> haben Versicherte in Deutschland Anspruch auf eine medizinische Versorgung, deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt, wobei alle Leistungen übernommen werden, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes gem. § 12 SGB V sind. Somit garantiert das System der GKV eine hinreichende medizinische Versorgung.

Darüber hinaus reichende private Ausgaben sind in diesem Sinne Zusatzleistungen, für die die GKV nicht aufkommen muss und unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit auch nicht aufkommen darf. So beinhalten die Ausgabenblöcke der weiteren Gesundheitsausgaben und Zusatzversicherungen denn auch Maßnahmen, die eher auf kosmetischer als auf medizinischer Notwendigkeit basieren (z. B. Zahnzusatzversicherungen) oder deren Wirksamkeit nicht wissenschaftlich belegt sind (z. B. Homöopathie). Nach der Definition der Erweiterten Gesundheitswirtschaft des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie zählen sogar Sport-, Wellness- und bestimmte Tourismusdienstleistungen als Güter der Gesundheitswirtschaft,<sup>26</sup> deren Finanzierung durch ein Solidarsystem nicht gerechtfertigt werden kann und die folglich auch nicht in eine ehrliche Kalkulation der Lastenverteilung der Gesundheitsausgaben eingeschlossen werden dürfen. Anderen Ausgaben, wie bspw. der Zahlung einer Tagespauschale bei Krankenhausaufenthalten, steht die Einsparung für die eigene Verpflegung und die häuslichen Nebenkosten gegenüber (sogenannte „Hotelkosten“), die durch einen Krankenhausaufenthalt entsteht und die deshalb ebenfalls nicht als Krankheitskosten berücksichtigt werden können.

Ein krudes Argument ist die völlige Negierung der in Form von Lohnfortzahlung im Krankheitsfall erbrachten Leistung der Arbeitgeber für das Gesundheitssystem mit der Begründung, dass es sich hierbei um eine „tarifpolitische Leistung“ handele,<sup>27</sup> denn die so entstandenen Kosten verschwinden nicht durch Nicht-Beachtung. Die deutsche Wirtschaft steht in einem intensiven internationalen Wettbewerb und es muss daher Transparenz bezüglich ihrer Kostenstruktur herrschen. Ein Kostenblock wie die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall mit einem Umfang von über 50 Mrd. EUR bzw. über 3 Prozent<sup>28</sup> der gesamten Arbeitskosten kann darum nicht unbeachtet bleiben, nur weil er „durch Arbeitskampfmaßnahmen gegenüber den Arbeitgebern durchgesetzt worden“<sup>29</sup> ist. Denn würden diese Kosten nicht von den Arbeitgebern getragen, wäre ihre Finanzierung zweifelsfrei Aufgabe der GKV und würde sich entsprechend in höheren Beitragssätzen niederschlagen. Die Ausgaben für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall entsprechen dabei etwa 3,9 Beitragssatzpunkten.<sup>30</sup>

## Parität bringt nicht mehr Gerechtigkeit – aber mehr Probleme

Der renommierte und kürzlich verstorbene deutsch-amerikanische Gesundheitsökonom Uwe Reinhardt, Professor in Princeton und Träger des Bundesverdienstkreuzes, der zugleich ein pointierter Kritiker des sehr stark auf die Marktkräfte setzenden US-Gesundheitssystems war, würdigte das deutsche Gesundheitssystem als einen gelungenen Kompromiss aus Wettbewerb und Solidarität.<sup>31</sup> Die Einführung des Zusatzbeitrages und die freie Wahl der Krankenversicherung für alle Versicherten waren dabei eine wichtige Errungenschaft, um einen moderaten Wettbewerb und somit Effizienz in das ansonsten stark regulierte Gesundheitswesen zu tragen. Durch eine Rückkehr zu einheitlichen Beitragssätzen würde auch dieses kleine wettbewerbliche Element getilgt. So haben die Versicherten derzeit einen starken Anreiz, zu einer günstigen Krankenversicherung zu wechseln, wobei sie unter Umständen mehrere hundert Euro im Jahr einsparen können.<sup>32</sup> Dieser Anreiz fiel weg, wenn die Kosten einer teureren – ggf. mehr Leistungen anbietenden – Krankenversicherung scheinbar zur Hälfte vom Arbeitgeber getragen werden.

