

*Stefan Greß
Anita B. Pfaff
Gert G. Wagner (Hrsg.)*

Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie

**Expertisen zur Finanzierungsform
der gesetzlichen Krankenversicherung**

edition der
Hans **Böckler**
Stiftung ■■■

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

Stefan Greß

Anita B. Pfaff

Gert G. Wagner (Hrsg.)

Zwischen **Kopfpauschale und** **Bürgerprämie**

**Expertisen zur
Finanzierungsreform
der gesetzlichen
Krankenversicherung**

edition der Hans-Böckler-Stiftung 134

© Copyright 2005 by Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf

Buchgestaltung: Horst F. Neumann Kommunikationsdesign, Wuppertal

Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Printed in Germany 2005

ISBN 3-86593-011-5

Bestellnummer: 13134

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere die des öffentlichen Vortrages,
der Rundfunksendung, der Fernsehausstrahlung,
der fotomechanischen Wiedergabe, auch einzelner Teile.

AUTORINNEN UND AUTOREN

Florian Freund, Diplom-Volkswirt, wissenschaftliche Hilfskraft am Internationalen Institut für empirische Sozialökonomie (inifes) in Stadtbergen und am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre (Prof. Dr. M. Pfaff) der Universität Augsburg.
Forschungsschwerpunkte: Krankenversicherungssysteme, Versorgungsforschung, kommunale/regionale Finanzpolitik.

Markus M. Grabka, geb. 1968, Doktor p.h., Magister in Soziologie und Informatik, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am DIW Berlin.

Forschungsschwerpunkte: Gesundheitssysteme, Finanzierung der Krankenversicherung, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Stefan Greß, geb. 1967, Diplom-Ökonom. Wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen.

Forschungsschwerpunkte: Krankenversicherungsökonomie und internationaler Gesundheitssystemvergleich.

Bernhard Langer, Diplom-Kaufmann, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Internationalen Institut für empirische Sozialökonomie (inifes) in Stadtbergen und am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre (Prof. Dr. M. Pfaff) der Universität Augsburg.
Forschungsschwerpunkte: Krankenversicherungssysteme, Arzneimittelversorgung, Management im Gesundheitswesen, gesundheitsökonomische Evaluation.

Johannes Leinert, geb. 1972, Diplom-Volkswirt, ist Promovend an der TU Berlin, Gründer des Büros für Altersvorsorge- und Sozialforschung und wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Der Autor vertritt in diesem Buch ausschließlich seine persönliche Auffassung.

Anita B. Pfaff, Inhaberin des Extraordinariats für Volkswirtschaftslehre der Universität Augsburg und stellvertretende Direktorin des Internationalen Instituts für empirische Sozialökonomie (inifes) in Stadtbergen.

Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsökonomie und -politik, Sozialpolitik (Altenpolitik, Familienpolitik, Frauenforschung), Transferökonomie, Finanzwissenschaften.

Heinz Rothgang, geb. 1963, Dipl.-Volkswirt, ist Professor für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Fulda. Er ist zugleich Teilprojektleiter am DFG-Sonderforschungsbereich »Staatlichkeit im Wandel« und Projektleiter mehrerer Drittmittelprojekte am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.

Gert G. Wagner, geb. 1953, Diplom-Volkswirt, ist Lehrstuhlinhaber für Volkswirtschaftslehre an der TU Berlin, Forschungsdirektor für Soziales Risikomanagement am DIW Berlin und u. a. Vorsitzender der Kammer für Soziale Ordnung der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD).

Jürgen Wasem, geb. 1959, Diplom-Volkswirt, ist Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen- und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement.
Forschungsschwerpunkte: Krankenversicherungssysteme, gesundheitsökonomische Evaluation, Versorgungsforschung.

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	11
EXECUTIVE SUMMARY	13
KOPFPAUSCHALEN IN DER GESETZLICHEN KRANKEN- VERSICHERUNG – LOHNT SICH EIN SYSTEMWECHSEL?	21
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	23
1. EINLEITUNG	25
2. MODELLE ZUR FINANZIERUNG DER GKV DURCH KOPFPRÄMIEN	27
2.1 Modell 1: Rürup et al.	29
2.2 Modell 2: Knappe/Arnold	33
2.3 Modell 3: Zweifel et al.	37
2.4 Modell 4: Henke et al.	40
2.5 Modell 5: »Herzog-Kommission«	43
2.6 Modell 6: CDU 2003	45
2.7 Modell 7: Rürup/Wille	47
2.8 Modell 8: BDA	54
2.9 Modell 9: FDP	56
2.10 Modell 10: Fritzsche (RWI)	57
2.11 Modell 11: CDU/CSU	60
2.12 Modell 12: SVR Wirtschaft	63
2.13 Umverteilungsdimensionen in den Kopfprämienmodellen	65
3. BEWERTUNG DER MODELLE ZUR FINANZIERUNG DER GKV DURCH KOPFPRÄMIEN	69
3.1 Höhere Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung durch Kopfprämien?	70
3.2 Mehr Beschäftigung durch Kopfprämien?	73

3.2.1	Auswirkungen auf die Arbeitsnachfrage	74
3.2.2	Auswirkungen auf das Arbeitsangebot	79
3.3	Mehr Verteilungsgerechtigkeit durch Kopfprämien?	83
3.3.1	Berücksichtigung sämtlicher Einkommensarten für die Umverteilung durch Steuerfinanzierung der Transfers	84
3.3.2	Aufhebung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern	86
3.3.3	Berücksichtigung individueller Leistungsfähigkeit	87
3.3.4	Zusatzbelastungen für untere Einkommen	88
3.3.5	Intergenerationelle Gerechtigkeit	91
3.4	Mehr Effizienz auf dem Krankenversicherungsmarkt durch Kopfprämien?	91
3.4.1	Preisfunktion von Kopfprämien	92
3.4.2	Integration von Zu- und Abwahlleistungen	94
3.5	Abfederung des demografischen Wandels durch Kopfprämien?	96
3.5.1	Obligatorische Kapitaldeckung	96
3.5.2	Freiwillige Kapitaldeckung	99
3.6	Gleiche Wettbewerbsbedingungen für GKV und PKV durch Kopfprämien?	100
3.7	Wegfall bzw. Reduzierung des Risikostrukturausgleichs durch Kopfprämien?	102
3.7.1	Abschaffung des Finanzkraftausgleichs	102
3.7.2	Rückführung des Beitragsbedarfsausgleichs	103
3.7.3	Abschaffung des Risikostrukturausgleichs	104
4.	GESUNDHEITSPOLITISCHE SCHLUSSFOLGERUNGEN	107
5.	FAZIT	111
6.	LITERATUR	113
ANHÄNGE		119
Anhang 1:	Tabellarische Übersicht der Kopfprämienmodelle	121
Anhang 2:	Rechenbeispiel für die Entwicklung der Arbeitgeberkosten bei steigenden Gesundheitskosten und Löhnen	129

KOPFPAUSCHALEN ALS FINANZIERUNGSOPTION DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG – QUANTITATIVE AUSWIRKUNGEN UND GESUNDHEITS- POLITISCHE IMPLIKATIONEN	133
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	135
1. AUSGANGSLAGE UND ZIELSETZUNG	137
1.1 Modell einer Gesundheitsprämie der CDU	138
1.2 Modell von Rürup und Wille mit GKV-interner Finanzierung des Sozialen Ausgleichs	140
1.3 Kompromissmodell von CDU und CSU	141
2. QUANTITATIVE AUSWIRKUNGEN EINER GKV-FINANZIERUNG DURCH KOPFPAUSCHALEN	143
2.1 Annahmenstruktur, Datenbasis und Vorgehensweise	143
2.2 Belastungsveränderung durch unterschiedliche Beitragsgestaltung	146
2.2.1 Modell der CDU	147
2.2.2 Modell von Rürup und Wille	153
2.2.3 Kompromissmodell der Unionsparteien	158
2.2.4 Zwischenfazit	161
2.3 Berechnung des Subventionsbedarfs	163
2.4 Gegenfinanzierung des Subventionsbedarfs	168
2.4.1 Finanzierung des sozialen Ausgleichs über einen Aufschlag auf die Einkommensteuer (Gesundheitssoli)	169
2.4.2 Finanzierung des sozialen Ausgleichs über eine Mehrwertsteuererhöhung	170
3. ZUSAMMENFASSUNG UND WERTUNG DER ERGEBNISSE	173
3.1 Zusammenfassung	173
3.2 Wertung der Ergebnisse	177
LITERATURVERZEICHNIS	185

AUSGESTALTUNG UND SOZIALPOLITISCHE AUSWIRKUNGEN DES KOPFPAUSCHALENSYSTEMS IN DER SCHWEIZ	187
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	189
1. EINLEITUNG	191
2. AUSGESTALTUNG DER KOPFPRÄMIEN	193
3. SYSTEM DER PRÄMIENVERBILLIGUNG	197
3.1 Berechnung der Prämienverbilligung	198
3.2 Gewährung und Auszahlung der Prämienverbilligung	199
3.3 Kosten des Prämienverbilligungssystems	201
3.4 Sozialpolitische Wirksamkeit	202
4. FAZIT UND SCHLUSSBEMERKUNGEN	205
LITERATURVERZEICHNIS	207
BÜRGERPRÄMIEN FÜR DIE KRANKEN- VERSICHERUNGEN ALS ALTERNATIVE ZU DEN REFORMVORSCHLÄGEN KOPFPAUSCHALE UND BÜRGERVERSICHERUNG	209
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	211
1. EINLEITUNG	213
2. EINNAHMESEITIGE AUSGESTALTUNGS- OPTIONEN EINER GESETZLICH REGULIERTEN KRANKENVERSICHERUNG	217
2.1 Personenkreis	217
2.2 Finanzierungsart	222
2.2.1 Einkommensabhängige Beiträge	223
2.2.2 Pauschalprämien	224

3. AUSWIRKUNGEN DER FINANZIERUNGSARTEN	
IM VERGLEICH	227
3.1 Verteilungswirkungen	227
3.1.1 Einkommensbezogene Beiträge	228
3.1.2 Pauschalprämien	230
3.1.3 Verteilungswirkungen im Vergleich	234
3.2 Wachstums- und Beschäftigungswirkungen	237
3.2.1 Einkommensbezogene Beiträge	237
3.2.2 Pauschalprämien	238
3.3 Nachhaltigkeitswirkungen	239
3.3.1 Einkommensbezogene Beiträge	239
3.3.2 Pauschalprämien	241
4. WEITERE AUSGESTALTUNGSPARAMETER	243
4.1 Versicherung von Familienangehörigen	243
4.2 Arbeitgeberbeteiligung	246
4.3 Aufbau von Kapitalreserven	247
4.4 Rolle der privaten Krankenversicherung	249
4.4.1 Einbezug aller Versicherten in eine Versicherungspflicht	250
4.4.2 Auflösung der Grenzen zwischen PKV und GKV	251
4.4.3 Einbezug aller Versicherten in die PKV	252
4.5 Sonstige Ausgestaltungsoptionen	252
5. SYNOPTISCHER ÜBERBLICK VON REFORM-	
VORSCHLÄGEN	255
6. BEWERTUNG	261
7. LITERATURVERZEICHNIS	269
ANHANG	271
SELBSTDARSTELLUNG DER HANS-BÖCKLER-STIFUNG	281

Es besteht ein weitgehender Konsens, dass die gesetzlichen Krankenkassen seit mehreren Jahren an einem strukturellen Einnahmenproblem leiden: Obwohl die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung infolge der Gesundheitsreformen weitgehend parallel zum Bruttoinlandsprodukt wachsen, sind die Beitragssätze wegen der Einnahmenschwäche gestiegen. Vor diesem Hintergrund werden unterschiedliche Reformansätze einer Finanzierungsreform diskutiert, die vor allen Dingen um die Lösungsansätze »Bürgerversicherung« und »Kopfpauschalen« kreisen. Dabei zeigt sich bei genauerem Hinsehen, dass zu jedem Lösungsansatz eine größere Zahl von Modellvarianten besteht und – wenn man wirklich etwas erreichen will – vermittelnde Modelle möglich sind.

Vor diesem Hintergrund hat die Hans-Böckler-Stiftung vier Expertisen zur Thematik der Finanzierungsreform beauftragt, deren Ergebnisse in diesem Buch abgedruckt sind: Mit konzeptionell-qualitativen Aspekten der Kopfpauschalen-Modelle befasst sich die Studie von Wasem, Greß und Rothgang. Die Autoren analysieren inwieweit die von den Befürwortern des Systemwechsels erwarteten Vorteile realistisch erscheinen, zum anderen inwieweit die gleichen Effekte auch durch Veränderungen im Rahmen der einkommensabhängigen Beitragsgestaltung möglich sind. Die Studie von Pfaff, Langer und Freund untersucht für ausgewählte Kopfpauschalen-Modelle die Verteilungswirkungen quantitativ und bestimmt den Transferbedarf, der sich für alle diese Modelle ergibt. Im Anschluss skizzieren Pfaff, Langer, Wasem, Greß und Rothgang das Modell der Kopfpauschalen, wie es in der Schweiz seit 1995 besteht, weil es für die deutsche Modelldiskussion oftmals exemplarischen Charakter hat. Abschließend untersuchen Leinert, Grabka und Wagner das Modell einer »Bürgerprämie«, das nach deren Einschätzung die Vorteile einer umfassenden Bürgerversicherung und Kopfpauschalen-Modellen vereinen kann.

Mit den Expertisen will die Hans-Böckler-Stiftung zur Versachlichung der Diskussion um die Finanzierungsreform in der Krankenversicherung beitragen. Damit kommt sie ihrem Auftrag nach, Beiträge zur Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme zu leisten.

Erika Mezger
Hans-Böckler-Stiftung

Jürgen Wasem, Stefan Greß, Heinz Rothgang

KOPFPAUSCHALEN IN DER GESETZLICHEN KRANKEN- VERSICHERUNG – LOHNT SICH EIN SYSTEMWECHSEL?

Die Ergebnisse der Studie lassen sich thesenartig wie folgt zusammenfassen:

- Zur Verbesserung der GKV-Finanzierungsbasis ist die Einführung von Kopfprämien weder notwendig noch hilfreich.
- Kopfprämien führen nicht zu nennenswerten Beschäftigungseffekten
- Die Umverteilung durch Kopfprämien ist nur in der Theorie zielgenauer als die Umverteilung durch einkommensbezogene Beiträge
- Ob die GKV über einkommensbezogene Beiträge oder Kopfprämien finanziert wird, ist für die Effizienz des Krankenversicherungsmarktes irrelevant
- Kapitalgedeckte Kopfprämien halten die Beiträge nur eingeschränkt stabil, vermögen aber in Grenzen eine größere intertemporale Glättung und insoweit einen Beitrag zur intergenerationellen Gerechtigkeit zu leisten.
- Wird eine Vereinheitlichung der Wettbewerbsbedingungen zwischen GKV und PKV angestrebt, sind dafür Kopfprämien nicht notwendig
- Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs bleibt auch bei einem Umstieg der Finanzierung auf Kopfprämien sinnvoll.

Insgesamt erachten die Autoren dieser Expertise auf der Grundlage der vorstehenden Ausführungen die Argumente für die Notwendigkeit einer Einführung von Kopfpauschalen als nicht zwingend. Die meisten der von den Befürwortern genannten Argumente halten einer näheren Überprüfung nicht stand. Umgekehrt wird eine Reihe von mit diesen Modellen verbundenen Risiken von deren Befürwortern unterschätzt. Ebenso sind wichtige Fragen der Ausgestaltung des Transfermechanismus weiterhin unbeantwortet. Vor allem aber lenkt die Diskussion über die Finanzierung durch Kopfprämien von zentralen Problemen und Herausforderungen im Gesundheitswesen ab, die auch auf der Leistungs- und nicht nur auf der Finanzierungsseite liegen. Vor diesem Hintergrund ist eine Konzentration der öffentlichen Aufmerksamkeit auf eine wettbewerbliche Weiterentwicklung der GKV mit dem Ziel der Erhöhung von Qualität, Effektivität und Effizienz der Versorgung anstelle einer Debatte über Kopfprämien, Gesundheitspauschalen oder Bürgerpauschalen zu fordern.

KOPFPAUSCHALEN ALS FINANZIERUNGSOPTION DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG – QUANTITATIVE AUSWIRKUNGEN UND GESUNDHEITSPOLITISCHE IMPLIKATIONEN

Für die Weiterentwicklung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung setzt die CDU wie manche Wissenschaftler auf eine Finanzierung durch einheitliche Kopfpauschalen. Kritik an einer solchen Maßnahme kam unter anderem von der Schwesterpartei CSU.

In Modellrechnungen zeigt das vorgestellte Forschungsprojekt die geschätzte Auswirkung einer Umsetzung (a) des Leipziger Parteitagsbeschlusses der CDU, (b) des Vorschlags von Rürup und Wille (mit GKV-interner Teilfinanzierung eines Kopfpauschalensmodells) sowie (c) des Kompromisses von CDU und CSU.

Wichtigste Ergebnisse sind:

In allen drei Modellen kommt es – wenn auch in unterschiedlichem Maße – zu einer höheren oder bestenfalls (bei Rürup und Wille) gleich hohen Belastung von Alleinverdienerehepaaren mit mittleren und höheren Einkommen. Begünstigt werden dagegen Alleinstehende und besser verdienende Zweiverdiener-Ehepaare. Ob langfristig allerdings davon ausgegangen werden kann, dass ausreichend Steuermittel für die Kopfpauschalensubventionierung der Krankenversicherungsbeiträge der unteren Einkommensgruppen überhaupt verfügbar gemacht werden, ist angesichts der Finanzlage der öffentlichen Haushalte eher fraglich.

Um alle GKV-Ausgaben des Jahres 2003 abzüglich der Krankheitskosten für Kinder zu finanzieren wäre für die Erwachsenen eine Kopfpauschale von 191,60 € erforderlich gewesen. Reduziert man die Leistungen um das Krankengeld sinkt die notwendige Kopfpauschale auf 181,50 € und bei weiterer Leistungsausgrenzung um Zahnersatz und das 2003 tatsächlich aufgetretene Defizit von 4,3 Mrd. € auf 170 €. Alle drei Modelle erfordern eine erhebliche Verlagerung der Finanzierungslasten auf Steuermittel – zur Finanzierung der Krankheitskosten der Kinder sowie zur Begrenzung der maximalen Beitragslast der unteren Einkommensgruppen.

Das Modell der CDU hätte dabei 2003 bei Leistungsausschluss von Krankengeld und Zahnersatz sowie ohne Finanzierung des 2003 tatsächlich aufgetretenen Defizits einen zusätzlichen Finanzbedarf von 16 Mrd. €, das Unions-Kompromissmodell sogar von 18 Mrd. € aufzuweisen. Das Modell von Rürup und Wille hätte neben einer GKV-internen Beitragsfinanzierung von rd. 20 Mrd. € weitere 6 Mrd. € Zuschuss aus

Steuermitteln erfordert. Nach dem Modell der Union wären dabei 16 Mio. GKV-Mitglieder zu Subventionsempfänger geworden, beim Unionskompromiss 20 Mio. und bei Rürup/Wille sogar 24 Mio. Hätte die Kopfpauschale darüber hinaus auch die Leistungen für Zahnersatz und das Defizit abgedeckt, so wäre aufgrund der höheren Kopfpauschale der Subventionsbedarf in allen drei Modellen deutlich, wenn auch in unterschiedlichem Maße gestiegen: auf 19 Mrd. € im CDU-Modell, auf 11 Mrd. € im Modell von Rürup und Wille und nach dem Unionskompromiss sogar auf 26 Mrd. €. Die Zahl der Subventionsempfänger wäre besonders im Modell von Rürup und Wille weiter gestiegen, nämlich mit 27 Mio. auf mehr als die Hälfte der GKV-Mitglieder, während sie im Unionskompromiss unverändert geblieben wäre.

Die Gegenfinanzierung eines solch zusätzlich erforderlichen Steueraufkommens würde für den geringeren Leistungsumfang bei Finanzierung über einen Solidarzuschlag auf die Einkommensteuer, der mindestens milde progressiv wirken sollte, im CDU-Modell einen Solidarzuschlagssatz von 11,4 %, im Unionskompromiss sogar von 12,8 % und beim Modell von Rürup und Wille immerhin von 4,6 % erfordern. Beim höheren Leistungsumfang wären Zuschläge von analog 13,6 % im CDU-Modell, 18,6 % im Unionskompromiss bzw. 8,3 % im Modell von Rürup und Wille erforderlich geworden.

Wollte man die zusätzlichen Steuermittel für den eingeschränkten Leistungsumfang über eine in der Tendenz regressiv wirkende Mehrwertsteuer finanzieren, würde das CDU-Modell eine Anhebung der Mehrwertsteuersätze von 16 % auf 17,8 % sowie von 7 % auf 7,8 % erfordern, der Unionskompromiss auf 18,1 % und auf 7,9 %, das Modell von Rürup und Wille auf 16,7 % sowie auf 7,3 %. Der höhere Subventionsbedarfs aufgrund eines höheren Leistungs- und Subventionsvolumens würde Mehrwertsteuersätze von 18,2 % und 8 % im CDU-Modell, 18,9 % und 8,3 % im Unionskompromiss und 17,3 % und 7,6 % im Modell von Rürup und Wille erfordern.

Eine massive zusätzliche Steuerfinanzierung der GKV-Kosten würde es allerdings auch im derzeitigen System gestatten, die GKV-Beitragssätze maßgeblich abzusenken. Würden auch nur die Gesundheitsausgaben für Kinder aus Steuermitteln finanziert werden, so ließe sich damit der durchschnittliche Beitragssatz um 1,8 Beitragssatzpunkte absenken. Eine künftige Steigerung von Gesundheitsausgaben – wie auch immer verursacht – würde Kopfpauschalen und zusätzliche erforderliche Steuermittel ebenso ansteigen lassen wie einkommensbezogene Beiträge – es sei denn man spekuliert darauf, die Leistungen bei einer Kopfpauschalenfinanzierung generell oder aber für die Bezieher niedriger Einkommen eher kürzen zu können als im derzeitigen System der GKV oder der Bürgerversicherung.

AUSGESTALTUNG UND SOZIALPOLITISCHE AUSWIRKUNGEN DES KOPFPAUSCHALENSYSTEMS IN DER SCHWEIZ

Die in Deutschland diskutierte Umstellung der Finanzierung der GKV auf versichertenbezogene Kopfprämien orientiert sich am so genannten »Schweizer Modell«, mit dem in der Schweiz durch Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 das freiwillige, private Krankenversicherungssystem von einem System aus obligatorischer Grund- und freiwilliger Zusatzversicherung abgelöst wurde. Die Finanzierung des Grundleistungskatalogs erfolgt über eine risikounabhängige einheitliche Kopfprämie, die von den jeweiligen Krankenkassen für die Kantone bestimmt wird. Da ein derartiges Finanzierungssystem aber zu hohen finanziellen Belastungen für einkommensschwache Personen führt, soll ein komplexes System zur Subventionierung der Kopfprämien den sozialen Ausgleich gewährleisten. Die Prämien werden dadurch zwar spürbar reduziert, insgesamt bleibt die Belastung für bestimmte Versichertengruppen dennoch hoch. Unter sozialpolitischen Gesichtspunkten ist die Situation in sechs Kantonen besonders bedenklich. Dort liegen die durchschnittlichen Prämienbelastungen über der bundesrätlich angestrebten Belastungsobergrenze von 8 % des Haushaltseinkommens, obwohl noch Bundesmittel zur Prämienverbilligung verfügbar wären. Insgesamt muss festgestellt werden, dass die Prämienverbilligung in der Vergangenheit ihrer Zielsetzung einer sozialen Abfederung der Belastungen aus der Kopfprämienfinanzierung nicht gerecht werden konnte, vor allem bei Haushalten mit mittleren Einkommen und Versicherten in Kantonen mit hoher Prämienbelastung. Reformvorschläge empfehlen, am System der Prämienverbilligung festzuhalten, dabei allerdings bestimmte Modifikationen vorzunehmen. So sollen die Unterschiede in den kantonalen Vollzugssystemen verringert werden, da ein Hauptproblem des Schweizer Subventionssystems in kantonal völlig zersplitterten Prämienverbilligungssystemen liegt. Das Problem der bisher nicht ausreichend realisierten sozialpolitischen Zielgerechtigkeit sollte durch die einheitliche und verbindliche Vorgabe einer Obergrenze der Prämienbelastung von 8 % des Haushaltseinkommens gelöst werden. Da dies für den Bund jedoch mit hohen finanziellen Belastungen verbunden gewesen wäre, wurde diese Zielsetzung inzwischen wieder aufgegeben. Stattdessen soll die maximale Prämienbelastung in Abhängigkeit vom Einkommen und Familienstand in Zukunft zwischen 2 und 12 Prozent des Einkommens betragen.

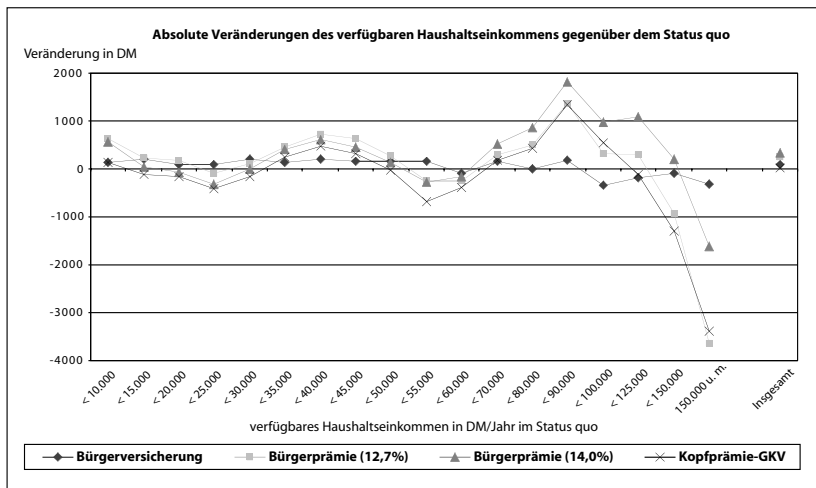
BÜRGERPRÄMIEN FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNGEN ALS ALTERNATIVE ZU DEN REFORMVORSCHLÄGEN KOPFPAUSCHALE UND BÜRGERVERSICHERUNG

Bei der öffentlichen Diskussion um die Reform der Krankenkassenfinanzierung wird erstaunlicherweise nach wie vor nicht genügend beachtet, dass zwei völlig verschiedene Dimensionen zu beachten sind. Zum einen die Frage, wer von einer Versicherungspflicht erfasst wird (bislang nur die in der GKV pflichtversicherten Arbeitnehmer), und zum Zweiten die Frage, wie die Versicherten ihre Beiträge zahlen (bislang in der GKV mittels eines Beitragssatzes, der für Arbeitseinkommen gilt und nicht-erwerbstätige Familienangehörige beitragsfrei »mitversichert«). Damit gibt es einen engen Zusammenhang zwischen Löhnen, Lohnnebenkosten und der Finanzierung der GKV, der als ungerecht und beschäftigungsfeindlich angesehen wird. Deswegen will das Konzept der »Bürgerversicherung« den pflichtversicherten Personenkreis auf alle Wohnbürger erweitern und auch Nicht-Erwerbseinkommen beitragsatzpflichtig machen. Dadurch wird der enge Zusammenhang zwischen Löhnen und GKV-Finzen gelockert, aber bei weitem nicht aufgelöst. Im Hinblick auf die Nebenwirkungen der Finanzierung wäre eine personenbezogene Pauschalprämie deutlich besser, wie sie von nahezu allen Gesundheitsökonomen und der CDU favorisiert wird. Freilich wollen CDU und CSU nichts am einbezogenen Personenkreis ändern, d. h. es gäbe nach wie vor Privatversicherte in einem eigenen System. Daran hat auch das Kompromissmodell von CDU/CSU nichts geändert. Die CSU hat aber eines der beiden Hauptargumente der rot-grünen Koalition aufgegriffen, die die Pauschalprämie für riskant hält, da es einen steuerfinanzierten sozialen Ausgleich für diejenigen Versicherten geben müsste, die die Pauschalprämie finanziell nicht verkraften könnten (Familien und Niedrigeinkommensbezieher). Dieser soziale Ausgleich wäre nach Meinung der Regierungskoalition und der CSU gegenüber Kürzungen durch den Finanzminister anfällig. Das zweite Hauptargument gegen das Kopfpauschalen-Modell der CDU ist der einbezogene Personenkreis, der nur die GKV-Versicherten, nicht aber die gesamte Wohnbevölkerung umfasst.

Angesichts dieser Lage, die nach der Wahl 2006 eine Reformblockade befürchten lässt, spricht vieles für die Einführung einer **Bürgerprämie** (oder auch *Bürgerpauschale* genannt). Diese würde die gesamte Wohnbevölkerung einbeziehen, da es in der Tat nur schwer begründbar ist, aus einer solidarischen Versicherungspflicht diejenigen zu entlassen, die im Laufe ihres Lebens das Glück gehabt haben, über-

durchschnittlich gesund zu sein und überdurchschnittlich zu verdienen. Um die Nebenwirkungen von Pflichtbeiträgen zur Krankenversicherung zu minimieren und positive Wirkungen durch eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherungen zu erzielen, sollte diese umfassende Versicherungspflicht durch Pauschalbeiträge erfüllt werden. Der soziale Ausgleich kann unschwer so gestaltet werden, dass Familien und Niedrigeinkommensbezieher entlastet und Gutverdienende solidarisch belastet werden, womit ein wichtiger Kritikpunkt an dem Pauschalprämienmodell widerlegt werden kann. Die gesamtwirtschaftliche Beitrags- und Steuerlast bleibt praktisch unverändert (vgl. Abbildung unten).

Freilich können die positiven Wirkungen der Bürgerprämie nur erreicht werden, wenn die Politik den Mut aufbringt, die Abgabenlast von Beiträgen hin zu Steuern zu verschieben. Dafür spricht mittel- und langfristig aber ohnehin vieles – nicht zuletzt die Beschäftigungsprobleme von Niedrigverdienern. Es mehren sich auch die Zeichen, dass an vielen Stellen über eine »Familienkasse« nachgedacht wird, die die Finanzierung des familienbezogenen sozialen Ausgleichs – weit über die Krankenversicherung hinaus – zentralisieren und verlässlicher gestalten würde. Im Rahmen einer solchen Familienkasse wäre auch der soziale Ausgleich für die Bürgerprämie nachhaltig gegenüber Kürzungswünschen des Finanzministers zu sichern.



In der Legende geben die Prozentangaben bei den Modellen einer Bürgerprämie die unterstellte maximale Prämienbelastung durch die Pauschalprämie nach dem sozialen Ausgleich an.

Die zentrale Rolle, die eine **Familienkasse** bei der Einführung der Bürgerprämie spielen würde, macht bereits deutlich, dass diese Reform nicht ohne gründliche Vorbereitung möglich ist. Ein zweites Problem kommt hinzu: Wenn der soziale Ausgleich über eine Steuerfinanzierung läuft, dann wird dieser nach Ansicht der Autoren nur akzeptiert werden, wenn er im Rahmen der progressiven Einkommensteuer erfolgt. Aufgrund einer löchrigen Bemessungsgrundlage und daraus resultierenden Steuersparmodellen gibt es aber in der Bevölkerung ernste Zweifel an der »Gerechtigkeit« der Einkommensteuer. Bevor diese Zweifel durch eine **zielgerichtete Reform der Einkommensteuer** nicht ausgeräumt sind, wird eine Bürgerprämie nicht auf politische Akzeptanz stoßen. Eine solche Reform der Einkommensteuer braucht offensichtlich ebenfalls Zeit.

Zwei bislang **wenig diskutierte Details** seien in dieser Zusammenfassung hervorgehoben:

Der steuerfinanzierte soziale Ausgleich bei einer Bürgerprämie muss so dynamisiert werden, dass das Ausgleichsvolumen nicht unaufhaltsam steigt, wenn aufgrund der demographischen Alterung der Bevölkerung und der Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts die Kosten des Gesundheitswesens und damit die Bürgerprämie ansteigen. Diese Gestaltungsnotwendigkeit ist freilich kein spezifisches Problem der Bürgerprämie, denn durch die Alterung der Bevölkerung und den medizinisch-technischen Fortschritt steigt auch der Beitragssatz zur GKV an und führt zu politischen Gestaltungsnotwendigkeiten. Aufgrund des durch eine Bürgerprämie intensivierten Wettbewerbs im Gesundheitswesen dürften zudem Ineffizienzen und die damit verbundenen Kostensteigerungen kleiner sein als in einer Bürgerversicherung.

Jede Reform der GKV, die den Versichertenkreis ausweitet, steht vor dem Problem, wie die jetzt privat Versicherten einbezogen werden können. Eine beitragsatzfinanzierte Bürgerversicherung wäre sowohl für viele PKV-Versicherte als auch für die privaten Krankenversicherungs-Unternehmen unattraktiv. Anfänglich blieben die meisten PKV-Versicherten in ihrem System und der Wettbewerb zwischen GKV und PKV würde nicht intensiviert. Erst nach einer Jahrzehnte währenden Übergangszeit wäre die Bürgerversicherung wirklich ihren Namen wert. Die Autoren sind davon überzeugt, dass nur eine pauschale Bürgerprämie die Chance bietet, dass zusammen mit den privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Lösung gefunden wird, die rasch zu einem einheitlichen und solidarischen System aller Krankenversicherungen in Deutschland führt.

Mit anderen Worten: Eine gründliche Reform der Finanzierung der GKV braucht Zeit, da gleichzeitig die Einkommensteuer und der Familienleistungsausgleich

umgestaltet werden müssen – aber nur eine solche gründliche Reform vermeidet eine Jahrzehnte währende Übergangszeit, in der die GKV und die PKV noch in unbefriedigender Weise nebeneinander existieren.

Einige Eckwerte

Volumen des gesamten sozialen Ausgleichs bei einer Begrenzung der Prämienlast auf 12,7 % des Haushaltseinkommens (Basis: 2001):	32,74 Milliarden €, die in etwa 60 % aller Haushalte fließen
darunter: Volumen der steuerfinanzierten Kinderprämie:	14,2 Milliarden €, die in etwa 10,6 Mill. Haushalte fließen
Steuernehreinnahmen durch Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags:	17,05 Milliarden €
Anhebung des Solidaritätszuschlags zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs:	7,2 Prozentpunkte

*Jürgen Wasem
Stefan Greß
Heinz Rothgang*

Kopfpauschalen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Lohnt sich ein Systemwechsel?

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Prämie, Transfer und Nettoprämie für einen Einpersonenhaushalt in Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen im Modell von Rürup et al.	30
Abbildung 2: Prämie, Transfer und Nettoprämie für Erwachsene in einem Einpersonenhaushalt in Abhängigkeit vom Nettoäquivalenzeinkommen im Modell von Knappe/Arnold	35
Abbildung 3: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Haushaltsbruttoeinkommen im Modell von Zweifel/Breuer	40
Abbildung 4: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Nettoäquivalenzeinkommen im Modell von Henke et al.	42
Abbildung 5: Prämie, Beitrag zur Krankengeldversicherung, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit von den Bruttoeinnahmen im Modell von Rürup/Wille, Variante steuerfinanzierter sozialer Ausgleich	50
Abbildung 6: Prämie, Beitrag zur Krankengeldversicherung, Transfer und Nettoprämie in Abhängigkeit von den Bruttoeinnahmen im Modell von Rürup/Wille, Variante beitragsfinanzierter sozialer Ausgleich	51
Abbildung 7: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit von den Bruttoeinnahmen im BDA-Modell bei unterschiedlichen Überforderungsgrenzen	55
Abbildung 8: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom anrechenbaren Einkommen im Modell von Fritzsche, beide Varianten	59
Abbildung 9: Prämien, Transfer, Nettoprämie und Belastung des Einkommens eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Einkommen im CDU/CSU-Modell	62
Abbildung 10: Prämien, Transfer, Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Einkommen im SVR-Modell	64

Abbildung 11: Prämie, Transfer und Nettoprämie für einen Zweipersonen-Haushalt in Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen im Modell von Rürup et al.	83
Tabelle 1: Umverteilungsdimensionen in der GKV und in Kopfprämienmodellen	66
Tabelle 2: Postulierte Vorteile der Kopfprämienmodelle	69
Tabelle 3: Dimensionen der Prämienkalkulation	101

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung steht auf dem Prüfstand. Seit Veröffentlichung des Jahresgutachtens 2002/03 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Einsetzung der nach ihrem Vorsitzenden auch als »Rürup-Kommission« bezeichneten »Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme« haben Kopfprämien zur Finanzierung der GKV Konjunktur. Die damit angestrebte Trennung von Allokation und Distribution entspricht einer zentralen Forderung der Wohlfahrts-theorie, da die sogenannte »Zusatzlast« (excess burden), die gemäß ökonomischer Theorie immer entsteht, wenn eine Umverteilung zweckgebunden und nicht als pauschaler Transfer erfolgt, vermieden werden kann.¹

Alle derzeit diskutierten Kopfprämienmodelle eliminieren die Umverteilung von Personen mit hohem Einkommen zu Personen mit niedrigem Einkommen aus dem Finanzierungssystem der GKV. Weiter gehende Vorschläge wollen außerdem noch zusätzliche Umverteilungselemente aus der GKV-Finanzierung eliminieren. Wenn gesellschaftlich erwünscht, müssen diese Umverteilungsfunktionen bei Umsetzung solcher Vorschläge durch einen separaten – in der Regel steuerfinanzierten – Transfermechanismus sichergestellt werden.

Zentrale Aufgabe dieses Beitrags ist es, die mit der Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien verbundenen Vorteile zu bewerten.² Ohne Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen, haben die Autoren dieser Expertise dazu insgesamt zwölf Modelle identifiziert, die bis Mitte November 2004 der Öffentlichkeit

- 1 Diese Zusatzlast wird immer dann erzeugt, wenn durch Subventionierung in relative Preise eingegriffen und dadurch ein Substitutionseffekt ausgelöst wird. Im Ergebnis erfolgt dann eine Allokation, die dadurch verzerrt ist, dass die Preise nicht mehr die Knappheitsverhältnisse widerspiegeln und die Anwendung der individuellen Entscheidungsregel »Grenznutzen = Preis« nicht mehr mit der wohlfahrtsoptimalen Regel »Grenznutzen = Grenzkosten« übereinstimmt. In der GKV besteht die Verzerrung durch die einkommensabhängigen Beiträge (im Unterschied zu Kopfprämien) allerdings nicht darin, dass durch die Subventionierung »zu viel« Krankenversicherung nachgefragt wird, weil der Umfang des Krankenversicherungsschutzes durch die Versicherungspflicht und den einheitlichen Leistungskatalog nicht vom Individuum bestimmbar ist. Als zentrales Problem kann vielmehr angesehen werden, dass einkommensabhängige Beiträge die Arbeitsnachfrageentscheidungen der Haushalte (und die Arbeitsangebotsentscheidungen der Unternehmen) beeinflussen.
- 2 Die Bearbeiter dieser Expertise haben für die HBS bereits im Jahr 2003 eine ähnliche Studie auf der Basis von vier damals vorliegenden Modellen durchgeführt. Vgl. dazu (Wasem et al. 2003) sowie (Greß et al. 2003). Die Autoren danken Petra Schließe (Essen) für die Unterstützung bei der Erstellung der Graphiken.

vorgestellt wurden. Diesen Modellen ist gemeinsam, dass einkommensbezogene Beiträge in der GKV durch einkommensunabhängige Finanzierungsformen ersetzt werden sollen. Die Modelle unterscheiden sich jedoch darin, in welchem Ausmaß Umverteilungselemente aus der GKV herausgelöst und durch einen – in der Regel steuerfinanzierten – Transfermechanismus ersetzt werden sollen (vgl. hierzu auch die tabellarische Gegenüberstellung in Anhang 1). Die Vorstellung der wesentlichen Merkmale dieser Modelle erfolgt in Abschnitt 2. In Abschnitt 3 wird analysiert, inwieweit die von den jeweiligen Autoren postulierten Vorteile der GKV-Finanzierung durch einkommensunabhängige Prämien tatsächlich einer näheren Überprüfung standhalten. Anschließend werden – wo dies möglich und sinnvoll ist – funktionale Äquivalente identifiziert, die Defizite der einkommensabhängigen GKV-Finanzierung im Rahmen des bestehenden Systems beseitigen können. In Abschnitt 4 erfolgt abschließend eine zusammenfassende Ableitung von gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen.

2. MODELLE ZUR FINANZIERUNG DER GKV DURCH KOPFPRÄMIEN

Verglichen mit einer privaten Krankenversicherung mit risikoäquivalenten Prämien ohne staatlich administrierte Umverteilungsmechanismen finden in der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit jeweils *ceteris paribus* folgende Umverteilungsprozesse statt:

- Umverteilung von höheren Einkommen zu niedrigeren Einkommen durch einkommensbezogene Beiträge.³
- Umverteilung von Haushalten ohne Kinder zu Haushalten mit Kindern durch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern.⁴
- Umverteilung von Singles und Zweiverdienerehepaaren zu Einverdiener-ehepaaren mit einem beitragsrelevanten⁵ Haushaltseinkommen oberhalb der einfachen Beitragsbemessungsgrenze durch die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehepartnern.
- Umverteilung von Gesunden zu Kranken durch Nicht-Berücksichtigung von erhöhten Krankheitsrisiken einschließlich bereits bestehender Vorerkrankungen bei der Beitragskalkulation.⁶

3 Diese Umverteilung ist allerdings beschränkt – insbesondere durch die Beitragsbemessungsgrenze. Des Weiteren wird diese Umverteilung dadurch begrenzt, dass Arbeiter und Angestellte bei Überschreiten einer Einkommensgrenze aus dem System hinausoptieren und sich damit dieser Umverteilung vollständig entziehen können.

4 Allerdings basiert diese Bewertung auf einer bloßen Querschnittsbetrachtung. Mit der Erziehung von Kindern werden zugleich die zukünftigen Beitragszahler erzogen. Wird diese Erziehungsleistungen daher als ein nicht-monetärer generativer Beitrag zur langfristigen Finanzierung der GKV betrachtet, kann die beitragsfreie Mitversicherung als Internalisierung dieses externen Effektes angesehen werden. Wird unterstellt, dass der Wert der beitragsfreien Mitversicherung für die Erziehenden geringer ist als der Wert des externen Effektes, ergäbe sich – unter Berücksichtigung des generativen Beitrags – sogar eine Umverteilung von Haushalten mit zu Haushalten ohne Kindern (vgl. zu den damit verbundenen konzeptionellen Fragen etwa Schmähl/Rothgang 2004 sowie Schmähl et al. 2005).

5 Mit dem beitragsrelevanten Einkommen sind alle Einkommen von GKV-versicherten Personen gemeint, die grundsätzlich für die Beitragserhebung relevant sind, d. h. insbesondere Löhne, Gehälter und Lohnersatzleistungen. Beitragspflichtig sind dagegen nur die beitragsrelevanten Einkommen bis zu einem durch die Beitragsbemessungsgrenze festgesetzten Höchstbetrag.

6 Zwar besteht das Wesen jeder Krankenversicherung in der Umverteilung von Gesunden zu Kranken. Hierbei handelt es sich aber um einen Effekt, der erst im Nachhinein sichtbar wird, wenn bekannt ist, wer in einer abgeschlossenen Periode erkrankt ist und Leistungen empfangen hat und wer nicht (ex post-Umverteilung). Darüber hinaus kommt es in der GKV zu einer Umverteilung von Gesunden zu Kranken im Vorhinein, wenn auch bereits erkennbare Krankheitsdispositionen und höhere Risiken der Leistungsentnahme nicht zu höheren Beiträgen führen (ex ante-Umverteilung).

- Umverteilung von Jung zu Alt (im Querschnitt) durch Nicht-Berücksichtigung der durchschnittlichen höheren Krankheitskosten im Alter.
- Umverteilung zwischen Generationen (im Längsschnitt) durch Nicht-Berücksichtigung der unterschiedlich starken Besetzung der Kohorten junger und alter Versicherte, die bei mit dem Alter im Durchschnitt steigenden Krankheitskosten zu unterschiedlichen Belastungen der Generationen führen.⁷
- Umverteilung von Männern zu Frauen durch Nicht-Berücksichtigung der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben, (im Querschnitt) und der unterschiedlichen durchschnittlichen Lebenserwartungen beider Geschlechter auf der Ausgaben- sowie der unterschiedlichen durchschnittlichen Höhe der beitragspflichtigen Einkommen auf der Einnahmeseite.⁸

Die Einführung einer Kopfprämie allein eliminiert lediglich die Umverteilung von höheren zu niedrigeren Einkommen aus der GKV. Dass sie durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien mindestens diese Umverteilungsdimension aus der GKV herausnehmen und durch einen steuerfinanzierten Transfermechanismus ersetzen wollen, ist allen in diesem Beitrag analysierten Modellen gemeinsam. Darüber hinaus will ein Teil der untersuchten Modelle aber mehr als dieses eine Umverteilungselement aus der GKV eliminieren (vgl. Tabelle 1 am Ende dieses Abschnitts).

Für jedes in diesem Beitrag diskutierte Modell werden zunächst seine wesentlichen Komponenten dargestellt. Hierzu zählen insbesondere der versicherungspflichtige Personenkreis, die kalkulierte Höhe der Kopfprämien, die Finanzierung und Ausgestaltung des steuerfinanzierten Transfermechanismus sowie die angestrebte Wettbewerbsordnung.⁹ Im Anschluss werden die von den jeweiligen Autoren genannten Gründe zur Reduzierung der Umverteilung in der GKV und die behaupteten Vorteile der jeweiligen Modelle herausgearbeitet.

7 Vgl. dazu Wasem/Hessel/Greß (2004).

8 Vgl. dazu Wasem/Greß (2004).

9 Die angestrebte Wettbewerbsordnung hat im Grundsatz nichts mit der Art und Weise zu tun, in der die Einnahmen der GKV finanziert werden. Allerdings halten es die Autoren dieses Beitrags für wesentlich, die Auswirkungen der Modelle auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen beurteilen zu können – zumal die Trennung von Allokation und Distribution als wesentliches Argument für die Einführung von Kopfprämien verwendet wird (vgl. FN 1).