Denn diese „gleiche“ Aufteilung ist aus volkswirtschaftlicher Perspektive ohnehin nur eine Illusion.<sup>33</sup> So ist es aus arbeitsmarktökonomischer Sicht unerheblich, welche Seite Steuern und Abgaben abführt, in allen Fällen müssen diese durch die Produktivität des Arbeitnehmers erwirtschaftet werden.<sup>34</sup> Gleiche Beitragssätze führen somit nicht zu einer realen Entlastung der Arbeitnehmer. Stattdessen würde es dazu kommen, dass die Arbeitnehmer die höheren Kosten im Zuge niedrigerer Lohnzuwächse begleichen müssten bzw. Arbeitgeber wettbewerbsbedingt den Faktor Arbeit mit Kapital ersetzen oder Einstellungen unterlassen müssen. Als Ultima Ratio verbleibt zudem die Verlagerung der Produktion ins Ausland. Alle diese Konsequenzen können unmöglich im Interesse der deutschen Wirtschaftspolitik sein.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Arbeitgeber in Deutschland bereits die Mehrheit der Krankheitskosten tragen – eine echte Parität hieße, dass auch die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall künftig hälftig getragen werden müsste. Die Umstellung bei der Erhebung des Beitragssatzes würde gleichzeitig dem Gesundheitssystem ein wichtiges Wettbewerbselement nehmen und somit zu einem Effizienzverlust führen. Wichtiger als die Debatte um die Verteilung der Kosten ist angesichts der demografischen Herausforderungen die Frage, wie das Gesundheitssystem durch Strukturereformen sowie die Nutzung digitaler und kollaborativer Lösungen effizienter gemacht werden kann, um so die Belastung für alle Akteure auch in der Zukunft beherrschbar zu machen.