2.1 MODELL 1: RÜRUP ET AL.

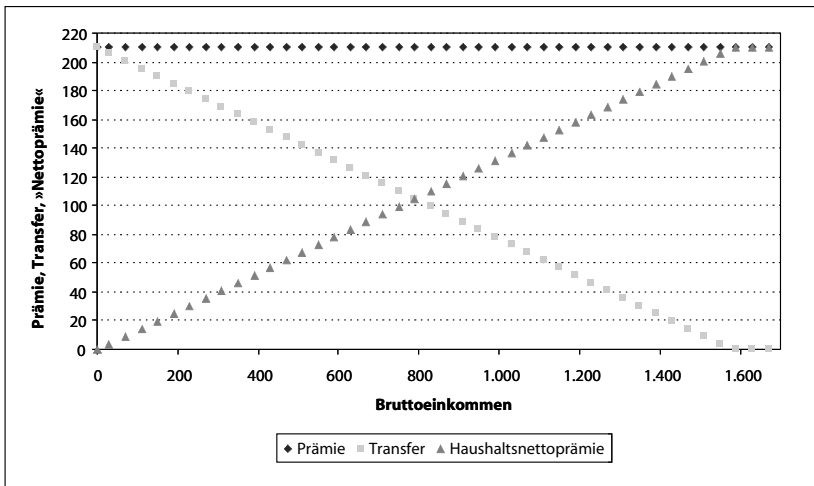
Das hier beschriebene Modell ist erstmals im Jahresgutachten 2002 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung entwickelt worden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002). Im Laufe der Arbeit der so genannten »Rürup-Kommission« wurde das Modell weiterentwickelt (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003).¹⁰ Im Folgenden wird dabei auf die von der Rürup-Kommission vorgelegte Variante Bezug genommen.

In diesem Modell soll »lediglich« die Umverteilung zu Gunsten der niedrigen Einkommen sowie zu Gunsten der beitragsfrei versicherten Ehepartner aus der GKV herausgelöst werden. Die Umverteilung zu Gunsten Beziehender niedrigerer Einkommen soll stattdessen durch einen steuerlichen Transfermechanismus ersetzt werden, während die schwer zu rechtfertigende Umverteilung zu Gunsten von Einverdienerehepaaren entfällt. Die weiteren genannten Umverteilungselemente sollen hingegen weiterhin in der GKV verbleiben (vgl. Tabelle 1). Die Finanzierung der GKV soll danach nicht mehr über einkommensabhängige Beiträge, sondern über pauschale so genannte »gesundheitskostenorientierte« Kopfprämien erfolgen. Gesundheitskostenorientiert bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Krankenkassen die Kopfprämien jeweils in einer Weise kalkulieren müssen, dass die Gesamtsumme der kassenindividuellen Ausgaben der Versichertengemeinschaft auf die Anzahl (»Köpfe«) der zahlungspflichtigen Versicherten umgelegt wird. Im Rahmen der Kommission wurde eine durchschnittliche monatliche Prämie von 210 € pro Kopf (pro beitragspflichtigen Versicherten) errechnet. Die Kopfprämie wäre innerhalb einer Krankenkasse für alle beitragspflichtigen Versicherten einheitlich, Risikoaufschläge oder Risikoabschläge wären dagegen nicht zulässig, die ex ante Umverteilung von schlechten zu guten Risiken bleibt vollständig erhalten. Unterschiedlich hohe Kopfprämien der einzelnen Krankenkassen wären allerdings erwünscht, insbesondere wenn sie Ergebnis der Suche nach effizienten Lösungen im Kassenwettbewerb sind. Beitragspflichtig wären alle versicherten Erwachsenen. Im Unterschied zur derzeitigen Situation in der GKV wäre damit die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Eheleuten aufgehoben. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen soll dagegen beibehalten werden.

10 Der wesentliche Unterschied in den beiden Modellvarianten besteht darin, dass in der ursprünglichen Variante der Arbeitgeberbeitrag steuerfrei an die Arbeitnehmer ausgezahlt werden sollte – die Finanzierung des Transfermechanismus blieb offen. Im endgültigen Modell wird eine steuerpflichtige Auszahlung befürwortet, um damit den Transferbedarf zumindest teilweise zu finanzieren.

Wegen der im Vergleich zur derzeitigen einkommensbezogenen Finanzierung der Krankenkassenbeiträge resultierenden überproportional hohen Belastung von Beziehern unterer Einkommen ist die Einführung eines steuerfinanzierten Transfermechanismus vorgesehen. Übersteigen die von dem Haushalt gezahlten Gesamtprämien eine definierte Belastungsgrenze, erhält der Versicherte einen steuerfinanzierten Zuschuss in Höhe dieser Differenz. Exemplarisch wurden die Auswirkungen zweier unterschiedlicher Belastungsgrenzen berechnet, die jeweils als Anteilswert am Haushaltseinkommen festgesetzt wurden. In der ersten Variante wird dabei ein zumutbarer Eigenanteil von 13,3 Prozent des Bruttoeinkommens zu Grunde gelegt, in der zweiten einer von 16 Prozent. Daraus ergeben sich Transferbedarfe von 28,4 Mrd. € bzw. – in der zweiten Variante von 22,6 Mrd. €.

Abbildung 1: Prämie, Transfer und Nettoprämie für einen Einpersonen-Haushalt in Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen im Modell von Rürup et al.



In Abbildung 1 sind – für einen Einpersonenhaushalt – die Kopfprämie in Höhe von 210 €, die Höhe des sich ergebenden Transfers und die vom Haushalt zu zahlende »Nettoprämie«, die sich als Differenz von Kopfprämie und Transfer ergibt, eingezeichnet. Erkennbar ist dabei, dass die Haushalte bis zu einem Bruttoeinkommen von 1.580 € auch weiterhin mit Abgaben in Höhe von 13,3 % (Grenzbelastung des Einkommens)¹¹ belastet werden – jetzt aber durch die Nettoprämie, die sich als Differenz von Pauschalprämie und einkommensabhängigem Transfer ergibt.¹² Für einen

11 Diese Grenzbelastung des Einkommens entspricht der Steigung der Kurve der »Haushaltsnettoprämie«.

12 Hierbei ist die Finanzierung der Transferbeträge noch nicht berücksichtigt.

2-Personenhaushalt liegt die Prämie dann bei 420 € und die Überforderungsgrenze bei 3.160 €. Bis in diese Höhe werden Einkommen dann mit Abgaben in Höhe von 13,3 % belastet.

Nach Berechnungen der Rürup-Kommission sollen die durch die steuerpflichtige Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV und Arbeitgeberzuschusses zur PKV ausgelösten zusätzlichen Einnahmen aus Einkommenssteuer und Solidaritätszuschlag (rund 18,6 Mrd. €) den Transfermechanismus für niedrige Einkommen zum Großteil finanzieren. Faktisch wird der Transfermechanismus damit überwiegend durch eine Steuererhöhung finanziert. Es ist bemerkenswert, dass damit in diesem Modell die privat Versicherten (über die Versteuerung des bislang steuerfrei gezahlten Arbeitgeberzuschusses zu ihrer Krankenversicherungsprämie) zumindest einen Teil der Umverteilung zu Gunsten der GKV-Versicherten mit niedrigem Einkommen finanzieren sollen. Insgesamt verbleibt ein Defizit für die öffentlichen Haushalte von zwischen 4,4 Mrd. € und 10,2 Mrd. €. ¹³ Die Kommission macht keine näheren Angaben, wie dieses Defizit finanziert werden soll.

Die GKV-Finanzierung erfolgt auch in diesem Prämienmodell weiterhin im Umlageverfahren: Alle Beitragseinnahmen einer kurzen Zeitperiode – im Allgemeinen: eines Kalenderjahres – finanzieren alle Ausgaben dieser Periode, ohne dass Rücklagen systematisch gebildet oder aufgezehrt werden. Die langfristige Umstellung auf eine (Teil-)Kapitaldeckung wird aber nicht ausgeschlossen. Der versicherte Personenkreis in der GKV soll ebenso unverändert bleiben wie das Verhältnis zwischen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien soll allerdings insbesondere für freiwillig Versicherte der Anreiz zum Verbleib in der GKV verstärkt und damit dem Trend zur Risikoentmischung – schlechte Risiken verbleiben in der GKV, gute Risiken wechseln in die PKV – entgegengewirkt werden. Es wird darüber hinaus empfohlen, die Mitnahme von Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens in der privaten Krankenversicherung zu ermöglichen (Mobilisierung der Rückstellungen).

Die Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht auf Beamte und Selbstständige wird abgelehnt, um eine Ausweitung umlagefinanzierter Systeme zu Lasten kapitalfundierter Systeme vor dem Hintergrund der demografischen Herausforderungen zu verhindern. ¹⁴

13 Das Defizit entsteht, weil die Mehreinnahmen durch die Steuererhöhung die Mehrausgaben für den Transfermechanismus nicht völlig kompensieren.

14 Allerdings handelt es sich bei rund der Hälfte der PKV-Versicherten um beihilfeberechtigte Beamte, die mindestens die Hälfte ihrer Gesundheitskosten der ebenfalls umlagefinanzierten Beamtenbeihilfe in Rechnung stellen.

Um die Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung zu erhöhen, sollen die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen. Gleichzeitig soll ein morbiditätsorientierter Risikostukturausgleich dafür sorgen, dass die Anreize für die Krankenkassen zur Risikoselektion neutralisiert werden.¹⁵ Der Einnahmenausgleich im Risikostukturausgleich (RSA) werde durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien überflüssig.¹⁶ Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander beruht auf einem im Vergleich zum Status quo reduzierten einheitlichen Leistungskatalog. Vor allem das derzeit in der GKV mitversicherte einkommensabhängige Krankengeld wäre in einem System von nicht einkommensabhängigen Kopfprämien systemfremd und soll daher separat versichert werden.

Folgende Vorteile einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien werden im Kommissionsbericht herausgestellt (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003):

- *Höhere Nachhaltigkeit in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und Entlastung des Faktors Arbeit.* Durch die Abkopplung der Beitragsbemessung von den Arbeitsentgelten werde die Einnahmendis der GKV erweitert. Die Beitragsbasis werde stabilisiert und unabhängiger von konjunkturellen Schwankungen sowie einer steigenden Arbeitslosigkeit. Ein steigender Anteil von Rentnerinnen und Rentnern führe nicht mehr automatisch zu Einnahmeverlusten in der GKV. Die Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten setze darüber hinaus gesamtwirtschaftliche Wachstumsimpulse frei. Positive Beschäftigungseffekte seien die Folge.¹⁷
- *Zielgenauere Verteilungswirkungen.* Die Verlagerung der Umverteilungsfunktion zu Gunsten der Bezieher von niedrigen Einkommen in das Steuersystem ermögliche einen zielgenaueren sozialen Ausgleich, weil sich die Zuschüsse nach der Höhe des Gesamteinkommens bemessen würden. Darüber hinaus wäre die Gesamtheit der Steuerpflichtigen an der Finanzierung des Transfermechanismus beteiligt – einschließlich der privat Versicherten. Zudem würden die Ehepaare unabhängig von der Aufteilung ihres Gesamteinkommens im Gesundheits-

15 Die einzelne Krankenkasse kalkuliert daher ihre individuelle Kopfprämie unter Berücksichtigung der Zahlungen in den oder aus dem RSA.

16 Dies ist allerdings im konkret vorgeschlagenen Modell insoweit teilweise unrichtig, weil an der beitragsfreien Kinderversicherung festgehalten werden soll – hierfür muss es weiterhin einen (modifizierten) Finanzkraftausgleich geben. Vgl. IGES/Lauterbach/Wasem (2004).

17 Im Kommissionsbericht wird dieser Beschäftigungseffekt im Gegensatz zu früheren Papieren aus dem Kreis der Kommission nicht mehr quantifiziert.

prämienmodell gleich behandelt, die nicht gerechtfertigte Umverteilung zu Gunsten von Einverdienerehepaaren wird aufgehoben.

- *Höhere Effizienz des Krankenversicherungsmarktes.* Ein System mit Kopfprämien ermögliche es grundsätzlich, dass die Krankenkassen Tarife mit unterschiedlichem Leistungsumfang adäquat kalkulieren können, weil der Versicherte an der Höhe der Prämien nunmehr den Preis für seine Gesundheitsversorgung ablesen kann. Durch einen differenzierten Leistungskatalog könnten Anreize zu verantwortungsbewusstem Verhalten (und damit zur Bekämpfung von moral hazard) gesetzt und den Präferenzen der Versicherten weitergehend entsprochen werden als im Status quo. Dagegen wäre eine adäquate Kalkulation von Wahlleistungen mit einer lohnbezogenen Beitragsbemessung kaum zu bewerkstelligen.

2.2 MODELL 2: KNAPPE/ARNOLD

Das zweite hier diskutierte Modell beruht auf den Ergebnissen eines im Auftrag des Verbandes der bayerischen Wirtschaft erstellten Gutachtens (Knappe/Arnold 2002). Wie in Modell 1 sieht das Gutachten die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien mit identischen Folgen für die Umverteilungskomponenten zu Gunsten niedriger Einkommen und zu Gunsten beitragsfrei versicherter Ehepartner vor. Es werden allerdings drei Varianten der Umverteilung zu Gunsten von Haushalten mit Kindern präsentiert. Für Kinder kann danach entweder die volle, eine reduzierte oder gar keine Kopfprämie festgesetzt werden – das sei letztendlich eine politische Entscheidung. Im Folgenden wird die Variante dargestellt und später bewertet, bei der für Kinder eine ermäßigte Prämie vorgesehen ist. Alle weiteren Komponenten dieses Modells sind deckungsgleich für alle drei Varianten und unabhängig von der Höhe der durch Kinder zu zahlenden Kopfprämien. Zu diesen Komponenten gehören insbesondere die Einführung eines einheitlichen Versicherungssystems für die gesamte Bevölkerung und die Zulassung von Zu- und Abwahlleistungen.

Die Höhe der Kopfprämien pro Person hängt in diesem Modell davon ab, in welchem Ausmaß Kinder zur Prämienzahlung herangezogen werden. Nach Ansicht von Knappe und Arnold vernachlässigt die derzeit geltende beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der GKV die unterschiedliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Eltern dieser Kinder. »Arme Singles« subventionierten damit einkommensstarke Eltern – was gegen die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern spräche. Zwei Gründe sprächen allerdings gegen die Erhebung der vollen Kopfprämie für

Kinder. Erstens enthält danach die volle Prämie für Kinder eine Umlage zur Senkung der Kopfprämie für Alte – womit kinderreiche Familien mehr für die Finanzierung der Alten leisten würden als Ledige. Zweitens ist das verfügbare Einkommen während der Erziehung von Kindern in der Regel besonders gering, so dass eine Verteilung der finanziellen Belastung in andere Lebensphasen vermutlich angemessen wäre.¹⁸ Daher könnte Kindern derjenige Teil der Kopfprämie erlassen werden, der für die Umlage für Alte verwendet wird. Eltern müssten nach Berechnungen der Autoren durchschnittlich rund 80 € pro Monat pro Kind bezahlen, während die Kopfprämie für Erwachsene durchschnittlich rund 170 € pro Monat pro Person betragen soll.

Versicherungs- und damit beitragspflichtig wäre die gesamte Wohnbevölkerung der Bundesrepublik, also alle derzeit gesetzlich und privat Versicherten einschließlich aller Beamten, Rentner und Selbstständigen. Der Arbeitgeberzuschuss soll ähnlich wie im Modell 1 (Rürup et al.) steuerpflichtig an die Arbeitnehmer ausbezahlt und zur Finanzierung des steuerfinanzierten Transfermechanismus verwandt werden. Knappe und Arnold gehen davon aus, dass die Ausgaben für den Transfermechanismus (ca. 19 bis 21 Mrd. € pro Jahr) durch die Mehreinnahmen für die öffentlichen Haushalte (17 Mrd. € zusätzliche Steuereinnahmen aus der Versteuerung des Arbeitgeberbeitrages plus 3 Mrd. € Einsparungen bei der Sozialhilfe, bei der Beihilfe und bei Zuschüssen des Bundes zur Krankenversicherung der Landwirte) kompensiert werden. Damit wäre das Modell 2 aufkommensneutral.

Als Bedürftigkeitsmaß für die Transferleistungen wird nicht wie im Modell 1 das Haushaltsbruttoeinkommen, sondern das Äquivalenzeinkommen herangezogen. Dazu wird das Haushaltsnettoeinkommen entsprechend der Bedarfsgewichte der so genannten OECD-Skala auf die Personen des Haushaltes umgelegt und als Bemessungsgrundlage für die Ansprüche aus dem Transfersystem verwendet.¹⁹ Liegt das Äquivalenzeinkommen unter dem mit 620 € angenommenem Sozialhilfeniveau, erhält jede Person des Haushalts den maximalen Zuschuss in Höhe der durch-

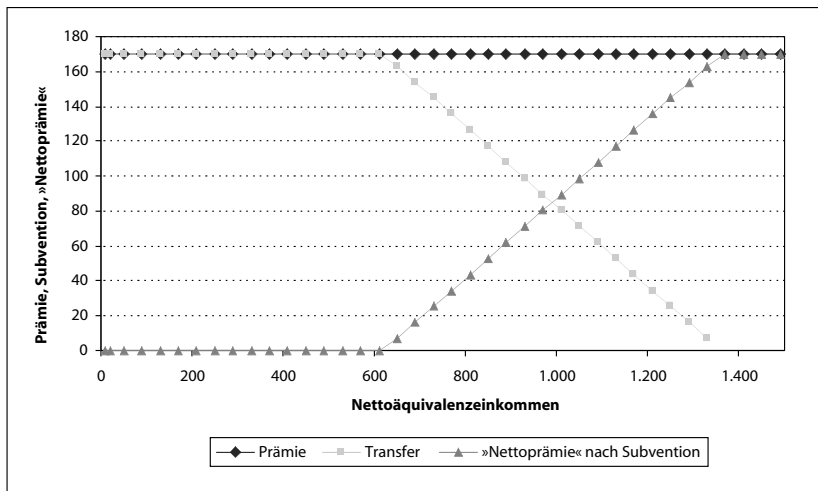
18 Zu ergänzen wäre hier noch, dass sich die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern nicht nur distributiv, sondern auch allokativ begründen lässt. Kinder sind zukünftige Beitragszahler, und die Beitragsfreistellung kann als Internalisierung der (positiven) Externalität der Kindererziehung gelten. In diesem Sinne ist nach Ansicht der Autoren dieses Beitrags auch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3.4.2001 zur Benachteiligung von Familien in der Pflegeversicherung (BVerfG, BVR 1629/94) zu interpretieren, das im Übrigen auch explizit eine Besserstellung von Familien während der Zeit der Kindererziehung fordert (vgl. Rothgang 2001). Mit allokativen Argumenten lässt sich so auch die Beitragsfreiheit von Kindern »reicher« Eltern rechtfertigen.

19 Dabei erhält die erste Person im Haushalt ein Gewicht von 1, weitere Personen über 14 Jahre 0,5 und Personen unter 14 ein Gewicht von 0,3.

schnittlichen Kopfprämie.²⁰ Dieser sinkt linear bis zu einem Äquivalenzeinkommen von 1.360 € auf Null. Damit würde etwa ein Drittel der Gesamtbevölkerung einen Zuschuss erhalten, zwei Drittel der Gesamtbevölkerung müssten für ihre Kopfprämien selbst aufkommen und darüber hinaus durch die erhöhten Steuerzahlungen auf den ausgezahlten Arbeitgeberbeitrag den steuerfinanzierten Transfer finanzieren.²¹ Damit entstünden »Nettoverteilungsgewinne und -verluste als notwendige Korrektur des bestehenden, ungerechten Systems« (Knappe/Arnold 2002: 20).

Während der Transfermechanismus bei Rürup et al. in erster Linie darauf abstellt, den Status quo für Einkommensschwächere zu reproduzieren, verfolgen Knappe und Arnold einen eigenen Ansatz der Armutsvermeidung.

Abbildung 2: Prämie, Transfer und Nettoprämie für Erwachsene in einem Einpersonenhaushalt in Abhängigkeit vom Nettoäquivalenzeinkommen im Modell von Knappe/Arnold



Im Ergebnis werden einkommensschwache Haushalte mit einem Nettoäquivalenzeinkommen bis zum Sozialhilfeniveau vollkommen von der Beitragspflicht freigestellt. Im Einkommensbereich zwischen 620 € und 1.360 € ist die Marginalbelas-

20 Auch die subventionierten Versicherten sollen Anreize haben, potentiell in Krankenversicherungen zu wechseln, deren Kopfprämien unterdurchschnittlich hoch sind; daher wird nicht die Kopfprämie der individuell gewählten Krankenversicherung als Ausgangspunkt für den Transfermechanismus bestimmt.

21 Auch die Empfänger der Transfers wären – über die erhöhten Steuerzahlungen für die ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge – aber an der Finanzierung dieser Transfers beteiligt.

tung dafür aber deutlich höher als in Modell 1: Für jeden zusätzlich verdienten Euro erhöht sich die »Nettoprämie« um 23 Cent (Abbildung 2).

Über die administrative Ausgestaltung des Transfermechanismus werden keine Angaben gemacht.

Die Unterscheidung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung wird in diesem Modell komplett aufgehoben, es gibt nur noch ein Versicherungssystem untereinander konkurrierender Krankenversicherungen für die gesamte Wohnbevölkerung der Bundesrepublik. Der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen soll nicht nur durch die Erweiterung der Vertragsfreiheit mit Leistungsanbietern intensiviert werden, sondern vor allem durch die Möglichkeit zur Ab- und Zuwahl von Leistungen auf der Grundlage eines Basisleistungskatalogs (Knappe/Becker 2003). Erst ein solches über äquivalente Preise und Leistungen gesteuertes Wettbewerbssystem könne die notwendigen Anreize für einen funktionsfähigen Wettbewerb schaffen.

Eine Neuordnung sei nach Ansicht der Autoren bei der Umsetzung dieses Modells auch für den Risikostrukturausgleich notwendig. Der größte Teil des heutigen RSA sei wegen des Einkommensbezugs der Beiträge notwendig. Bei der Finanzierung über Kopfprämien könne dieser Teil völlig entfallen und es blieben nur ein RSA nach den objektiven Kriterien Alter und Geschlecht sowie eine obligatorische Rückversicherung für besonders teure Versicherte übrig.

Als Vorteile dieses Modells 2 nennen die Autoren:

- Gleichbehandlung der gesamten Wohnbevölkerung in Deutschland durch ein für alle verpflichtendes Versicherungssystem ohne unterschiedliche Systeme wie GKV, PKV oder Beihilfe mit willkürlich gezogenen Systemgrenzen,²²
- Staffelung der zur Umverteilung notwendigen Finanzierungslasten nach Leistungsfähigkeit mittels eines aufkommensneutralen Transfersystems, das sich am Gesamteinkommen und am Bedarf eines Haushalts orientiert und damit eine verbesserte Umsetzung des Einkommens- und Familienlastenausgleichs zur Folge hat,
- Widerspiegelung des Umfangs von Versicherungsleistungen durch unterschiedlich Höhe der diesbezüglichen Kopfprämien und damit die Möglichkeit einer sinnvollen Integration von Zu- und Abwahlleistungen in das GKV-System,
- Durchbrechung des Teufelskreises von steigenden GKV-Beiträgen, steigenden Lohnnebenkosten, dadurch geringerer Beschäftigung und dadurch erneut steigenden Beiträgen sowie

22 Damit entspricht das Modell in diesem Punkt Reformoptionen, die auf eine »Bürgerversicherung« abzielen, dabei aber an einkommensabhängigen Beiträgen festhalten. Vgl. beispielsweise (Jacobs 2003).

- Unabhängigkeit der Finanzierungsbasis der Krankenversicherung von der Entwicklung des Rentneranteils in der Gesamtbevölkerung und von der Erwerbsbeteiligung sowie der Arbeitslosenquote durch ein marktähnliches Preissystem.

2.3 MODELL 3: ZWEIFEL ET AL.

Das Modell 3 beruht auf einem Gutachten, das für den Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller angefertigt wurde (Zweifel/Breuer 2002). Die Autoren, die diese Modell zuvor bereits für die Schweiz entwickelt hatten, plädieren für den vollständigen Verzicht auf *alle* derzeit in der GKV vorzufindenden Umverteilungselemente und für die Kalkulation von risikogerechten Prämien in der Krankenversicherung. Durch die Herausnahme sämtlicher Umverteilungsfunktionen würde die Krankenversicherung auf die eigentliche Versicherungsfunktion reduziert werden – die Umverteilung innerhalb von homogenen Risikogruppen von denjenigen Versicherten, die zufällig nicht erkranken (oder leichter erkranken als kalkuliert) zu denjenigen Versicherten, die schwerer als kalkuliert erkranken (zufallsgesteuerter Versicherungsausgleich).²³

Begründet wird diese Herauslösung der Umverteilungsfunktionen aus der Krankenversicherung sowohl mit Effizienz- als auch mit Verteilungsgründen. Nur durch die Einführung risikogerechter Prämien sei es möglich, wettbewerbshemmende Regulierungen abzuschaffen, die mit nicht risikogerechten Prämien zwangsläufig einhergingen. Zu diesen Regulierungen zähle insbesondere der Risikostrukturausgleich, der die Anreize für die Krankenversicherer zur Risikoselektion bei nicht risikogerecht kalkulierten Prämien nicht hinreichend neutralisieren könne. Die Anreize zur Risikoselektion würden erst durch die Möglichkeit für die Versicherer, risikogerechte Prämien kalkulieren zu können, beseitigt. Gleichzeitig werde eine effiziente Vertragsgestaltung mit den Versicherten ermöglicht – einschließlich von individuell zu vereinbarenden Selbstbehalten und Leistungsausschlüssen.

Verteilungstheoretisch argumentieren die Autoren vor allem, dass zufallsgesteuerter Versicherungsausgleich und systematische Umverteilung nicht – wie derzeit in der GKV – miteinander vermengt werden sollten. Das sei nicht nur ineffizient, sondern auch intransparent. Darüber hinaus stehe bei der systematischen Umver-

23 Die Autoren des vorliegenden Beitrags sind sich bewusst, dass dieses Modell rein formal kein »Kopfprämien«-Modell darstellt, weil in diesem Fall eben nicht die kassenindividuellen Gesamtausgaben auf die »Versichertenköpfe« umgelegt werden (community rating). Wegen der konsequenten Fortentwicklung der vorher diskutierten Modelle wird dieses Modell als möglicher Endpunkt der Entwicklung hin zu Kopfprämien dennoch dargestellt und bewertet.

teilung nicht die individuelle Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Zweifelhafte Umverteilungseffekte gäbe es nicht nur beim Familienlastenausgleich (s. o.), sondern auch durch das Zusammentreffen von Umverteilung nach Einkommen und Risiko. So würden gesunde Versicherte mit geringer ökonomischer Leistungsfähigkeit (niedriges Risiko, niedriges Einkommen) die Krankenversicherung eines Wohlhabenden subventionieren, der unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leide (hohes Risiko, hohes Einkommen), was von den Autoren des Modells als problematisch bewertet wird.

Versicherungs- und damit beitragspflichtig wäre in diesem Modell risikogerechter Kopfprämien wie in Modell 2 die gesamte Wohnbevölkerung der Bundesrepublik. Bei der Prämienkalkulation werden keine Unterschiede zwischen Erwachsenen und Kindern gemacht. Die Höhe der Prämien lässt sich nicht ex-ante bestimmen, da sie vom individuellen Gesundheitsrisiko sowohl der Erwachsenen als auch der Kinder abhängt. Die durchschnittliche Kopfprämie ergibt sich durch Division der gesamten GKV-Ausgaben durch die Zahl der Einwohner. Sie würde – den Berechnungen von Zweifel und Breuer zufolge – bei rund 140 € pro Person und Monat liegen.²⁴

Die Autoren gehen davon aus, dass kurzfristige Versicherungsverträge (z. B. mit einer Laufzeit von einem Jahr) der obligatorische Regelfall sind und die Krankenversicherer für diese kurzfristige Periode das Risiko des Versicherten einschätzen. Die Umverteilung von guten zu schlechten Risiken entfällt. Auch findet zu einem gegebenen Zeitpunkt keine Umverteilung von Jung nach Alt statt; vielmehr stimmen die Finanzierungsbeiträge einer Geburtskohorte in einer Periode mit der Summe der von ihr in dieser Periode verursachten Schäden (zuzüglich der anteiligen Verwaltungskosten) überein. Auch im Längsschnitt gibt es keine Umverteilung zwischen Generationen (wie im Umlageverfahren bei demographischen Strukturbrüchen). Verschlechterungen des Gesundheitszustandes (sei es die »normale« Verschlechterung mit dem Alter, sei es eine davon abweichende individuelle Risikoverschlechterung) müssen vom Einzelnen zunächst getragen werden, es sei denn, seine Prämie steigt dadurch so weit an, dass der steuerliche Transfermechanismus ausgelöst wird. Denkbar ist allerdings, dass die Versicherten sich durch Abschluss einer zusätzlichen Versicherung freiwillig gegen das Risiko steigender Prämien aufgrund einer künftigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes absichern, womit auch Kapitaldeckungskomponenten fakultativ möglich werden.

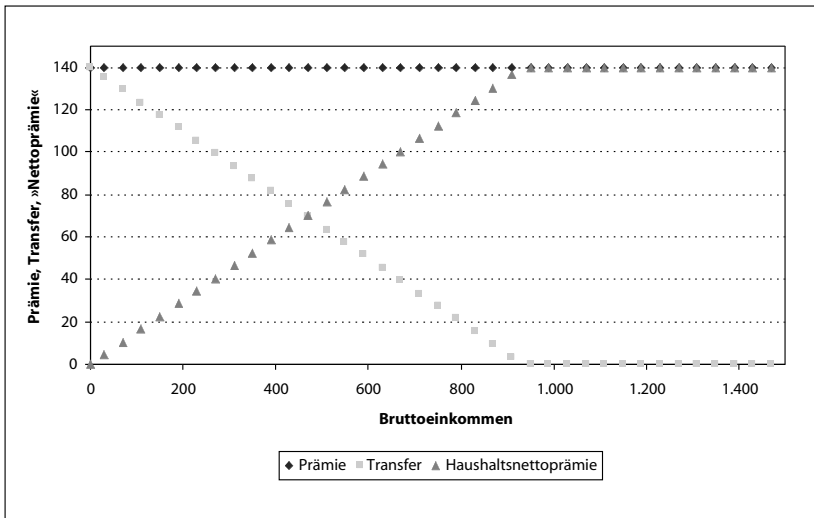
24 Die niedrigere *durchschnittliche* Prämienhöhe (für Erwachsene) im Vergleich zu den Modellen 1 und 2 ergibt sich u.a. dadurch, dass sowohl Kinder als auch Erwachsene in vollem Umfang risikogerechte *individuelle* Prämien zahlen müssen.

Der Arbeitgeberzuschuss soll ähnlich wie in den Modellen 1 (Rürup) und 2 (Knappe et al.) steuerpflichtig an die Arbeitnehmer ausgezahlt und zur Finanzierung des steuerfinanzierten Transfermechanismus verwandt werden. Das Umverteilungsvolumen dieses Transfermechanismus ist bei der Umstellung auf risikogerechte Kopfprämien deutlich höher als in den Modellen 1 und 2. Die Autoren rechnen mit rund 35,5 Mrd. € pro Jahr. Dieses vergleichsweise hohe Umverteilungsvolumen wird damit gerechtfertigt, dass nur bei risikogerechten Prämien, nicht aber in den anderen Modellen, sämtliche Umverteilungselemente ausgegliedert werden. Finanziert werden soll das notwendige Transfervolumen zum einen aus den zusätzlichen Steuereinnahmen durch die Besteuerung des bisher steuerfreien Arbeitgeberanteils (rund 17 Mrd. €) und zum anderen aus dem Abbau von Transfers an die GKV durch andere Sozialversicherungsträger. Letztere werden mit gut 20 Mrd. € beziffert. Große Teile dieser Transfers zwischen Parafiski könnten entfallen, so dass auch dieses Modell weitgehend aufkommensneutral für die öffentlichen Haushalte wirken würde.

Als Bedürftigkeitsmaß für den Anspruch auf Prämiensubventionen wird das Haushaltsbruttoeinkommen herangezogen: Übersteigen die risikoäquivalenten Kopfprämien 15 Prozent des Haushaltsbruttoeinkommens, subventioniert der Staat durch den steuerfinanzierten Transfermechanismus die Differenz. Der Nettoprämienverlauf (s. Abbildung 3) entspricht damit im Grundsatz dem in Modell 1, allerdings bei einer Grenzbelastung von nunmehr 15 %.

Ein Kontrahierungszwang für die Krankenversicherer wie derzeit in der GKV wird in dem Modell risikogerechter Kopfprämien für nicht sinnvoll gehalten. Er könnte von den Versicherern bei unzureichendem Wettbewerb dadurch umgangen werden, dass sie überzogene Prämienforderungen für Versicherte stellen, die sie nicht in ihren Versichertenbestand aufnehmen möchten. Aufgabe der Wettbewerbspolitik sei es daher, einen effektiven Leistungs- und Preiswettbewerb zwischen den Versicherern zu gewährleisten, damit jeder einen seinem Risiko und seinen Präferenzen entsprechenden Krankenversicherungsschutz findet. Die Autoren rechnen vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den USA damit, dass dann die Risikoaufschläge deutlich unterdurchschnittlich mit dem Risiko ansteigen werden. Darüber hinaus sei mit einer Risikodurchmischung zu rechnen. Trotzdem sei zumindest im Übergang damit zu rechnen, dass sich für bestimmte hohe Risiken kein Versicherer findet. Für diese Risiken schlagen die Autoren staatliche Auffanglösungen vor.

Abbildung 3: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Haushaltsbruttoeinkommen im Modell von Zweifel/Breuer



Als Vorteile einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf risikogerechte Prämien werden von den Autoren genannt:

- Weitgehende Umsetzung der Versichertenpräferenzen durch weitgehende Einräumung von Wahlfreiheiten,
- Lösung der Allokationsprobleme im Gesundheitswesen durch deutliche Stärkung wettbewerbblicher Elemente,
- verteilungspolitische Vorteile durch gezielte Subventionierung der Versicherungsprämien,
- Wegfall des Risikostrukturausgleichs durch risikogerechte Prämien und
- einheitlicher Versicherungsmarkt der bisherigen Träger der GKV und PKV.

2.4 MODELL 4: HENKE ET AL.

Das für die Vereinte Krankenversicherung erarbeitete »Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland« unterscheidet sich von den bisher vorgestellten Modellen vor allem dadurch, dass hier gleichzeitig mit der Ablösung der einkommensabhängigen Beiträge durch Kopfprämien explizit der Übergang vom Umlageverfahren zum Kapitaldeckungsverfahren vollzogen werden soll (Henke et

al. 2002).²⁵ Alle Erwachsenen ab 21 Jahren sollen nach der vollständigen Umstellung auf Kapitaldeckung Kopfprämien in Höhe von ca. 200 € pro Monat zahlen, Kinder sind in diesem Modell nicht beitragspflichtig.²⁶

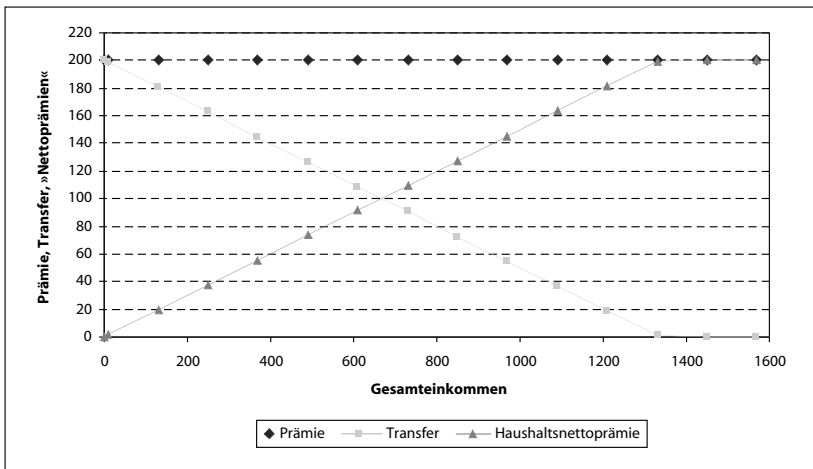
Der entscheidende Vorteil dieses Modells sei nach Ansicht der Autoren, dass alle versicherungspflichtigen Personen bereits mit 21 Jahren anfangen, Altersrückstellungen zu bilden. Dadurch könne der Beitrag nach Einführung des neuen Systems (unter sonst gleichen Umständen) lebenslang stabil gehalten werden, weil demographiebedingte Belastungen durch die Bildung der individuellen Altersrückstellungen kompensiert werden könnten. Damit wären die »Auswirkungen des drängenden Generationenproblems auf die Krankenversicherung ... weitgehend vom Tisch« (Henke et al. 2002: 13). Lediglich allgemeine Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, Inflation oder eine signifikante Erhöhung der Lebenswartung könnten demnach zu Beitragsanpassungen führen. Darüber hinaus könne die Verzinsung der Altersrückstellungen oberhalb des kalkulatorischen Zinses durch die erfolgreiche Kapitalanlage des Versicherungsunternehmens einen Teil dieser Beitragsanpassungen auffangen.

Im Gegensatz zu den Modellen von Rürup et al. und Knappe/Arnold wird damit die Umverteilung von jungen Versicherten zu alten Versicherten und zwischen den Generationen aus der GKV-Finanzierung herausgenommen. Durch den Aufbau von individuellen Altersrückstellungen werden sowohl die durchschnittlich höheren Krankheitskosten im Alter als auch die unterschiedlich starke Besetzung der Kohorten junger und alter Versicherter bei mit dem Alter im Durchschnitt steigenden Krankheitskosten neutralisiert. Ähnlich wie in den anderen Modellen soll ein steuerfinanzierter Transfermechanismus Belastungen oberhalb von 15 Prozent des Gesamteinkommens kompensieren. Abbildung 4 enthält den sich ergebenden Verlauf von Prämie, Transferzahlung und Nettoprämie in Abhängigkeit vom Gesamteinkommen. Er entspricht grundsätzlich dem in Modell 1 und 3. Auch die Grenzbelastung von 15 % stimmt mit Modell 3 überein, allerdings ist der Einkommensbereich, in dem diese positive Grenzbelastung auftritt wegen der höheren Prämien deutlich größer. In diesem Modell reicht er bis zu einem monatlichen Einkommen von 1.333 €.

25 Das gilt zumindest für die langfristige Perspektive dieses Modells. Auf die von den Autoren auch beschriebenen Übergangsszenarien (Übergangszeiträume von 8 und 16 Jahren) wird hier nicht weiter eingegangen.

26 Die Autoren dieses Modells gehen damit von einer durchschnittlichen Prämienhöhe aus, die ähnlich hoch ist wie die in den anderen Modellen für das reine Umlageverfahren kalkulierte Kopfprämie. Es bleibt unklar, woher die zusätzlichen Mittel zum Aufbau eines Kapitalstocks kommen sollen.

Abbildung 4: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Nettoäquivalenzeinkommen im Modell von Henke et al.



Der diesbezügliche Finanzierungsbedarf wird auf 25 Mrd. € jährlich geschätzt. Obwohl die Autoren keine konkreten Angaben zur Gegenfinanzierung machen, ist auch hier von einer steuerpflichtigen Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung als Mechanismus zur Mittelaufbringung auszugehen.

Dieses Finanzierungsmodell geht einher mit einer Wettbewerbsordnung, die sich mit einer Ausnahme nicht grundlegend von den anderen bisher diskutierten Modellen unterscheidet.²⁷ Diese Ausnahme betrifft die von den Versicherten individuell aufgebauten Altersrückstellungen. Solange diese Altersrückstellungen nicht portabel sind – also von Versicherungsgesellschaft X zu Versicherungsgesellschaft Y bei einem Versicherungswechsel übertragen werden können – ist ein Versicherungswechsel insbesondere für ältere Versicherte mit größeren Altersrückstellungen unattraktiv. Diese müssten bei dem neuen Versicherungsunternehmen mit deutlich höheren Beiträgen rechnen. Wettbewerb fände damit allenfalls für Neuverträge und nicht für Altverträge statt – ähnlich wie in der derzeitigen privaten Krankenversicherung. Konsequenterweise ist in dem von Henke et al. konzipierten Modell vorgesehen, dass die individuellen Altersrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherers angerechnet werden können.

27 Zu dieser Wettbewerbsordnung zählen vor allem ein an die Besonderheiten des Kapitaldeckungsverfahrens angepasster morbiditätsorientierter RSA, Vertragswettbewerb mit Leistungserbringern, das Angebot von Grund- und Wahlleistungen sowie ein einheitliches Versicherungssystem mit der Überwindung der Trennung von GKV und PKV.

Anders als bei Knappe et al. und Zweifel et al. enthält das von Henke et al. entwickelte Modell auch keine Absage an eine Weiterentwicklung des RSA. Vielmehr wird explizit vorgeschlagen, den Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren mit einer darauf abgestimmten Weiterentwicklung zum morbiditätsorientierten RSA zu verknüpfen: Der morbiditätsorientierte RSA soll in einem Jahr jeweils die Unterschiede zwischen der durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen Morbidität und der individuellen Morbiditätslast eines Versicherten im jeweiligen Alter ausgleichen.

2.5 MODELL 5: »HERZOG-KOMMISSION«

Im Bericht der Kommission »Soziale Sicherheit« zur Reform der sozialen Sicherungssysteme unter Vorsitz des ehemaligen Bundespräsidenten Herzog (kurz: Herzog-Kommission) vom September 2003 wird ein langfristiger Übergang in ein »kapitalgedecktes, einkommensunabhängiges und erheblich demografiefesteres« Prämienmodell empfohlen (Kommission »Soziale Sicherheit« zur Reform der sozialen Sicherungssysteme 2003: 22). Dazu soll zunächst der Arbeitgeberanteil auf 6,5 Prozent abgesenkt und auf diesen Satz festgeschrieben werden. Nach Auffassung der Kommission sollen davon 5,4 Prozent steuerfrei an die Beschäftigten ausgezahlt werden. Die verbleibenden 1,1 Prozent sollen vom Arbeitgeber zur versicherungspflichtigen Absicherung des Krankengeldes verwendet werden.

In der Übergangszeit von 10 Jahren bis zur Einführung des Prämienmodells soll aus den Beiträgen der Versicherten ein Kapitalstock gebildet werden. Dieser Kapitalstock soll im Jahr des Übergangs von der einkommensabhängigen und umlagefinanzierten Finanzierung zur einkommensunabhängigen und kapitalgedeckten Finanzierung (nach Aussage der Kommission frühestens im Jahr 2013) aufgelöst und für eine versicherungsmathematische Individualisierung der Altersrückstellungen zu Gunsten älterer Versicherter (45 Jahre und älter) eingesetzt werden.

Die Höhe der Kopfprämie sei so zu kalkulieren, dass die lebenslang konstante Prämie ausreicht, um die Gesundheitsausgaben des Versicherten zu finanzieren – wobei implizit hierbei von Inflation, kostentreibendem medizinischen Fortschritt sowie einer Verbesserung der Lebenserwartung abgesehen wird. Die Kopfprämie enthält damit eine Altersrückstellung, was dazu führt, dass ihre individuelle Höhe in diesem Modell im Übergangszeitraum vom Eintrittsalter der Versicherten abhängig ist. Höhere Prämien für ältere Versicherte resultieren erstens daraus, dass ältere Versicherte weniger Zeit haben, Altersrückstellungen als Vorsorge für die im Alter

ansteigenden Ausgaben aufzubauen. Zweitens induzieren ältere Versicherte bezogen auf ihre Restlebenserwartung höhere durchschnittliche Kosten pro Periode. Im Ergebnis, ist die Kopfprämie desto niedriger je niedriger das Eintrittsalter ist. Beim Übergang zur Kapitaldeckung müssten ältere Versicherte daher sehr hohe Prämien zahlen. Um dem vorzubeugen, werden die Prämien der über 45-Jährigen im Modell der Herzog-Kommission durch die Auflösung des bis 2013 aufgebauten Kapitalstocks lebenslang begrenzt.

Nach Berechnungen der Kommission müssten 20-jährige Versicherungsnehmer bei Neubeitritt eine versicherungsmathematisch c. p. lebenslang konstante Prämie von 264 € monatlich bezahlen. Auch ältere Versicherte (mindestens 45 Jahre) müssten ab 2013 versicherungsmathematisch berechnete Prämien zahlen. Die Herzog-Kommission geht in dem Bericht aber davon aus, dass dieser Betrag durch Auflösung des Kapitalstocks auch für die dann über 45-jährigen dauerhaft auf einen Betrag von 264 € begrenzt werden könnte.²⁸

Diesen Berechnungen liegt ein im Vergleich zum Status quo reduzierter Leistungskatalog zu Grunde. Die Leistungen für Zahnbehandlungen sollen danach alleine von den Arbeitnehmern durch eine Pauschalprämie finanziert werden. Die verpflichtende Zuständigkeit für die Absicherung des Krankengeldes soll dagegen alleine den Arbeitgebern übertragen werden.

Der erforderliche soziale Ausgleich für Bezieher niedriger Einkommen muss nach Auffassung der Herzog-Kommission aus Steuermitteln finanziert werden. Über die konkrete Ausgestaltung des Transfermechanismus macht die Kommission ebenso wenig Angaben wie darüber, auf welche Art und Weise die aufzubringenden Transfermittel in Höhe von 27,3 Mrd. € jährlich im Detail finanziert werden sollen. Aus diesem Grund kann auch nicht angegeben werden, wie die einkommensabhängige Nettoprämie verläuft.²⁹ Der Bericht macht darüber hinaus keine Aussagen dazu, ob in diesem Transferbetrag die Finanzierung der Gesundheitsausgaben der beitragsfrei mitversicherten Kinder enthalten ist.