Dresden, 01.02.2018

- 
- <sup>1</sup> Kaum Entlastungen für Beitragszahler, iwd-Newsletter 01/0218 vom 04.01.2018.
  - <sup>2</sup> Vgl. CDU/CSU/SPD (2018): Ergebnisse der Sondierungsgespräche. Finale Fassung vom 12.01.2018, S. 6.
  - <sup>3</sup> Pimpertz, J.; Beznoska, M. (2017): Nettoeinkommenseffekte steigender Beitragssätze zur Sozialversicherung, IW-Kurzstudie, S. 9.
  - <sup>4</sup> Meißner, M.: Bürgerversicherung: Neues Honorarsystem als Allheilmittel, Deutsches Ärzteblatt 2011, 108(43), S. A2265.
  - <sup>5</sup> Schuler, K.: Ein bisschen mehr Gerechtigkeit, DIE ZEIT, 05.06.2014.
  - <sup>6</sup> SPD und DGB fordern Rückkehr zur Parität in Krankenversicherung, Welt.de vom 14.10.2015
  - <sup>7</sup> CDU/CSU/SPD (2018), S. 14.
  - <sup>8</sup> Vgl. Art. 1 Nr. 145 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003, BGBl. I S. 2190.
  - <sup>9</sup> Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.03.2007, BGBl. I S. 378.
  - <sup>10</sup> Diese betrug 2009 erstmals 7,2 Mrd. EUR, erhöhte sich im Folgejahr auf 15,7 Mrd. EUR, sank bis 2014 auf 10,5 Mrd. EUR und liegt seit 2017 bei 14,5 Mrd. EUR; vgl. GKV-Spitzenverband (2017): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 26.
  - <sup>11</sup> Der morbiditätsadjustierte Risikostrukturausgleich („Morbi-RSA“) bezeichnet einen finanziellen Ausgleichsmechanismus, der dafür sorgen soll, dass eine GKV mit einer hohen Zahl an morbidem Mitgliedern nicht schlechter gestellt ist als eine andere mit einer geringen Zahl. Basis dafür sind 80 ausgewählte Krankheiten, für die es je Versicherten Zuschläge in verschiedener Höhe gibt (vgl. Busse et al., 2007, Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleich). So soll sichergestellt werden, dass ein Wettbewerb im GKV-System nur über die effizientesten Strukturen, nicht über die gesündeste Versichertenpopulation erreicht wird.
  - <sup>12</sup> Zwischen Juli 2009 und Dezember 2010 wurde dieser auf 7,0 Prozent reduziert.
  - <sup>13</sup> Vgl. Art. 1 Nr. 18 des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) vom 21.07.2014, BGBl. I S. 1133.
  - <sup>14</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (2017), S. 26.
  - <sup>15</sup> Da der GKV-Beitrag der Arbeitnehmer seit dem Jahr 2012 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) nicht mehr ausgewiesen wird (zuvor Veröffentlichung in der turnusmäßig erscheinenden BMAS-Publikation „Sozialbudget“ bzw. „Sozialbericht“), wurde dieser für das Jahr 2016 hochgerechnet. Dazu wurde das Verhältnis zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag im Jahr 2011, dem letzten, für das beide Größen ausgewiesen wurden, ermittelt (= 1,033) und auf die für das Jahr 2016 ausgewiesenen Arbeitgeberbeiträge i. H. v. 70,01 Mrd. EUR angewendet.
  - <sup>16</sup> Vgl. SPIEGEL ONLINE: Arbeitgeber oder Arbeitnehmer - Wer zahlt mehr für die Gesundheit? vom 25.08.2016; zuletzt abgerufen am 26.01.2018 unter <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/krankenkassen-wer-zahlt-mehr-arbeitnehmer-oder-arbeitgeber-a-1109382.html>.
  - <sup>17</sup> Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgeltes an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz) vom 26.05.1994 (BGBl. S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist.
  - <sup>18</sup> Die Zahlungen der Krankenkasse betragen 70 Prozent des regelmäßig erzielten Bruttoarbeitsentgelts, jedoch nicht mehr als 90 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Definition „Krankengeld / Lohnfortzahlung“ unter [www.gbe-bunde.de](http://www.gbe-bunde.de)).
  - <sup>19</sup> Im Jahr 2016 betragen die Ausgaben für Lohnfortzahlung im Krankheitsfall 41,3 Mrd. EUR (vgl. BMAS: Sozialbericht 2017, S. 289), die dafür entrichteten Sozialbeiträge summieren sich zu weiteren 9,1 Mrd. EUR (vgl. BDA, 2017, S. 30).