An der Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung soll sich nach Auffassung der Kommission nichts ändern. Die Kommission lehnt Änderungen bei der Versicherungspflichtgrenze ebenso ab wie die Einbeziehung von Selbstständigen und Beamten in den versicherungspflichtigen Personenkreis.

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung fordert die Kommission Reformen mit dem Ziel einer stärkeren wettbewerblichen Orientierung. Insbesondere

28 Aussagen über die Prämien der 21- bis 44-Jährigen, bei denen mit dem Lebensalter bei Eintritt steigende Prämie zu verzeichnen sind, enthält der Bericht dagegen nicht.

29 Folglich können auch keine Werte für die Grenzbelastung des Einkommens angegeben werden.

empfiehlt die Kommission eine flexiblere Vertragsgestaltung im ambulanten Bereich sowie Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Darüber hinaus solle geprüft werden, wie nach einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf ein Prämienmodell der Risikostrukturausgleich entsprechend den neuen Anforderungen ausgestaltet werden kann.

Die Vorteile einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf einkommensunabhängige Kopfprämien mit Alterungsrückstellungen sieht die Herzog-Kommission vor allem in der höheren Demografiefestigkeit des Systems und in der deutlichen Entlastung der Bezieher höherer Einkommen im Vergleich zum Status quo (Kommission »Soziale Sicherheit« zur Reform der sozialen Sicherungssysteme 2003: 23).³⁰

2.6 MODELL 6: CDU 2003

Auf der Grundlage des Berichts der Herzog-Kommission hat der 17. CDU-Bundestag im Dezember 2003 ebenfalls die Grundzüge eines Prämienmodells verabschiedet (CDU 2003).³¹ Das Prämienmodell der CDU unterscheidet sich allerdings in einigen wesentlichen Ausgestaltungsmerkmalen vom Prämienmodell der Herzog-Kommission: Im Grundsatz strebt die CDU ebenfalls ein kapitalgedecktes und einkommensunabhängiges Prämienmodell an, das allerdings nicht erst nach einer zehnjährigen Übergangsphase sondern »so schnell wie möglich nach einem Regierungswechsel« (CDU 2003: 23) implementiert werden soll. Durch diese beschleunigte Umstellung auf ein Prämienmodell soll »schneller Wettbewerb ermöglicht« und erreicht werden, dass »die im heutigen System unzweifelhaft vorhandenen Fehlsteuerungen nicht noch auf längere Zeit fortbestehen« (CDU 2003: 24).

Kalkuliert auf der Basis heutiger Preise ist nach Berechnungen der CDU mit einer Kopfprämie in Höhe von 200 € pro Monat pro Erwachsenen zu rechnen. Diese Prämie setzt sich aus einer Grundprämie in Höhe von 180 € und einer Vorsorgeprämie von 20 € zusammen. Kalkuliert ist diese Prämie in Abweichung von den Empfehlungen der Herzog-Kommission auf der Basis des derzeitigen Leistungskatalogs –

30 Es mag zunächst widersprüchlich erscheinen, dass hier auf die Entlastung der Besserverdienenden abgestellt wird, während in anderen Kontexten von der treffsichereren Mehrbelastung von Spitzenverdienern beim Übergang zu einem Kopfprämienmodell gesprochen wird. Allerdings werden in beiden Aussagen unterschiedliche Dimensionen angesprochen: Die bloße Kopfprämien entlastet Gutverdiener zu Lasten von Schlechtverdienern. Gibt es einen sozialen Ausgleich kommt es auf dessen Ausgestaltung an – bei Einkommenssteuerfinanzierung kommt es hierbei zu einer Belastung der Einkommensstarken.

31 Eine Reihe von Formulierungen findet sich wortgleich auch im Bericht der Herzog-Kommission.

einschließlich der Leistungen für Zahnbehandlungen und Krankengeld. Die Vorsorgeprämie soll als Rückstellung zur Abfederung der Altersentwicklung genutzt und versicherungsmathematisch individualisiert werden. Kinder bleiben nach diesem Modell beitragsfrei mitversichert. Allerdings zahlt die Kindergeldstelle – vermutlich sind damit die bereits im Status quo für die Auszahlung des Kindergeldes zuständigen Stellen gemeint – für alle Kinder eine Prämie von 90 € pro Monat (die halbe Grundprämie der Erwachsenen) an die Krankenkassen.

Der Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wird bei 6,5 Prozent der Bruttolohn- und -gehaltssumme eingefroren und steuerpflichtig an die Arbeitnehmer ausgezahlt. Die CDU betont, dass der Arbeitgeberbeitrag in der neuen Form ständiger Lohnbestandteil bleiben solle.³²

Detaillierter als die Herzog-Kommission äußert sich die CDU zu Ausgestaltungsfragen des Transfermechanismus zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs. Der Anspruch von Geringverdienern auf sozialen Ausgleich ist demnach in einem Leistungsgesetz festzuschreiben und soll automatisch zwischen Finanzamt und Krankenkasse auf der Grundlage des jeweils gültigen Einkommensteuerbescheids erfolgen. Während einer Übergangsphase von vier Jahren ist sicherzustellen, dass sich kein Versicherter durch die Einführung des Prämienmodells schlechter stellt als bei der derzeitigen Zahlung einkommensabhängiger Beiträge.³³ Nach dieser Übergangsphase soll eine Belastungsgrenze gelten. Diese liegt für die Gesamtprämienbelastung eines Haushalts – einschließlich der Vorsorgeprämie und unter Einbeziehung des als Lohnbestandteil ausgezahlten Arbeitgeberanteils – bei 15 Prozent des Bruttogesamthaushaltseinkommens.

Die CDU konzidiert, dass diese Belastungsgrenze im Vergleich zum Status quo und zur Übergangsphase zu Mehrbelastungen führen könne. Diese sei jedoch aufgrund »der auch in einem Prämiensystem unabdingbaren mittel- und langfristigen Kostensteigerungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der demografischen Gegebenheiten notwendig und gerechtfertigt (CDU 2003: 26).«³⁴

32 Die Bedeutung dieser Forderung bleibt unklar. Zwar kann der Gesetzgeber die einmalige Umwandlung des Arbeitgeberbeitrags in einen auszahlenden Lohnbestandteil gesetzlich regeln, die Lohnentwicklung der Folgejahre entzieht sich dann aber seinem Zugriffsrecht.

33 Es kann unterstellt werden, dass sich diese Aussage allein auf die Gesundheitsprämie und den Transfer für Einkommensschwächere bezieht, die individuellen Beiträge zur Steuerfinanzierung des Transfers aber ausgeblendet bleiben.

34 Bei einer Belastungsgrenze von 15 % kommt es allerdings für Geringverdiener nicht erst bei späteren Kostenanstiegen sondern auch schon im Jahr der Umstellung zu Mehrbelastungen gegenüber dem Zeitpunkt vor der Umstellung.

Die CDU spricht sich in ihrem Modell für eine Steuerfinanzierung sowohl der Prämienzahlungen für Kinder als auch des sozialen Ausgleichs für Geringverdiener aus. Die Besteuerung des bisherigen Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung – Steuerertrag nach CDU-Angaben zwischen 15 und 17 Mrd. € – würde zur Gegenfinanzierung der Prämienzahlungen für Kinder ausreichen. Über die Höhe der zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs notwendigen Steuermittel macht die CDU keine Angaben. Die Finanzierung könne »aus dem durch wirtschaftliche Dynamik gestiegenen allgemeinen Einkommensteueraufkommen, Subventionsabbau oder eine Verzahnung mit der Großen Steuerreform erfolgen« (CDU 2003: 26).

Analog zur Herzog-Kommission fordert auch die CDU – mit weitgehend identischen Formulierungen – eine stärkere wettbewerbliche Orientierung der gesetzlichen Krankenversicherung und möchte an der Abgrenzung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung keine Änderung vornehmen.

Die CDU begründet die Umstellung auf ihr Prämienmodell mit folgenden Vorteilen:

- Die Lohnnebenkosten würden erheblich sinken, der Nettolohn nähere sich dem Bruttolohn an, und Schwarzarbeit werde weniger attraktiv (CDU 2003: 24).
- Das Prämienmodell sei familienfreundlicher, weil alle Steuerzahler und nicht nur die gesetzlich Versicherten für die Krankheitskosten der Kinder aufkommen und die Kindererziehenden selbst einen geringeren Beitrag zur (Steuer-)Finanzierung der Krankheitskosten der Kinder leisten, da Kinder im Steuersystem aufgrund der Kinderfreibeträge steuermindernd berücksichtigt werden, während das heutige GKV-System Beiträge unabhängig von der Kinderzahl erhebt (CDU 2003: 24).
- Durch den sozialen Ausgleich über Steuern würden alle Steuerzahler nach ihrer Leistungsfähigkeit und nicht nur der Kreis der gesetzlich Versicherten zur Finanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe herangezogen (CDU 2003: 25).

2.7 MODELL 7: RÜRUP/WILLE

Das im Juli 2004 auf einer Tagung der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen vorgestellte Modell (»kassenspezifische Gesundheitspauschalen«) soll nach Aussage der Autoren sowohl ökonomisch fundiert als auch politisch umsetzbar sein (Rürup/Wille 2004: 3). Das Gutachten geht von der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer heutigen Abgrenzung aus und sei daher zeitnah umsetzbar.

Eine Abschaffung der privaten Krankenversicherung als substitutive Vollversicherung stoße auf (zu) hohe juristische Hürden; auch sollten die zur Entlastung zukünftiger Generationen erforderlichen Kapitaldeckungselemente, die die PKV-Vollversicherung beinhalte, nicht leichtfertig geopfert werden.

Auf der Grundlage des voraussichtlichen Gesamtausgabevolumens der GKV für Pflichtleistungen im Jahr 2004 gehen die Autoren von einer durchschnittlichen Prämienhöhe von 169 € für Erwachsene und von 78 € für Kinder aus. Leistungen für Krankengeld sind durch die Pauschalbeiträge nicht versichert. Diese werden – wie auch bereits im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehen – ausschließlich von den Versicherten mit einkommensabhängigen Beiträgen finanziert. Die bisherigen Arbeitgeberbeiträge werden für alle abhängigen Beschäftigten in Bruttolohnbestandteile umgewandelt und werden damit steuer- und sozialversicherungspflichtig. Rürup und Wille fordern, die Arbeitgeber gesetzlich zur Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zu verpflichten. Durch die zusätzlichen Beitragseinnahmen können die Beitragssätze in den anderen Sozialversicherungszweigen gesenkt werden. Aus Gleichbehandlungsgründen ist darüber hinaus eine Versteuerung der bisher steuerfreien Arbeitgeberzuschüsse für PKV-Versicherte und ein fiktiver – zu versteuernder – Arbeitgeberzuschuss für Beamte und Pensionäre vorgesehen. Als Konsequenz der steuerpflichtigen Ausschüttung des Arbeitgeberanteils an die Versicherten muss – damit derselbe Personenkreis wie zuvor der Versicherungspflicht unterliegt – die Versicherungspflichtgrenze von derzeit 3.862 € auf zukünftig 4.105 € angehoben werden.

Die Prämien für Kinder sollen vollständig von den Familienkassen bei den Arbeitsämtern und öffentlich-rechtlichen Arbeitgebern erstattet und damit steuerfinanziert werden. Die Erstattungen der Prämien für die Kinder fließen unmittelbar von den Familienkassen an die Krankenkassen. Die Erstattungen belaufen sich auf eine Höhe von 15,8 Mrd. € pro Jahr und sollen nahezu vollständig aus der Versteuerung der ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge finanziert werden (15,6 Mrd. € jährlich).

Anders als die Autoren der beiden zuvor beschriebenen Modelle äußern sich Rürup und Wille in ihrem Gutachten ausführlich zu alternativen Möglichkeiten zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs für Erwachsene mit niedrigem Einkommen: Hier wird sowohl eine Steuer- als auch eine Beitragsfinanzierung erwogen.

Eine Steuerfinanzierung könne entweder – auf dem Weg der direkten Steuer – über einen Gesundheitsaufschlag auf den Solidaritätszuschlag in Höhe von 11,9 Prozentpunkten oder – auf dem Weg über indirekte Steuern – über eine Anhebung des Normalsatzes der Umsatzsteuer in Höhe von 2,5 Prozentpunkten erfolgen. Für den Einkommensausgleich gilt dann eine Belastungsgrenze in Höhe von

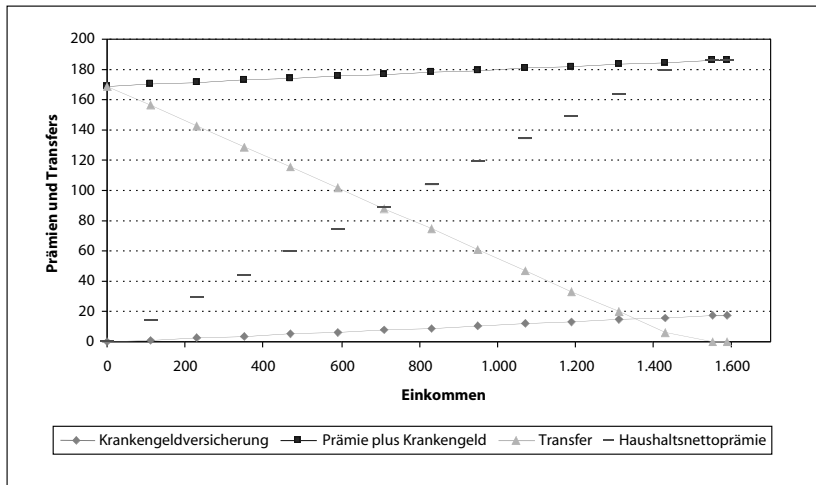
12,5 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen.³⁵ Übersteigt die Belastung aus (GKV-durchschnittlicher) Prämie plus einkommensabhängiger Krankengeldversicherung (!) diese Belastungsgrenze, erhalten die Versicherten Beitragszuschüsse. Durch die Berücksichtigung der einkommensabhängigen Krankengeldversicherung ist auch die Gesamtabgabensumme einkommensabhängig, was dazu führt, dass die Nettoprämie auch oberhalb eines Einkommens von 1.482 €, ab dem die Transferzahlungen eingestellt werden, weiterhin mit dem Einkommen steigt (Abbildung 5).³⁶ Bis zu diesem Betrag beträgt die Grenzbelastung des Einkommens 12,5 %, danach sinkt sie auf 1,1 % ab.

Um in den Genuss der Transfers zu gelangen, müssen die Versicherten den Krankenkassen gegenüber mit Einkommensteuerbescheinigungen oder anderen Einkommensnachweisen belegen, dass sie zuschussberechtigt sind. Die Krankenkassen prüfen die Zuschussberechtigung und gewähren ggf. Prämienzuschüsse. Die Aufwendungen für die Prämienzuschüsse können die Krankenkassen gegenüber dem Bundesversicherungsamt geltend machen, das wiederum einen Bundeszuschuss in gleicher Höhe aus dem Bundeshaushalt erhält. Nach Berechnungen von Rürup und Wille ergibt sich aus dieser Regelung ein Finanzierungsbedarf von insgesamt 22,5 Mrd. € jährlich, der auch Steuerausfälle von rund 3,7 Mrd. € wegen zusätzlicher steuerlicher Abzugsmöglichkeiten für Vorsorgeaufwendungen beinhaltet.

35 Der sozialrechtliche Begriff „Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“ wird schon heute von den Krankenkassen verwendet, um die Berechtigung von Versicherten zu Zuzahlungsbefreiungen zu prüfen. Berücksichtigt wird nicht nur Arbeitseinkommen, sondern auch Einkünfte aus Kapitalvermögen und Gewerbebetrieb. Die Verrechnung zwischen positiven und negativen Einkünften ist der verschiedenen Einkommensarten ist im Gegensatz zum Steuerrecht nicht zulässig (Rürup/Wille 2004: 15).

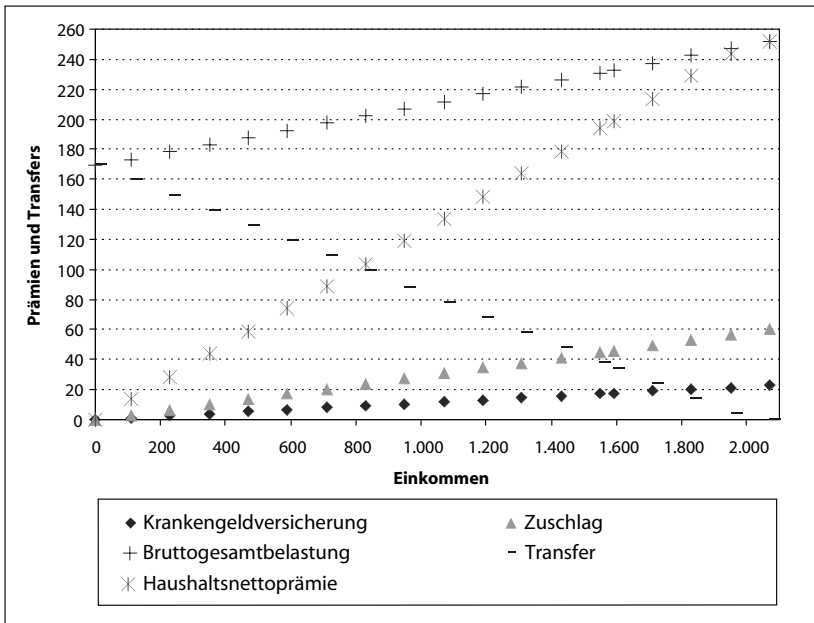
36 In Anlehnung an die Angaben der Herzog-Kommission wurde in der Abbildung ein Beitrag in Höhe von 1,1% des Einkommens zur Finanzierung der Krankengeldversicherung angesetzt.

Abbildung 5: Prämie, Beitrag zur Krankengeldversicherung, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit von den Bruttoeinnahmen im Modell von Rürup/Wille, Variante steuerfinanzierter sozialer Ausgleich



Eine zweite Möglichkeit sehen Rürup und Wille in der Beitragsfinanzierung über einen einkommensabhängigen Zuschlag auf die bisherigen beitragspflichtigen Einkommen in Höhe von 2,9 Prozentpunkten. Mit dieser Variante wollen Rürup und Wille den in der Debatte geäußerten Bedenken gegen die Stetigkeit und Verlässlichkeit eines steuerfinanzierten Transfermechanismus Rechnung tragen. Die Belastungsgrenze bleibt in dieser Variante unverändert bei 12,5 % der Bruttoeinnahmen. Ein Zuschuss wird nun allerdings dann gewährt, wenn die Belastung aus Prämie, Krankengeldversicherung und einkommensabhängigem Beitrag zusammen die Belastungsgrenze überschreitet. Entsprechend wird der Einkommensbereich, in dem steuerliche Transfers gezahlt werden erheblich ausgedehnt, auf annähernd 1,988 €. Das Transfervolumen dieser Variante liegt entsprechend höher und wird von Rürup und Wille auf 26 Mrd. € beziffert. Die Arbeitgeber führen den einkommensabhängigen Beitrag an das Bundesversicherungsamt ab, das wiederum die Mittel an die einzelnen Krankenkassen auf der Grundlage der jeweils zuschussberechtigten Mitglieder verteilt.

Abbildung 6: Prämie, Beitrag zur Krankengeldversicherung, Transfer und Nettoprämie in Abhängigkeit von den Bruttoeinnahmen im Modell von Rürup/Wille, Variante beitragsfinanzierter sozialer Ausgleich



Die Vorteile des von ihnen vorgeschlagenen Prämienmodells stellen die Autoren in ihrem Gutachten folgendermaßen dar:

- Das Steuer-Transfer-System sei der erstbeste Ort für Einkommensumverteilung. Die mit der Trennung von Risiko- und Einkommensausgleich entstehende Transparenz sei die zentrale Voraussetzung dafür, die Effektivität und die Effizienz sowohl des Versicherungsausgleichs als auch der Umverteilungspolitik beurteilen und erhöhen zu können (Rürup/Wille 2004: 11).
- Die Abkehr von der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen erhöhe die individuelle Beitragsäquivalenz und entlaste die GKV von einer weiteren, der Zielsetzung nach gesamtgesellschaftlich ausgerichteten, Umverteilungsfunktion.³⁷ Hierdurch werde das Ziel der Familienförderung an sich nicht in Frage gestellt, sondern in einer ordnungspolitischen korrekten Form durchgeführt (Rürup/Wille 2004: 14).

37 Allerdings wird nur die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten abgeschafft. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bleibt erhalten, wird aber nunmehr über steuerliche Zuschüsse an die Krankenkassen finanziert.

- Steuerfinanzierung des Transfermechanismus über den Solidaritätszuschlag: Da die Einkommensteuer progressiv ausgestaltet ist, keine Beitragsbemessungsgrenze kennt und sich auf das gesamte steuerpflichtige Einkommen bezieht, belaste der Zuschlag Versicherte mit niedrigerem Einkommen nicht nur absolut, sondern auch relativ schwächer. Darüber hinaus beteiligen sich auch PKV-Versicherte an der Finanzierung des Einkommensausgleiches (Rürup/Wille 2004: 16 f.).
- Eine politische Einflussnahme auf den Umfang des Transfermechanismus sei bei einer Steuerfinanzierung wesentlich transparenter, während in beitragsfinanzierten Systemen eine politisch gewollte Rücknahme des Umverteilungsvolumens weniger offensichtlich ist (z. B. in Form von Leistungskürzungen und »Verschiebepahnhöfen«). Darüber hinaus führe eine Steuerfinanzierung nicht zwangsläufig zu einer Reduzierung sozialversicherungsbezogener Leistungen. Als Beispiel wird hierbei auf den gescheiterten Versuch zur Kürzung des Bundeszuschusses zur Rentenversicherung verwiesen (Rürup/Wille 2004: 18).
- Beitragsfinanzierung des Transfermechanismus: Die Verteilungswirkungen gestalten sich weniger progressiv und PKV-Versicherte seien nicht mehr an der Finanzierung des Transfermechanismus beteiligt. Die Vorteile einer größeren Transparenz und der dauerhaften beschäftigungsfreundlichen Abkopplung der Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitskosten blieben erhalten (Rürup/Wille 2004: 20).³⁸
- Eine Umstellung der GKV-Finanzierung auf einkommensunabhängige Prämien gehe mit einer Entkopplung der GKV-Beiträge von den Arbeitseinkommen einher – mit positiven Wirkungen auf Arbeitsnachfrage und Arbeitsangebot. Von daher seien positive Beschäftigungseffekte zu erwarten (Rürup/Wille 2004: 20).³⁹
- Durch die Umstellung auf einkommensunabhängige Prämien verringere sich auf Dauer der Gesamtabgabenkeil. Aus Arbeitnehmersicht verlieren die GKV-Abgaben damit ihren Lohnsteuercharakter. Eine Erhöhung des Arbeitseinkommens habe keine zusätzlichen Belastungen mit GKV-Beiträgen zur Folge. Verzerrungen blieben allerdings für die Gruppe der zuschussberechtigten Versicherten und als Folge der Einkommensteuerfinanzierung der Zuschüsse erhalten. Aus Arbeitgebersicht führen steigende GKV-Prämien nicht mehr auto-

38 Letzteres gilt natürlich nicht für den Zusatzbeitrag in Höhe von 2,9 % der nach altem Recht definierten beitragspflichtigen Einkommen.

39 Im Gegensatz zum Modell 1 (Rürup et al.) verzichten die Autoren hier auf eine Quantifizierung dieser Beschäftigungswirkungen. Aber: »Das positive Vorzeichen bei den Beschäftigungswirkungen ist eindeutig« (Rürup/Wille 2004: 23).

matisch zu steigenden Arbeitskosten – selbst wenn ein Teil des Prämienanstiegs durch Tarifverhandlungen kompensiert werden sollte (Rürup/Wille 2004: 22 f.).

- Das »Einfrieren« des Arbeitgeberanteils bei Beibehaltung der einkommensbezogenen Finanzierung stelle zum Prämienmodell keine gleichwertige Alternative dar. Steigende GKV-Beiträge würden zwar auch bei einer solchen Lösung nicht mehr automatisch zu höheren Arbeitskosten führen. Dagegen würden steigende Arbeitseinkommen bei konstantem Arbeitgeber-Beitragssatz zu einem Anstieg der Lohnzusatzkosten führen. Der Abgabenkeil bliebe in voller Höhe erhalten und verschiebe sich zu Lasten der Arbeitnehmer. Der lohnsteuerähnliche Charakter der GKV-Beiträge nehme zu (Rürup/Wille 2004: 23 f.).
- Einkommensunabhängige Prämien würden die Konjunktur- und Arbeitsmarktabhängigkeit der heutigen Beiträge überwinden. Sobald der Zuschussbedarf wegen Konjunktur- und Arbeitsmarktproblemen ansteige, fände teilweise eine Verlagerung von sozialen Aufwendungen in das Steuersystem statt (Rürup/Wille 2004: 28).
- Einkommensunabhängige Prämien haben wegen der Trennung von einer strukturell wachstumsschwachen Finanzierungsbasis eine höhere Nachhaltigkeit als einkommensabhängige Prämien (Rürup/Wille 2004: 28).
- Einkommensunabhängige Prämien können ungefähr 30 Prozent der fiskalischen Effekte des demografischen Wandels auffangen, weil durch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben keine Beitragseinbußen entstehen (Rürup/Wille 2004: 28).
- Bei einer externen Finanzierung der Einkommensumverteilung entfalle im Rahmen des Risikostrukturausgleichs der Finanzkraftausgleich. Der RSA könne sich dann auf einen Ausgleich unterschiedlicher Morbiditäten konzentrieren (Rürup/Wille 2004: 28).
- Eine verteilungspolitische Wirkungsanalyse zeige, dass sich beim Übergang zu einkommensunabhängigen Prämien die unteren Einkommenschichten keineswegs schlechter und die mittleren deutlich besser stellen würden als im derzeitigen System (Rürup/Wille 2004: 30).
- Einkommensunabhängige Prämien beseitigen die Ungleichbehandlung von Zwei- gegenüber Einverdienerfamilien. Ein Splittingverfahren im System der einkommensabhängigen Beiträge könnte die Benachteiligung von Zweiverdienerfamilien beheben, was aber auf eine Diskriminierung von Familien gegenüber unverheirateten Paaren hinausliefe (Rürup/Wille 2004: 31).⁴⁰

40 Dies gilt allerdings nicht, wenn gleichzeitig mit Einführung des Splittings auch die Beitragsbemessungsgrenze für Singles entsprechend angehoben wird (vgl. Dräther/Rothgang 2004).

2.8 MODELL 8: BDA

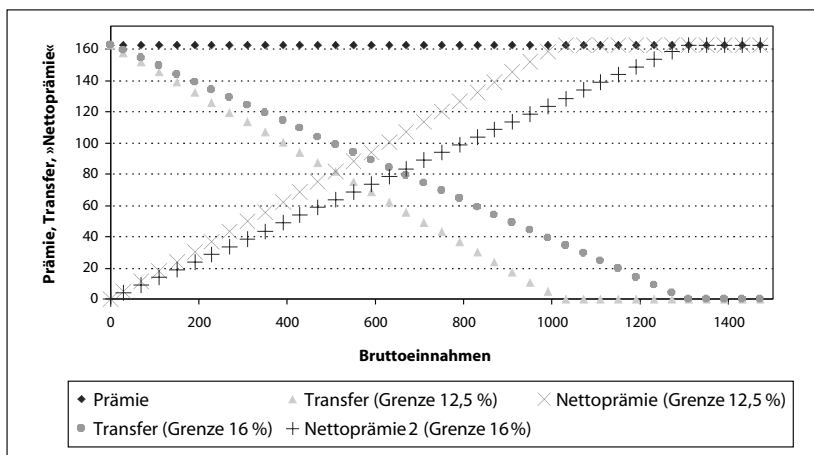
Im September 2004 hat die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände ein eigenständiges Prämienmodell vorgelegt (BDA 2004). Das Modell geht von der Beibehaltung der derzeitigen Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung aus. Nach Kalkulation der BDA können Erwachsene in diesem Modell für durchschnittlich 163 € pro Monat versichert werden. Kinder werden beitragsfrei mitversichert. Zur Kalkulation dieser vergleichsweise niedrigen Prämie wird ein reduzierter Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Als Folge dieses reduzierten Leistungskatalogs ist das Gesamtausgabevolumen im Prämienmodell der BDA im Vergleich zu den GKV-Ausgaben im Jahr 2003 um 31,9 Mrd. € geringer – was im derzeitigen einkommensabhängigen System einer Beitragssatzentlastung von gut drei Prozentpunkten entsprechen würde. Diese Ausgabenreduzierung tritt aber nur dann ein, wenn die Entlastungswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes in vollem Umfang eintreten, das Krankengeld aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen wird, Satzungs- und versicherungsfremde Leistungen entfallen und Zuzahlungen für Versicherte weiter angehoben werden (BDA 2004: 2).

Im Zentrum des BDA-Modells steht die Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs für einkommensschwache Versicherte. Durchgeführt werden soll der soziale Ausgleich durch die Krankenkassen analog des Verfahrens zur Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V. Folgende Anforderungen für die Finanzierung des sozialen Ausgleichs werden von der BDA formuliert (BDA 2004: 4):

1. Es darf zu keiner unmittelbaren oder mittelbaren Mehrbelastung der Betriebe kommen.
2. Bei der Aufbringung der Mittel ist die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen.
3. Die zur Finanzierung erforderlichen Mittel müssen lohnunabhängig sein. Konsequenterweise werden daher die von Rürup/Wille (Modell 7) formulierten Vorschläge zur Finanzierung der Transferzahlungen abgelehnt. Eine Finanzierung über eine Anhebung des Einkommensteuertarifs oder des Solidaritätszuschlags würde die Betriebe belasten. Die Umstellung der Finanzierung auf ein Prämienmodell müsse jedoch für die Betriebe kostenneutral sein. Daher wird auch eine Finanzierung über die Anhebung der Mehrwertsteuer abgelehnt, weil auch diese Maßnahme die Betriebe belasten würde, weil sie eine erhöhte Mehrwertsteuer nicht jederzeit in vollem Umfang über die Preise kompensieren könnten. Darüber hinaus würde eine Erhöhung der Mehrwertsteuer die Finanzierung des Transfermechanismus nicht an die

wirtschaftliche Leistungsfähigkeit koppeln. Der zielgenaue Ausgleich von Einkommensstarken zu Einkommensschwachen könne auf diese Weise nicht gelingen. Abgelehnt wird von der BDA auch ein lohnabhängiger Zuschlag, weil in diesem Falle nicht die vollständige Ablösung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis erreicht werde.

Abbildung 7: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit von den Bruttoeinnahmen im BDA-Modell bei unterschiedlichen Überforderungsgrenzen



Bei einer Belastungsgrenze von 12,5 Prozent des Bruttoeinkommens werden nach Berechnungen der BDA Ausgleichszahlungen von rund 20 Mrd. € pro Jahr notwendig. Finanziert werden sollen die Ausgleichszahlungen zum einen aus dem zusätzlichen Einkommensteueraufkommen aus der Auszahlung des Arbeitgeberanteils und zum anderen aus öffentlichen Mitteln, die ohnehin schon derzeit für Krankenversicherungsbeiträge verwendet werden (insbesondere Bundesmittel für Krankenversicherungsbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II und Mittel der Sozialhilfeträger für Krankenversicherungsbeiträge von Sozialhilfeempfängern).⁴¹ Falls die Gesundheitsausgaben in der GKV nicht wie im oben vorgesehenen Umfang gekürzt werden können bzw. Steuersenkungen zu niedrigeren Einnahmen für die Finanzierung des Transfermechanismus führen, wird im BDA-Modell eine Anhebung der

41 Wenn die Bundesfinanzierung für die genannte Gruppen wegfällt, müssen diese Versicherten ihre Prämien selber zahlen, wodurch in vielen Fällen ein Transferbedarf ausgelöst wird. Dem Papier ist nicht zu entnehmen, ob diese Transferzahlungen bei der Berechnung der Summe des Ausgleichsbedarfs berücksichtigt wurde.

Belastungsgrenze auf 16 Prozent des Bruttoeinkommens vorgeschlagen. Darüber hinaus könnte der Höchstbetrag für den Sonderausgabenabzug für Vorsorgeaufwendungen im Einkommensteuerrecht gekürzt werden. Abbildung 7 enthält die resultierenden Tarifverläufe.

Die erwarteten Vorteile des Prämienmodells hat BDA-Präsident Hundt bei der Vorstellung des Prämienmodells am 13. September 2004 folgendermaßen zusammengefasst:⁴²

- Die Krankheitskosten werden vollständig von den Arbeitskosten entkoppelt, die Personalzusatzkosten dadurch deutlich gesenkt mit der Folge positiver Wirkungen auf Wachstum und Beschäftigung.
- Der soziale Ausgleich werde deutlich zielgenauer über das Steuer- und Transfersystem gesichert.
- Der demografisch bedingte, individuelle Beitragsanstieg werde verringert, weil ein steigender Rentneranteil nicht mehr zu Beitragsmindereinnahmen führe.
- Die Gesundheitsprämie beseitige zahlreiche Ungerechtigkeiten des heutigen Beitragssystems: Doppelverdiener-Haushalte werden nicht mehr gegenüber Alleinverdiener-Haushalten mit gleichem Einkommen diskriminiert. Geringverdiener müssen nicht mehr die beitragsfreie Ehegattenversicherung von Höherverdienern mitbezahlen.

2.9 MODELL 9: FDP

Das im Juni 2004 beschlossene Reformmodell geht von einer Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Alle Versicherungsanbieter sind in diesem Modell private Versicherungsunternehmen, die auf der Basis weitgehend frei gestaltbarer Tarife und der Kostenerstattung für alle Versicherten miteinander konkurrieren. Statt einkommensabhängige umlagefinanzierter Beiträge kalkulieren im Grundsatz alle Versicherungsunternehmen risikogerechte und kapitalgedeckte Prämien. Es sei zu prüfen, ob und in welchem Umfang den Krankenversicherern das Recht eingeräumt werden solle, Ausgleichsforderungen gegen den Bund für diejenigen Versicherten in ihre Bilanzen einzustellen, für die in der Vergangenheit keine Altersrückstellungen gebildet wurden. Die Arbeitgeberzuschüsse zur Krankenversicherung werden als steuerpflichtiger Lohnbestandteil ausgezahlt. Jeder Bürger ist verpflichtet bei einem Krankenversicherer seiner Wahl einen Krankenversiche-

42 Download der Rede unter <http://www.verbaende.com/News.php4?m=27171>

rungsschutz abzuschließen, der die vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelleistungen umfasst (umfassende Versicherungspflicht). Die Regelleistungen dürften nach Aussage der FDP im Wesentlichen auf dem derzeitigen GKV-Leistungskatalog beruhen – mit Ausnahme zahnmedizinischer Leistungen und des Krankengelds.

Die risikogerechte Kalkulation der Prämien wird durch zwei Ausnahmen eingeschränkt. Erstens hat jeder Bürger bei Geburt Anspruch darauf, unabhängig von seinem Gesundheitszustand ohne Risikozuschläge versichert zu werden. Diese Prämie für Kinder soll über Steuern finanziert werden. Zweitens muss jedes Versicherungsunternehmen mit Kontrahierungszwang einen Pauschaltarif anbieten, der ebenfalls nicht risikoäquivalent kalkuliert werden darf. Staatliche Transfers sind für Bürger vorgesehen, die nicht aus eigener Lage die Aufwendungen für diesen Pauschaltarif finanzieren können. In dem Parteitagebeschluss der FDP wird nicht diskutiert, wie diese staatlichen Transferzahlungen finanziert werden sollen. Genauso wenig finden sich Hinweise darauf, wie die oben angesprochenen Ausgleichsforderungen gegenüber dem Bund finanziert werden sollen.

Den Vorteil ihres Modells sieht die FDP vor allem darin, dass ein kapitalgedecktes System die notwendigen Spielräume für die Nutzung des medizinischen Fortschritts eröffnet. Die Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung erhöhe darüber hinaus die Wahlfreiheit der Versicherten. Durch die Ablösung der Krankheitskosten von den Arbeitskosten werde zudem die Wettbewerbsfähigkeit regulärer Beschäftigung in Deutschland verbessert (FDP 2004).

2.10 MODELL 10: FRITZSCHE (RWI)

Der Vorschlag des Mitarbeiters des Rheinisch Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen zielt darauf ab, die bedarfsabhängigen Transferzahlungen in einem Prämienmodell nicht über das Steuersystem zu finanzieren, sondern bei der Kalkulation der Kopfprämie zu berücksichtigen (Fritzsche 2004).

Fritzsche geht in seinem Modell davon aus, dass die derzeitigen Regelungen zur Versicherungspflicht bestehen bleiben – aufgehoben wird allerdings die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern. Kinder werden weiterhin beitragsfrei mitversichert. Die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder soll zwischen den Kassen weiterhin über den Risikostrukturausgleich ausgeglichen werden. Über den RSA sollen die Kassen einen zur Anzahl der Versicherten proportionalen Betrag in einen gemeinsamen Fonds abführen, aus dem die Ausgleichszahlungen – sowohl für Geringverdiener als auch für Kinder – finanziert werden.

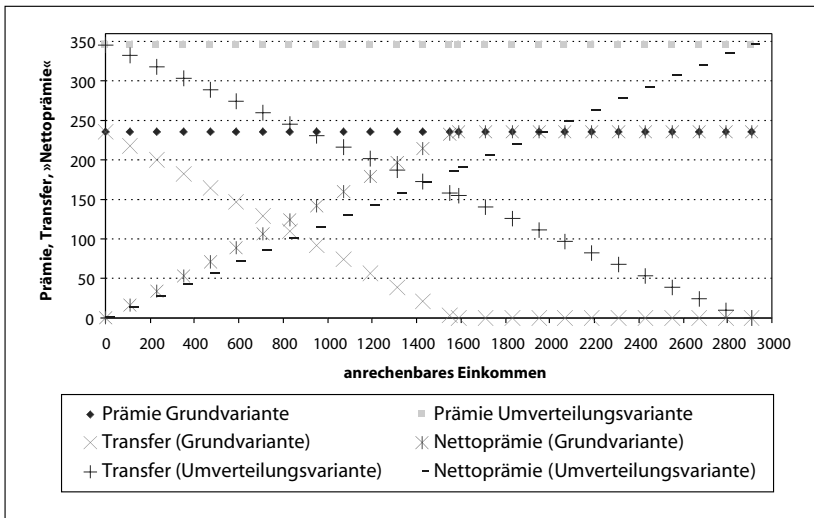
Für Geringverdiener soll der Ausgleich so bemessen werden, dass die Belastung durch Prämienzahlungen abzüglich der Ausgleichszahlungen (*zumutbare Belastung*) für die Versicherten einen vorgegebenen Anteil am Bruttoeinkommen (*anrechenbares Einkommen*) nicht übersteigt. Das anrechenbare Einkommen besteht vor allem aus der Summe der positiven steuerlichen Einkünfte zuzüglich von Lohnersatzleistungen, privaten Unterhaltszahlungen und laufenden Erträgen aus Vermögen. Für Ehe- und Lebenspartner soll das anrechenbare Einkommen beider Partner gesplittet werden. Zur Ermittlung der Ausgleichszahlungen wird ein Normbeitrag zugrunde gelegt, der dem Durchschnitt der Beiträge aller Krankenkassen entspricht.

Die Höhe der Prämien hängt in diesem Modell damit nicht nur von der Höhe der Gesundheitsausgaben, sondern auch von der zumutbaren Belastung ab. Auf der Basis einer Zumutbarkeitsschwelle von 15 Prozent des anrechenbaren Einkommens und den GKV-Ausgaben des Jahres 1998 hat Fritzsche eine Prämie in Höhe von 235 € pro Monat (*Grundvariante*) errechnet. Wird die Zumutbarkeitsschwelle auf 12 Prozent des Einkommens gesenkt, erhöht sich die Prämie bereits auf 345 € pro Monat (*Umverteilungsvariante*). Hochgerechnet auf das Jahr 2003 belaufen sich die Prämien auf 280 € pro Monat in der Grundvariante und auf 390 € pro Monat für die Umverteilungsvariante.⁴³

Wie Abbildung 8 zeigt, ergeben sich Grenzbelastungen des Einkommens in Höhe von 15 % (Grundvariante) bzw. 12 % (Umverteilungsvariante) für Einkommen bis zu 1.567 € (Grundvariante) bzw. 2.875 € (Umverteilungsvariante). In der Umverteilungsvariante bleiben die disincentives to work damit bis in Einkommensbereichen weit oberhalb des Durchschnittseinkommens bestehen.

43 Ob die paritätische Finanzierung beibehalten wird oder die Beitragsteilung zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern beibehalten wird, lässt Fritzsche offen. Darüber sei »politisch zu entscheiden« (Fritzsche 2004: 63).

Abbildung 8: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom anrechenbaren Einkommen im Modell von Fritzsche, beide Varianten



Fritzsche errechnet darüber hinaus auch die Verteilungswirkungen sowohl der Grund- als auch der Umverteilungsvariante. In der Grundvariante werden allein lebende Geringverdiener belastet – vor allem durch die im Vergleich zum durchschnittlichen GKV-Beitrag höhere zumutbare Entlastung. Allein lebende Personen mit mittlerem und höherem Einkommen werden durchgängig entlastet – bis zu 5 Prozent des Bruttolohns. Ein-Verdiener-Ehepaare mit im Status quo mitversicherter Ehepartner werden durchgängig moderat belastet. In der Umverteilungsvariante werden allein lebende Personen über das gesamte Einkommensspektrum entlastet. Die Entlastung fällt bei dieser Variante für mittlere und obere Einkommen deutlich geringer aus als bei der Grundvariante. Ein-Verdiener- Ehepaare mit geringem und mittlerem Einkommen werden moderat entlastet während Ein-Verdiener-Ehepaare mit hohem Einkommen stark belastet werden – bis zu 4 Prozent des Bruttolohns. Die Einkommensverteilung des Haushaltsnettoeinkommens insgesamt würde bei Umsetzung der Grundvariante ungleicher werden – bei Umsetzung der Umverteilungsvariante jedoch gleicher.

Die Motive für die Umstellung der GKV-Finanzierung von einkommensabhängigen umlagefinanzierten Beiträgen auf einkommensunabhängige umlagefinanzierte Prämien sieht Fritzsche vor allem in der Entlastung des Faktors Arbeit und in der Beseitigung verteilungspolitischer Zielverfehlungen.

Einen arbeitsmarktpolitischen Vorteil des Prämienmodells sieht Fritzsche nicht nur in der Entkopplung von Arbeitsentgelt und Beitragsbelastung. In der Umverteilungsvariante (siehe oben) würde das Niveau der zumutbaren Belastung darüber hinaus unter das derzeitige Niveau der GKV-Beitragssätze gesenkt werden. Würde diese Entlastung von 1,5 Prozentpunkten voll für die Senkung der Arbeitskosten genutzt, ergebe sich nach optimistischen Einschätzungen kurzfristig ein Arbeitsplatzeffekt von 300.000 neuen Arbeitsplätzen. Diese Einschätzungen setzen allerdings voraus, dass eine einprozentige Lohnsenkung einen Beschäftigungszuwachs von ebenfalls einem Prozent mit sich bringt. Fritzsche weist allerdings darauf hin, dass pessimistische Einschätzungen von einem deutlich geringeren Beschäftigungszuwachs ausgehen. Gleichzeitig ist mit einer Erhöhung des Arbeitskräfteangebots von bisher nicht erwerbstätigen Ehefrauen zu rechnen, deren Ehemänner eine höhere Abgabenbelastung zu verkraften hätten. Fritzsche schlussfolgert, dass per saldo mit positiven Effekten auf den Arbeitsmarkt als Folge der Umstellung der GKV-Beiträge auf einkommensunabhängige Prämien zu rechnen sei – »wenngleich das Ausmaß zusätzliche Beschäftigung im Vergleich zur bestehenden Arbeitslosigkeit wenig eindrucksvoll erscheinen mag« (Fritzsche 2004: 57).

Fritzsche kritisiert die Verteilungswirkungen des derzeitigen GKV-Systems – insbesondere der beitragsfreien Mitversicherung von erwerbslosen Ehepartnern. Diese beitragsfreie Mitversicherung bewirke eine Umverteilung von unten nach oben, wenn das versicherungspflichtige Einkommen des erwerbstätigen Partners die Beitragsbemessungsgrenze übersteige. Darüber hinaus begünstige die Lohnbezogenheit der Beiträge Versicherte, die bei hohen Einkünften aus Vermögen ein relativ geringes Arbeitseinkommen beziehen würden. Beide Zielverfehlungen würden durch die Umstellung auf einkommensunabhängige Prämien und Ausgleichzahlungen beseitigt werden (Fritzsche 2004: 58).

2.11 MODELL 11: CDU/CSU

Das gemeinsame Modell von CDU und CSU für eine »solidarische Gesundheitsprämie« wurde im November 2004 vorgelegt (CDU/CSU 2004). Das Modell basiert zwar auf dem ein Jahr zuvor vorgelegten Modell der CDU (vgl. Abschnitt 2.6) – unterscheidet sich davon aber in einigen wesentlichen Merkmalen.