- 
- <sup>20</sup> Im Jahr 2016 wurden in Deutschland 43,5 Mio. Fälle von Arbeitsunfähigkeit (AU) von gesetzlich Versicherten registriert, die zu 561,5 Mio. AU-Tagen führten. Somit dauerte ein AU-Fall im Durchschnitt 12,9 Tage. Die GKV zahlte 2016 in 2,0 Mio. Fällen Krankengeld. Die Gesamtdauer dieser Fälle summiert sich zu 193,5 Mio. Tagen, was eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 94,7 Tagen je Fall ergibt. D. h. auf rd. 5 Prozent der AU-Fälle entfallen rd. 34 Prozent aller AU-Tage, was die große volkswirtschaftliche Bedeutung von Langzeiterkrankungen unterstreicht. Umgekehrt lässt sich aus diesen Zahlen schlussfolgern, dass es etwa 41,4 Mio. AU-Fälle von „Kurzzeiterkrankten“ gab, auf die rd. 368,0 Mio. AU-Tage entfielen. Somit kamen durchschnittlich 8,9 AU-Tage auf einen Fall. Der Umfang, in dem die Arbeitgeber Lohnfortzahlung leisteten, dürfte im Jahr 2016 somit insgesamt etwa 453,9 Mio. Tage betragen haben. Die Zahl der AU-Fälle, in denen ausschließlich Lohnfortzahlung geleistet wurde, beträgt 368,0 Mio. Unter der Annahme, dass alle 2,04 Mio. Empfänger von Krankengeld zunächst sechs Wochen Lohnfortzahlung erhielten, kommen weitere 85,8 Mio. Tage (= 2,04 Mio. · 6 Wochen · 7 Tage/Woche) hinzu. (Vgl. Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, [www.gbe-bunde.de](http://www.gbe-bunde.de).)
- <sup>21</sup> Vgl. Lambertin, K. (2016): Die finanziellen Belastungen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern durch Gesundheit und Pflege, *sopo-akut*. Kurzstudie des Deutschen Gewerkschaftsbundes.
- <sup>22</sup> Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB) – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26.05.1994, BGBl. I S. 1014, 1015, das zuletzt durch Art. 9 des Gesetzes vom 18.07.2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist.
- <sup>23</sup> Vgl. Präambel zum Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG), Bundestags-Drucksache 12/5262 vom 24.06.1993.
- <sup>24</sup> Analog zum GKV-Beitrag der Arbeitnehmer (siehe Fn. 12) wird der SPV-Beitrag hochgerechnet, in dem das Verhältnis der Arbeitnehmer- (rd. 8,2 Mrd. EUR) zu den Arbeitgeberbeiträgen (rd. 7,8 Mrd. EUR) aus dem BMAS-„Sozialbudget 2011“ auf die im BMAS-„Sozialbericht 2017“ ausgewiesenen Arbeitgeberbeiträge für das Jahr 2016 (rd. 11, 5 Mrd. EUR) angewendet wird, woraus sich rd. 12,0 Mrd. EUR ergeben.
- <sup>25</sup> Fünftes Buch SGB – Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988, BGBl. I S. 2477, 2482, das zuletzt durch Art. 4 des Gesetzes vom 17.08.2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist.
- <sup>26</sup> Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2017): Gesundheitswirtschaft. Fakten & Zahlen, Ausgabe 2016, S. 26.
- <sup>27</sup> Vgl. Lambertin (2016), S. 11.
- <sup>28</sup> Vgl. Schröder, C. (2015): Die Struktur der Arbeitskosten in der deutschen Wirtschaft, *Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung* 42(2), S. 83.
- <sup>29</sup> Vgl. ebd.
- <sup>30</sup> Vgl. BDA (2017): Sozial – sicher – gerecht. Fakten statt Zerrbilder zum deutschen Sozialstaat, S. 30.
- <sup>31</sup> Reinhardt, U. (2016): Dankesrede anlässlich der Verleihung der Gérard-Gäfigen-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie am 14.03.2016, Berlin.
- <sup>32</sup> Ein Wechsel der Krankenkasse spart bares Geld, *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 03.01.2018.
- <sup>33</sup> Greiner, W. (2018): Die Parität ist ein Rückschritt, *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 27.01.2018, S. 20.
- <sup>34</sup> In diesem Sinne ist es unerheblich, ob ein Arbeitgeber einem Arbeitnehmer einen Lohn X zahlt und eine Abgabe Y abführen muss oder ob er dem Arbeitnehmer einen höheren Lohn X+Y zahlt und der Arbeitnehmer die Abgabe Y abführen muss. In beiden Fällen erhält der Arbeitnehmer den Lohn X und der Arbeitgeber zahlt X+Y. Jedoch lebt der Arbeitnehmer im ersten Fall in dem Glauben, dass er die zu zahlende Abgabe nicht zu tragen hätte. Eine Umstellung der Abgabe wirkt daher immer nur kurzfristig.