Die »solidarische Gesundheitsprämie« von CDU und CSU besteht aus zwei Komponenten. Erstens ist eine *persönliche Gesundheitsprämie* in Höhe von 109 € für jeden versicherten Erwachsenen vorgesehen. Die beitragsfreie Mitversicherung für

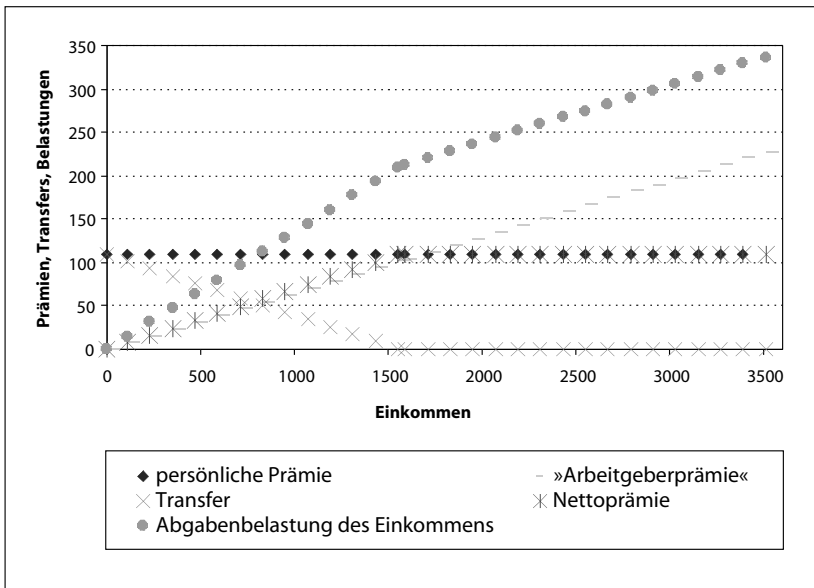
nicht erwerbstätige Ehegatten wird aufgehoben, Kinder werden jedoch zunächst weiterhin beitragsfrei mitversichert. Zweitens ist eine *Arbeitgeberprämie* in Höhe von 60 € vorgesehen. Diese wird finanziert aus der steuerfreien Zahlung des auf 6,5 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens festgeschriebenen Arbeitgeberanteils in ein Sondervermögen. In dieses Sondervermögen sollen darüber hinaus zusätzlich die Beiträge der Sozialversicherungsträger zur Krankenversicherung eingezahlt werden.

Die Belastungsgrenze für Versicherte wird bei 7 Prozent des nicht näher definierten Einkommens festgesetzt. Übersteigen die Prämienzahlungen diese Belastungsgrenze wird der Differenzbetrag »in einem automatisierten Verfahren« (CDU/CSU 2004: 3) unter Zugriff auf das Sondervermögen an die jeweilige Krankenkasse entrichtet. Der Ausgleich zu Gunsten von Versicherten mit niedrigem Einkommen soll durch das Heranziehen des Arbeitgeberbeitrags innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Gleiches gilt zunächst für die Umverteilung zu Gunsten von Familien mit Kindern. CDU und CSU sprechen sich für die Einführung kapitalgedeckter Vorsorgeelemente aus. Dazu könnten auch Beiträge aus dem Sondervermögen verwendet werden.

Die schematische Darstellung in Abbildung 9 zeigt die resultierenden Prämien, Transfers und Belastungen. Die »persönliche Prämie« liegt in diesem Modell deutlich niedriger als in allen anderen zuvor beschriebenen Modellen. Dies begrenzt den Kreis der Transferbezieher. Andererseits liegt – wegen der Beibehaltung des Arbeitgeberbeitrags – die Belastungsgrenze bereits bei nur 7 %, also etwa dem derzeitigen vom Arbeitnehmer zu tragenden Beitragssatz. Dieser niedrige Satz vergrößert den Kreis der Transferempfänger. Beides zusammen bewirkt, dass Einkommen bis zu 1.557 € zum Bezug des Transfers berechtigen. Zugleich bleibt aber der Arbeitgeberbeitrag als proportionale Abgabe auf das Einkommen bestehen.⁴⁴ Bis zur Beitragsbemessungsgrenze wird zusätzliches Einkommen daher weiterhin mit einem Satz von 6,5 % belastet. Die resultierende Kurve der gesamten Abgabenbelastung des Einkommens ist daher doppelt geknickt: Bis zu einem monatlichen Einkommen von 1.557 € beträgt ihre Steigung 13,5 %, danach beläuft sie sich bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 3.487,50 € auf 6,5 % und erst danach wird weiteres Einkommen nicht mehr mit Abgaben zur Finanzierung der GKV belastet.

44 Nähere Aussagen zum Einkommensbegriff werden im Papier der CDU/CSU nicht gemacht. Deshalb werden alle Abgaben in der Abbildung lediglich auf das »Einkommen« bezogen. Allerdings ist es sachlich nahe liegend, den Arbeitgeberbeitrag nur auf das Arbeitseinkommen zu beziehen, für die Berechtigung des Transfers aber einen weiteren Einkommensbegriff zugrunde zu legen.

Abbildung 9: Prämien, Transfer, Nettoprämie und Belastung des Einkommens eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Einkommen im CDU/CSU-Modell



Die prämienfreie Mitversicherung für Kinder soll mittel- bis langfristig aus Steuermitteln finanziert werden. Dazu soll der Spitzensteuersatz in geringerem Ausmaß sinken als ursprünglich in den Reformplänen der Parteien vorgesehen – statt um 6 Prozentpunkte nur um 3 Prozentpunkte. Eine notwendige Zwischenfinanzierung werde durch die Arbeitgeberbeiträge gesichert.

Zum notwendigen Ausgleichsvolumen zur Finanzierung der Umverteilung zu Lasten niedriger Einkommen und zur Finanzierung der Umverteilung zu Lasten der Familien mit Kindern finden sich in dem Papier ebenso wenig Angaben wie zum notwendigen Finanzierungsbedarf für die Einführung kapitalgedeckter Vorsorgeelemente. Angaben über den Umfang des zu finanzierenden Leistungskatalogs werden ebenfalls nicht gemacht.

Die Vorteile ihres Modells sehen CDU und CSU vor allem darin, dass die Anreize für Mehrarbeit bei den Arbeitnehmern und die Anreize zur Schaffung von Arbeitsplätzen bei den Arbeitgebern durch Abkopplung der Gesundheitskosten von den Lohnkosten steigen würden. Darüber hinaus würde der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensiviert, weil in Zukunft ein Versicherter mit 1.000 € Monatseinkommen für die Versicherungen ein gleich guter Kunde sei wie ein Versicherter

mit 3.500 € Monatseinkommen.⁴⁵ Darüber hinaus könne die aufwändige Bürokratie für den Ausgleich unterschiedlicher Einkommensstrukturen der Versicherten im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entfallen.

2.12 MODELL 12: SVR WIRTSCHAFT

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung rät in seinem Jahresgutachten 2004/05 von der Umsetzung des Modells 11 ab. Dieses würde die Nachteile des gegenwärtigen Systems kaum beseitigen, gleichzeitig kämen die Vorteile eines Pauschalbeitragssystems kaum zur Geltung. Das System wirke äußerst kompliziert und noch undurchsichtiger als das gegenwärtige (SVR Wirtschaft 2004: 554).

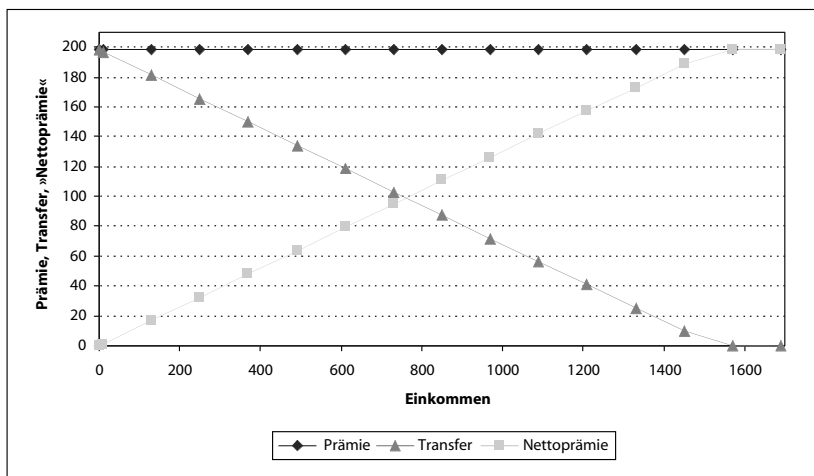
Alternativ schlägt der Sachverständigenrat sein Modell einer »Bürgerpauschale« vor. Dieses Modell geht davon aus, dass »sowohl in allokativer als auch in distributiver Hinsicht eine Pflichtversicherungsgrenze und die mit ihr verbundene Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes ökonomisch nicht begründbar ist« (SVR Wirtschaft 2004: 516). Im Modell des Sachverständigenrates wird deshalb die gesamte Wohnbevölkerung versicherungspflichtig. Der Leistungskatalog basiert auf dem Leistungskatalog des Status quo ausschließlich Krankengeld. Die Prämien werden im Umlageverfahren kalkuliert – eine kollektive oder individuelle ergänzende Kapitaldeckung ist optional und wird als sinnvoll erachtet. Die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten entfällt. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bleibt in der Grundvariante erhalten. Die Bürgerpauschale kann sowohl von gesetzlichen Krankenkassen als auch von privaten Krankenversicherungen angeboten werden. Gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen konkurrieren demzufolge auf einem einheitlichen Versicherungsmarkt. Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich für alle am Markt tätigen Krankenversicherer ist vorgesehen. Die derzeitigen Arbeitgeberbeiträge werden als Bruttolohnbestandteil ausbezahlt und in die Besteuerung und Verbeitragung einbezogen. Auch die Rentenversicherungsträger erhöhen die Bruttorente um den Anteil des Krankenversicherungsbeitrags der Rentner, den sie bisher direkt an die Krankenkassen überwiesen haben (SVR Wirtschaft 2004: 530 f.).

Bei Beibehaltung des derzeitigen GKV-Leistungskatalogs (ohne Krankengeld) und Einbeziehung der gesamten Wohnbevölkerung in die Versicherungspflicht

45 Allerdings wird dies auch derzeit schon weitgehend (und in Zukunft vollständig) durch den Finanzausgleich als Teil des Risikostrukturausgleichs gewährleistet.

sowie einer beitragsfreien Mitversicherung von Kindern würde der Pauschalbeitrag nach Angaben des Sachverständigenrats durchschnittlich 198 € monatlich betragen. Bei der Gestaltung des sozialen Ausgleichs geht der SVR von einer Belastungsgrenze von 13 Prozent des anrechenbaren Einkommens aus, das auf den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt basiert. Abbildung 10 enthält die resultierenden Verläufe für Prämie, Transfer und Nettoprämie. Wie die Abbildung zeigt, entsprechen diese Verläufe grundsätzlich denen etwa in Modell 1. Der Unterschied zu Modell 7 ergibt sich daraus, dass die Krankengeldversicherung in Abbildung 10 nicht enthalten ist.⁴⁶ Auch im Modell des Sachverständigenrates ergibt sich damit eine hohe Grenzbelastung des Einkommens in Höhe von 13 % und zwar bis zu einem Einkommen von 1523 €.

Abbildung 10: Prämien, Transfer, Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Einkommen im SVR-Modell



Der sich ergebende Zuschussbedarf für die Transfers wird vom Sachverständigenrat auf rd. 30 Mrd. € beziffert. Insgesamt wären rund 31 Millionen Personen (38 Prozent der Bevölkerung) zuschussberechtigt. Bei einer kollektiven Kapitaldeckung und einer Pauschale von insgesamt 220 € würde das Zuschussvolumen 38,5 Mrd. € betragen. Steuererhöhungen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs sind nach Ansicht des SVR unumgänglich. Die vorgeschlagene Auszahlung des Arbeitgeber-

⁴⁶ Allerdings will auch der Sachverständigenrat die Krankengeldzahlung aus dem GKV-Leistungskatalog herauslösen. Wird eine eigenständige Krankengeldversicherung berücksichtigt, ergibt sich dann ein Tarifverlauf, der dem für Modell 7 gleicht.

beitrags erbringt nach Berechnungen des Rates 16 bis 17 Mrd. €. Somit müssen zur Aufbringung des gesamten Zuschussbedarfs im reinen Umlagesystem mindestens 13 Mrd. € durch Steuererhöhungen aufgebracht werden. Dies könne durch folgende Maßnahmen erfolgen (SVR Wirtschaft 2004: 538):

- Erhöhung des Solidaritätszuschlags auf die Einkommensteuerschuld um 6,5 Prozentpunkte für alle lohn- und einkommensteuerpflichtigen Personen (nicht für Körperschaften).
- Parallelverschiebung des Einkommensteuertarifs nach oben (zusätzliche proportionale Einkommensteuer in Höhe von 1,8 Prozent auf zu versteuernde Einkommen über dem Grundfreibetrag).
- Erhöhung des Normalsatzes der Umsatzsteuer von 16 Prozent um 1,7 Prozentpunkte auf 17,7 Prozentpunkte.

Nach den Berechnungen des Sachverständigenrates sei der Umverteilungseffekt zu Gunsten niedriger Einkommen bei der Finanzierung über eine proportionale Einkommensteuer größer als bei der Umsatzsteuerfinanzierung. Gleichzeitig sei aber die Umsatzsteuerfinanzierung hinsichtlich Wachstums- und Beschäftigungsfreundlichkeit vorteilhafter. Die Erhöhung des Solidaritätszuschlags wird abgelehnt, weil die Reduzierung des Abgabenkeils in dieser Variante zu gering ausfallen würde.

Als Vorteile seines Modells der »Bürgerpauschale« postuliert der Sachverständigenrat (SVR Wirtschaft 2004: 511):

- Die Gesundheitskosten werden von den Arbeitskosten abgekoppelt,
- die Erosion der lohnbezogenen Beitragsgrundlage werde beseitigt,
- der unverzichtbare soziale Ausgleich werde transparenter und könne zielgenauer erreicht werden, indem er in das Steuer- und Transfer-System verlagert wird,
- der beschäftigungsfeindliche Abgabenkeil werde reduziert und damit die Grenzbelastungen für den Großteil der Arbeitnehmer deutlich gesenkt,
- das Äquivalenzprinzip werde gestärkt.

2.13 UMVERTEILUNGSDIMENSIONEN IN DEN KOPFPRÄMIENMODELLEN

Mit Ausnahme der Modelle 10 und 11 haben alle hier vorgestellten Kopfprämienmodelle gemeinsam, dass die Umverteilung von höheren Einkommen zu niedrigen Einkommen aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausgelöst und in das Steuersystem verlagert werden soll (vgl. Tabelle 1). Allen Modellen ist weiterhin

gemeinsam, dass die Umverteilung zu Gunsten nicht erwerbstätiger Ehepartner und zu Lasten von Singles und Zweiverdienerehepaaren ebenfalls aus der GKV herausgenommen werden soll. Keines der hier vorgestellten Modelle sieht vor, dass im Steuersystem eine ähnliche Umverteilungsfunktion eingerichtet werden soll – es sei denn, der Haushalt insgesamt hat wegen geringen Einkommens Anspruch auf Ausgleichszahlungen.

Tabelle 1: Umverteilungsdimensionen in der GKV und in Kopfprämienmodellen

	Einkommen	Kinder	Ehepartner	Risiko	Alter	Geschlecht
Status quo	+	+	+	+	+	+
Rürup et al.	-	+	-	+	+	+
Knappe et al.	-	-	-	+	+	+
Zweifel et al.	-	-	-	-	-	-
Henke et al.	-	+	-	+	-	+
Herzog-Kommission	-	+	-	+	-	+
CDU	-	-	-	+	-	+
Rürup/Wille	-	-	-	+	+	+
BDA	-	+	-	+	+	+
FDP	-	-	-	-	-	-
Fritzsche	+	+	-	+	+	+
CDU/CSU	+	+	-	+	+	+
SVR	-	+	-	+	+	+

Quelle: eigene Darstellung.

Unterschiede gibt es in den Modellen bei der Beitragspflicht von Kindern. In sieben der Modelle sind Kinder weiterhin beitragsfrei mitversichert, in fünf Modellen ist dies nicht der Fall.⁴⁷ Fast allen Modellen – mit Ausnahme der Modelle 3 und 9 in denen risikoabhängige Prämien als Regelfall gefordert werden – ist gemeinsam, dass die Umverteilung von guten zu schlechten Risiken ebenso in der GKV verbleiben soll wie die Umverteilung von Frauen zu Männern. Die Modelle unterscheiden sich jedoch sehr darin, wie die Umverteilung von jungen Versicherten zu alten Versicherten zukünftig geregelt werden soll. Alle Modelle, die auf die Bildung von

⁴⁷ Kinder sind auch dann nicht beitragsfrei mitversichert, wenn sie zwar selbst keine Prämie zahlen müssen, diese aber durch eine dritte Seite – etwa durch die Kindergeldstelle – getragen wird.

Alterungsrückstellungen setzen, entfernen dieses Umverteilungselement aus der GKV, weil zumindest im Endzustand dieser Modelle ältere Versicherte wegen des gebildeten Kapitalstocks nicht auf die Umverteilung zu Lasten von Jüngeren angewiesen sind.⁴⁸ Modelle auf der Basis von risikoabhängigen Prämien ohne Kapitalbildung kalkulieren kohortenspezifische Prämien, so dass die Prämien im Alter ansteigen und auch hier keine Umverteilung zu Lasten der jüngeren Generation stattfindet.

48 Allerdings zeigt die Realität der privaten Krankenversicherung, dass die als lebenslang konstant kalkulierten Prämien wegen des medizinisch-technischen Fortschritts, wegen Preissteigerungen und wegen einer steigenden Lebenserwartung nicht konstant gehalten werden können. Bei der Anpassung der Prämienkalkulation hängt es von der Ausgestaltung ab, ob sie von den jeweiligen Kohorten finanziert werden, oder ob es hierbei auch zu Umverteilungen von Jung zu Alt (im Querschnitt) sowie zwischen den Kohorten kommt.

3. BEWERTUNG DER MODELLE ZUR FINANZIERUNG DER GKV DURCH KOPFPRÄMIEN

Aus der Beschreibung der Kopfprämienmodelle im vorigen Abschnitt lässt sich eine Reihe von – postulierten – Vorteilen dieser Modelle ableiten. In Tabelle 2 wird ausgewiesen, auf welche Vorteile die Protagonisten der jeweiligen Modelle jeweils explizit verweisen.

Tabelle 2: Postulierte Vorteile der Kopfprämienmodelle

	Höhere Nachhaltigkeit der Finanzierung	Höhere Beschäftigung	Mehr Verteilungsgerechtigkeit	Höhere Effizienz des Krankenversicherungsmarktes	Abfederung des demographischen Risikos	Gleiche Wettbewerbsbedingungen für PKV und GKV	Wegfall bzw. Reduktion des RSA
Modell 1: Rürup et al.	+	+	+	+	-	-	+
Modell 2: Knappe/Arnold	+	+	+	+	-	+	+
Modell 3: Zweifel/Breuer	-	-	+	+	-	+	+
Modell 4: Henke et al.	-	+	+	+	+	+	-
Modell 5: Herzog-Kommission	-	-	-	-	+	-	-
Modell 6: CDU	-	+	+	-	+	-	-
Modell 7: Rürup/Wille	+	+	+	-	-	-	+
Modell 8: BDA	-	+	+	-	-	-	-
Modell 9: FDP	-	+	-	+	+	-	-
Modell 10: Fritzsche	-	+	+	-	-	-	-
Modell 11: CDU/CSU	-	+	-	+	-	-	+
Modell 12: SVR Wirtschaft	+	+	+	+	-	+	-

Quelle: eigene Darstellung.

In fast allen Modellen wird die Ablösung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten in den Mittelpunkt gestellt. Als Folge wäre erstens die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltiger als in der derzeitigen GKV. Zweitens ergäben sich positive Beschäftigungseffekte. Eine Mehrheit der Modelle betont darüber hinaus die höhere Verteilungsgerechtigkeit, die durch einen steuerfinanzierten Transfermechanismus im Vergleich zur beitragsfinanzierten Umverteilung erreicht werden könne. Ein weiterer Vorteil von Kopfprämienmodellen bestünde in einem effizienteren Krankenversicherungsmarkt durch die verbesserte Preisfunktion von Kopfprämien. Nur ein Teil der Modelle verbindet Kopfprämien mit Kapitaldeckung. Die Vertreter dieser Modelle sehen vor allem die Abfederung des demografischen Wandels als Vorteil. Vier der hier betrachteten Modelle fordern darüber hinaus die Überwindung der Systemgrenzen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und postulieren demzufolge die Gleichbehandlung der gesamten Wohnbevölkerung als Vorteil ihrer Modellvarianten. Der Wegfall bzw. die verminderte Bedeutung des Risikostrukturausgleichs wurde vor allem in den historisch ersten Varianten von Kopfprämienmodellen als Vorteil gesehen.

Die nachstehende Bewertung der Modelle erfolgt jeweils in zwei Schritten: Im ersten Schritt wird analysiert, ob die von den Protagonisten der Modelle behaupteten Vorteile der Modelle einer kritischen Betrachtung standhalten. Im zweiten Schritt werden – wo dies möglich und sinnvoll ist – funktionale Äquivalente identifiziert, die Defizite der einkommensabhängigen GKV-Finanzierung im Rahmen des bestehenden Systems beseitigen können.

3.1 HÖHERE NACHHALTIGKEIT DER GKV-FINANZIERUNG DURCH KOPFPRÄMIEN?

Ein wesentlicher Vorteil der Umstellung der GKV-Finanzierung auf einkommensunabhängige Prämien besteht nach Aussage der oben beschriebenen Modelle in der Ablösung der GKV-Finanzierung von den Arbeitskosten. Folge wären nicht nur positive Beschäftigungswirkungen (vgl. Abschnitt 3.2), sondern auch eine höhere »Nachhaltigkeit« der GKV-Finanzierung (vgl. insbesondere Modelle 1, 2, 7 und 12). Das letztgenannte Argument wird vor allem folgendermaßen begründet:

- Zur Finanzierung ihrer Kopfprämien verwenden Versicherte ihr gesamtes Einkommen und nicht nur ihr Arbeitseinkommen. Dadurch werden etwaige Verschiebungen zwischen den Einkommensarten – wie z. B. ein sinkender Anteil an Einkommen aus unselbstständiger Arbeit – für die GKV-Finanzierung irrelevant.

- Für die steuerfinanzierten Ausgleichszahlungen würden alle steuerpflichtigen Einnahmen herangezogen. Auch die Finanzierung des sozialen Ausgleichs wird damit auf eine breitere Basis gestellt.
- Ein steigender Anteil von Rentnerinnen und Rentnern führe nicht automatisch zu Einnahmeverlusten für die gesetzliche Krankenversicherung.

Bewertung

Es ist unstrittig, dass die GKV ein Einnahmeproblem hat. Einerseits steigen die Gesundheitsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung regelmäßig mindestens so stark wie das Bruttoinlandsprodukt. Andererseits wurde das Wachstum auf der Einnahmenseite in der Vergangenheit nicht nur durch im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt unterproportionale Zuwächse der Erwerbseinkommen (sinkende Lohnquote) sowie zurückgehende beitragspflichtige Erwerbstätigkeit begrenzt. Auch die staatlich induzierten »Verschiebebahnhöfe« zu Gunsten anderer Sozialversicherungsträger haben die Einnahmebasis der GKV geschwächt. Folge dieser Entwicklung sind kontinuierlich steigende Beitragssätze in der GKV. Insofern ist der Problemdiagnose zuzustimmen.

Zutreffend ist auch, dass mit dem Umstieg auf Kopfpauschalen automatisch *alle Einkommensarten* zur GKV-Finanzierung herangezogen werden. Je nach Ausgestaltung seiner Finanzierung gilt das grundsätzlich auch für den sozialen Ausgleich. Allerdings überzeugt das zunächst bei einer statischen Betrachtung. Schon der Begriff der Nachhaltigkeit verweist aber auf eine dynamische Sichtweise. Im Zeitverlauf werden die Gesundheitsausgaben steigen und damit auch die Gesundheitsprämie – schließlich sind kostentreibende Faktoren wie der medizinisch-technischer Fortschritt von der Umstellung der Finanzierung vollkommen unberührt. Mit steigenden Kopfprämien wächst aber auch der Anteil der Bevölkerung, der berechtigt ist, den sozialen Ausgleich in Anspruch zu nehmen⁴⁹ und damit der Transferbedarf. Hierfür ist aber in keinem der Modelle Vorsorge getroffen. Jeweils beruht das ermittelte Transfervolumen auf einer aktuellen Momentaufnahme der Kosten. Insbesondere die Modelle, die den Transfer durch die Steuereinnahmen finanzieren wollen, die durch die steuerpflichtige Auszahlung des festgeschriebenen Arbeitgeberanteils generiert werden, haben keinerlei Vorsorge für ein *steigendes Transfervolumen* getroffen. Aber auch selbst der Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung hat lediglich Vorschläge vorgelegt, um das aktuelle Transfervolumen durch eine Steuererhöhung zu finanzieren. Steigen dagegen die

49 Ein derartiger Effekt konnte in den letzten Jahren in der Schweiz beobachtet werden.

Kopfprämien und erhöht sich dadurch der Transferbedarf, stellt sich jedes Jahr aufs Neue die Frage, wie weitere Einnahmen zur Finanzierung dieses Transfers generiert werden können. In Reaktion hierauf sind ad hoc Maßnahmen entweder zur Leistungskürzung (um so den Anstieg der Kopfpauschalen zu begrenzen), zur Erschließung weiterer Einkommensquellen oder (um bei steigenden Kopfprämien den Transferbedarf zu stabilisieren) zur Begrenzung des sozialen Ausgleichs zu erwarten.

Dabei erscheint die letzte Option die wahrscheinlichste zu sein. So können Anspruchsberechtigungen in steuerfinanzierten Sozialsystemen im Grundsatz leichter gekürzt werden als in beitragsfinanzierten Sozialsystemen.⁵⁰ Dies gilt besonders in Konjunkturphasen schwachen Wachstums – wenn die Steuereinnahmen besonders niedrig und die Notwendigkeit zur Umverteilung an Bedürftige besonders hoch ist. Ein Haushaltsposten »Subventionierung von Kopfprämien« müsste im Bundeshaushalt mit allen anderen Haushaltsposten konkurrieren. Es besteht eine hohe und ernst zu nehmende Gefahr, dass sich die Höhe dieses Haushaltspostens und daraus abgeleitet der Transferanspruch der Bedürftigen nicht aus dem wie auch immer definierten »Bedarf der Bedürftigen«, sondern aus den Konsolidierungsanforderungen des Bundeshaushalts ableitet. Diese Entwicklung ist besonders dann nicht unwahrscheinlich, wenn auch der Konsolidierungsbedarf des Bundeshaushalts besonders hoch ist – in Konjunkturphasen schwachen bis stagnierenden Wirtschaftswachstums.⁵¹ Insoweit die vorgestellten Modelle auf die Problematik steigender Gesundheitskosten keine Antwort bieten, können sie deshalb sicherlich nicht als »nachhaltig« bezeichnet werden.

Nicht zwingend ist auch das Argument, dass in einem einkommensunabhängig finanzierten System ein *steigender Anteil von Rentnerinnen und Rentnern* zu einer positiveren Einnahmeentwicklung führt als im derzeitigen System. Die Effekte einer steigenden Rentnerzahl in der einkommensabhängigen Finanzierung hängen nämlich von der Arbeitsmarktentwicklung ab: Führt die Verrentung eines Beschäftigten dazu, dass sein Arbeitsplatz wegfällt, sinken die GKV-Einnahmen nämlich regelmäßig dann, wenn – und das ist der Regelfall – die beitragspflichtigen Renteneinnahmen niedriger sind als das beitragspflichtige Erwerbseinkommen. Wird der »verwaiste« Arbeitsplatz des »Neurentners« dagegen durch einen Arbeitslosen bzw.

50 Rürup/Wille verweisen allerdings mit Recht darauf, dass auch die beitragsfinanzierte GKV nicht immun gegen Interventionen des Gesetzgebers ist – zum Beispiel durch Interventionen zu Gunsten anderer Sozialversicherungsträger.

51 Diese Gefahr wird etwa durch die Forderung des Bundesfinanzministers Eichel treffend illustriert, den Bundeszuschuss zur Gesetzlichen Rentenversicherung einzufrieren: »Der Bundeszuschuss ist in den letzten Jahren mit einer Dynamik gewachsen – das kann so nicht weitergehen« (Süddeutsche Zeitung vom 30.5.2003, S. 23).

sogar einen Arbeitnehmer aus der stillen Reserve wiederbesetzt, verbessert sich die Einnahmesituation der GKV sogar. So ist es zutreffend, dass Verschiebungen zwischen den Statusgruppen der Beschäftigten, Rentner, Arbeitslosen und beitragsfreien Mitversicherten in einer mit einkommensbezogenen Beiträgen finanzierten GKV zu Einnahmeeffekten führen. Allein aus einer zunehmenden Rentnerzahl kann aber nicht geschlossen werden, dass dies zu Einnahmeverlusten führt, da das zahlenmäßige Verhältnis der drei anderen Gruppen von der Verrentung nicht unberührt bleibt. Insofern führt ein steigender Anteil von Rentnern nicht zwingend zu Einnahmeausfällen in der einkommensabhängig finanzierten GKV.

Alternativen

Die Nachhaltigkeit der Finanzierung der einkommensabhängigen Beitragserhebung kann auch innerhalb des derzeitigen Systems erhöht werden. Eine Umstellung auf einkommensunabhängig kalkulierte Kopfprämien ist dazu weder notwendig noch hinreichend. Mögliche Maßnahmen wären insbesondere die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage durch Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht und ein »negatives Ehegattensplitting« bei Personen mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (siehe Abschnitt 3.3). Die Beitragserhebung könnte bei Verbreiterung der Bemessungsgrundlage im Auftrag der Krankenkassen durch die Finanzämter erfolgen. Ein solches Verfahren wäre zwar mit zusätzlichen Verwaltungskosten verbunden, die aber nicht höher sein dürften als bei der Einrichtung und Durchführung eines steuerfinanzierten Transfermechanismus. Mittel- und langfristig könnte die Nachhaltigkeit der Einnahmen für die GKV zudem durch die Anhebung bzw. im Extrem Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze erhöht werden, durch die ein proportionaler Einkommenssteuertarif in der Beitragsfinanzierung nachgebildet würde. Auch eine Verbreiterung der Basis der versicherungspflichtigen Personen würde mit hoher Wahrscheinlichkeit zu verstetigten Einnahmen für die GKV führen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass gegenwärtig aufgrund der Quersubventionierung von PKV-Patienten zu GKV-Patienten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Nettoeffekt einer solchen Maßnahmen schwer zu quantifizieren ist (Greß/Wasem 2001).

3.2 MEHR BESCHÄFTIGUNG DURCH KOPFPRÄMIEN?

Der wohl wichtigste Vorteil der Umstellung der GKV-Finanzierung auf einkommensunabhängige Kopfprämien liegt nach Aussage fast aller Modelle in der Trennung

von Arbeits- und Gesundheitskosten und der daraus resultierenden steigenden Beschäftigung. Die Beschäftigungswirkungen sollen einerseits daraus entstehen, dass die Entkopplung von Lohn und Gesundheitskosten die Löhne reduziert und dies zu einer – im Vergleich zum Status quo – höheren Arbeitsnachfrage der Unternehmer führt, entweder durch den Verzicht von Arbeitsplatzabbau oder durch die Schaffung neuer Arbeitsplätze. Andererseits sollen für die Arbeitnehmer die Anreize erhöht werden, die eigene Arbeitskraft (verstärkt) anzubieten, es soll also die Bereitschaft zur Erwerbsarbeit zunehmen. Die Effekte auf beiden Seiten des Arbeitsmarktes sollen im Folgenden untersucht werden.

3.2.1 Auswirkungen auf die Arbeitsnachfrage

Bewertung

Für die Bewertung ist zwischen einer statischen und einer dynamischen Perspektive zu unterscheiden. In der *statischen Perspektive* ist es für die Arbeitgeber unerheblich, ob sie ihren »Arbeitgeberanteil« an die Krankenkassen abführen oder an die Beschäftigten auszahlen. Lohnnebenkosten sind als Bestandteil der Gesamtlohnkosten anzusehen. Durch die – in der Mehrzahl der Modelle vorgesehene – Auszahlung des Arbeitgeberanteils bleiben die Gesamtlohnkosten somit *ceteris paribus* zunächst unverändert, Arbeitsmarkteffekte gehen hiervon nicht aus.⁵²

Aus der *dynamischen Perspektive* ist zu fragen, inwieweit die Umstellung auf Kopfprämien langfristig zu – verglichen mit dem Status quo – geringeren Arbeitskosten führt. Dies ist von der zukünftigen Ausgabenentwicklung der GKV, den Modalitäten zur Auszahlung des Arbeitgeberanteils und dem Zusammenhang von Gesundheitskosten und Lohnfindung abhängig. Zu untersuchen ist hierbei, wie die Arbeitgeberkosten auf i) autonome Lohnerhöhungen, ii) steigende Gesundheitskosten und iii) eine Kombination aus beiden reagiert.

Was passiert also, wenn die Tarifparteien – *ceteris paribus* – eine *Lohnerhöhung* von x % vereinbaren? Bei gegebenem Beitragssatz würde der Arbeitgeberanteil im derzeitigen System einkommensbezogener Beiträge absolut wachsen und zwar im

52 Allerdings kann gefragt werden, ob es tatsächlich zu einer Auszahlung des Arbeitgeberanteils kommt. Bei kurzfristiger Betrachtung stellt sich die Frage, auf welche Weise sichergestellt werden kann, dass alle Arbeitgeber die Auszahlung auch tatsächlich vornehmen. Das ließe sich aber über eine gesetzliche Regelung sicherstellen (vgl. Rürup/Wille 2004). Mittel- bis langfristig würden Arbeitgeber womöglich versuchen auf Auszahlung des Arbeitgeberanteils zumindest teilweise zu verzichten, was eine Reduzierung des Gesamtlohns implizieren würde. Erfahrungen aus den Niederlanden sprechen allerdings eher für eine reibungslose Auszahlung. 1990 wurden dort die Arbeitgeberbeiträge zur Alterssicherung auf die Arbeitnehmer übergeleitet, ohne dass sich dadurch nennenswerte Veränderungen in der Lohnhöhe ergeben haben (Fritzsche 2004: 63).

Umfang der Lohnerhöhungen.⁵³ Nach Einführung der Kopfprämie wäre der Arbeitgeberanteil dagegen ausgezahlt und die Lohnerhöhung würde nicht zu Mehreinnahmen der GKV führen. Allerdings würde sich eine Lohnerhöhung nun ebenfalls auf den ausgezahlten Arbeitgeberanteil beziehen, der dann expliziter Lohnbestandteil ist. Im Ergebnis wäre die Steigerung der Arbeitskosten in beiden Fällen absolut gleich.⁵⁴ Bei einer Kopfprämienfinanzierung führen steigende Löhne also nicht zu Mehreinnahmen der GKV. Die Arbeitskosten bleiben davon aber unberührt. Die Lohnerhöhung von $x\%$ führt sowohl im Kopfprämienmodell als auch im Modell einkommensbezogener Beiträge zu einer Erhöhung der Arbeitskosten um $x\%$. Allerdings fließen der GKV im herkömmlichen System aufgrund der Lohnerhöhung bei konstantem Beitragssatz zusätzliche Mittel zu, die im Modell der Kopfprämien nicht fließen. Implizit wird damit unterstellt, dass die Gesundheitsausgaben sich den Mehreinnahmen anpassen. Wird umgekehrt unterstellt, dass die Gesundheitskosten (bei gegebenem Preisniveau der Gesundheitsgüter und -leistungen, bei gegebenem Leistungskatalog, gegebener Morbidität etc.) exogen sind, würde der Beitragssatz im herkömmlichen System aufgrund der steigenden Löhne sinken. Die Gesundheitsprämie wäre dann mit relativen Mehrkosten für die Arbeitgeber verbunden, da sich die Lohnerhöhung in diesem Modell auch auf die ausgezahlten Arbeitgeberanteile bezieht, während der Arbeitgeberanteil im herkömmlichen Finanzierungsmodell – wegen des sich anpassenden Beitragssatzes – konstant bliebe, von der Lohnerhöhung also nicht betroffen wäre. Eine autonome Lohnerhöhung führt somit zu einer gleichen Arbeitgeberbelastung in beiden Finanzierungsmodi, wenn ein konstanter GKV-Beitragssatz unterstellt wird, aber zu einer höheren Arbeitgeberbelastung im Prämienmodell, wenn von konstanten Gesundheitskosten und sich anpassenden Beitragssätzen im derzeitigen System ausgegangen wird.

Wie reagieren nun beide Systeme auf die *Erhöhung der Gesundheitskosten*? Im System einkommensbezogener Beiträge führt jede Steigerung der Gesundheits-

53 Dies gilt streng genommen nur, wenn die Beitragsbemessungsgrenze ebenfalls exakt im Umfang der Lohnerhöhungen ansteigt. Das ist aufgrund der institutionellen Ausgestaltung aber nur ansatzweise gegeben (vgl. § 6 Abs. 6 SGB V).

54 Dies soll an einem einfachen Rechenbeispiel illustriert werden: Im Ausgangszustand sei der (beitragspflichtige) Bruttolohn eines Arbeitnehmers 3000 €. Zusätzlich muss ein Arbeitgeberanteil zur GKV von 7 % entrichtet werden, so dass Arbeitgeberkosten von 3.210 € anfallen. Nach einer Lohnerhöhung von 2 % (= 60 €) steigt der Arbeitgeberbeitrag um 4,20 € (= 7 % von 60 €). Die gesamten Arbeitgeberkosten belaufen sich somit auf 3.274,20 €. Wird der Arbeitgeberzuschuss im Ausgangszustand ausgezahlt und eine Kopfprämienfinanzierung eingeführt, beträgt der ausgezahlte Lohn nunmehr 3.210 €. Die Lohnsteigerung von 2 % bezieht sich nunmehr sowohl auf den »alten Bruttolohn« von 3.000 € als auch auf den ausgezahlten Arbeitgeberanteil von 210 €. Sie beträgt 64,20 € (= 2 % von 3.210 €). Die neuen Arbeitgeberkosten betragen damit auch im Fall der Kopfprämie 3.274,20 €, also den genau identischen Betrag wie im Status quo.

kosten – *ceteris paribus*, d. h. insbesondere bei konstanter Lohnhöhe – über steigende Beitragssätze zu einer entsprechenden Steigerung der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge. Allerdings stellt sich die Frage, inwieweit dieser Effekt bei der Lohnfindung bereits berücksichtigt ist. Wird etwa – wie dies in vielen Prognosemodelle geschieht – eine produktivitätsorientierte Entlohnung unterstellt, muss davon ausgegangen werden, dass jede implizite Lohnerhöhung durch einen steigenden Arbeitgeberbeitrag spätestens in der nächsten Tarifrunde⁵⁵ zu einer geringeren Lohnsteigerung geführt hat.

Im Kopfprämienystem ist der Effekt auf die Gesamtlohnsumme insbesondere davon abhängig, inwieweit sich steigende Kopfprämien in der Lohnfindung niederschlagen. Anders als im derzeitigen einkommensabhängigen System führen steigende Gesundheitskosten im Kopfprämienystem nicht automatisch zu impliziten Lohnerhöhungen in Form eines gestiegenen Arbeitgeberanteils. Im Extremfall müssten die Prämienerrhöhungen ausschließlich von den Beschäftigten getragen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die aus einem Anstieg der Kopfprämien resultierenden Mehrbelastungen der Beschäftigten bei der Lohnfindung – sowohl durch die Tarifpartner als auch bei der nicht tarifgebundenen Vereinbarung von Arbeitsverträgen – berücksichtigt werden müssen. Anders ausgedrückt: Dadurch, dass die Gesundheitskosten nunmehr nicht automatisch zu einer (impliziten) Lohnerhöhung führen, entstehen Spielräume für höhere Lohnvereinbarungen. Wird eine produktivitätsorientierte Entlohnung angenommen, führen beide Finanzierungsmodi daher zum gleichen Ergebnis, d. h. zu den gleichen Arbeitgeberkosten. Allerdings verschieben sich die Machtverhältnisse in den Verhandlungen. Im Fall einkommensabhängiger Beiträge führen Steigerungen der Gesundheitskosten zu einer impliziten Lohnerhöhung, die von den Arbeitgebern erst in der nächsten Verhandlungsrunde korrigiert werden kann. Im Gesundheitsprämienmodell ist es dagegen an den Arbeitnehmervertretern, die gewachsenen Spielräume in Lohnerhöhungen umzumünzen. Werden die vielfältigen Friktionen bei der Lohnbildung berücksichtigt, dürfte es damit in einer dynamischen Perspektive in einem System mit einkommensunabhängigen Kopfprämien *ceteris paribus* zumindest bei kurzfristiger Betrachtung womöglich zu geringeren Zuwächsen beim Gesamtlohn kommen als im Status quo – allerdings muss das Ausmaß dieses Effektes dahingestellt bleiben. Werden steigenden Gesundheitskosten nicht vollständig in den Lohnverhandlungen

55 Werden rationale Erwartungen unterstellt, wird die zu erwartende Gesundheitskostensteigerung bereits beim Lohnabschluss zu Beginn der Periode berücksichtigt.

gen berücksichtigt, führt dies aber weiterhin dazu, dass der Anteil der Versicherten, die berechtigt sind (wegen Überforderung bei der Prämienzahlung) den sozialen Ausgleich in Anspruch zu nehmen, steigt. In Abhängigkeit von der Ausgestaltung der Finanzierung des sozialen Ausgleichs entstehen dadurch womöglich neue Belastungen für den Arbeitgeber.

Wie stellt sich die Entwicklung nun für den realistischen Fall *gleichzeitig steigender Gesundheitskosten und steigender Löhne* dar? Hierbei ist zu unterscheiden, ob die Steigerung der GKV-Ausgaben größer als die Steigerung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen ist. Ist dies der Fall, resultieren im derzeitigen System steigende Beitragssätze. Eine Ausgabensteigerung, die hinter dem Lohnsummenwachstum zurückbleibt, führt dagegen zu sinkenden Beitragssätzen. Für den Fall *konstanter Beitragssätze*, der sich bei gleichen Steigerungsraten für die Lohnsumme und die GKV-Kosten ergibt, gilt das bereits eingangs Gesagte: Eine Erhöhung der Arbeitskosten beruht dann in beiden Systemen ausschließlich auf den Lohnerhöhungen und ist für eine Finanzierung über einkommensbezogene Beiträge oder Kopfpauschalen identisch. Bei einem steigenden Beitragssatz steigen die Arbeitskosten dagegen im System einkommensabhängiger Finanzierung stärker als im Kopfprämienystem. Umgekehrt führt ein sinkender Beitragssatz dazu, dass das herkömmliche System geringere Arbeitgeberkosten produziert als ein Kopfprämienystem – trotz absolut steigender Gesundheitskosten.⁵⁶ In Anhang 2 werden diese Effekte an einem Rechenbeispiel demonstriert.

Von entscheidender Bedeutung für die Frage, ob der Umstieg auf Kopfprämien überhaupt zu einer Verringerung der Arbeitskosten führen kann, ist damit die im herkömmlichen System zu erwartende *Beitragssatzentwicklung*. Tatsächlich waren die letzten Jahrzehnte von steigenden Beitragssätzen geprägt, wobei diese Beitragssatzsteigerungen allerdings insbesondere durch ein im Vergleich zur allgemeinen Wirtschaftsentwicklung (gemessen am Wachstum des Bruttoinlandsprodukts) unterdurchschnittliches Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen bedingt waren. Gelänge es dagegen durch eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage im derzeitigen System (Einbeziehung weiterer Einkommensarten, Ausdehnung der Versicherungspflicht auf weitere Bevölkerungskreise) das Verhält-

56 Dieser Effekt ist darauf zurückzuführen, dass die Arbeitgeberkosten im Prämienmodell nur von der Lohnsteigerung, im System einkommensbezogener Beiträge aber nur von der Kostensteigerung abhängen (vgl. Tabelle A2 und A4 im Anhang 2). Jede Lohnsteigerung führt im herkömmlichen System einkommensbezogener Beiträge bei sich autonom entwickelnden Gesundheitskosten nämlich zu einer entsprechendem Beitragssatzsenkung.

nis von beitragspflichtigen Einnahmen und Sozialprodukt zu stabilisieren und damit weitere Beitragssatzanstiege zu verhindern, würde das derzeitige System auch im Zeitablauf nicht zu höheren Arbeitskosten führen als sie sich bei einer Umstellung auf Kopfprämien ergäben (vgl. Abschnitt 3.1).

Jenseits der Frage, ob die Umstellung auf Kopfprämien überhaupt zu einer Verringerung der Arbeitgeberkosten führt ist allerdings fraglich, ob es als Folge niedrigerer Lohnzuwächse tatsächlich zu einer nennenswerten Erhöhung der Arbeitsnachfrage kommen wird, ob also in nennenswertem Ausmaß neue Arbeitsplätze entstehen und bestehende gesichert würden. Die meisten Autoren der oben beschriebenen Kopfprämienmodelle verzichten inzwischen auf eine Quantifizierung der Beschäftigungseffekte und beschränken sich auf die Prognose, dass der Effekt auf das Arbeitsangebot ein positives Vorzeichen haben werde.

Alle vermuteten Arbeitsplatzeffekte beruhen darauf, dass die Arbeitskosten durch den Systemwechsel mittel- und langfristig im Vergleich zum Status quo sinken, was aber – siehe oben – ebenfalls keineswegs sicher ist. Dass die Arbeitsnachfrage dadurch nennenswert erhöht wird, erscheint aber eher unplausibel: Eine Reduktion des GKV-Beitragssatzes von einem Beitragssatzpunkt führt zu einer Reduktion der Gesamtkosten eines Unternehmens der verarbeitenden Wirtschaft von unter 0,1 Prozent (Braun et al. 1998).⁵⁷ Die Arbeitskosten werden jedoch zum Umstellungszeitpunkt überhaupt nicht sinken und dynamisch gesehen wird die Steigerung der Belastung allenfalls marginal geringer ausfallen als im Status quo. Die Veränderungen der Produktionskosten dürften damit selbst in der dynamischen Perspektive im vernachlässigbaren Promillebereich bewegen. Dafür, dass die Belastung der Arbeitgeber mit Gesundheitskosten keinen signifikanten Einfluss auf die Arbeitsnachfrage hat, sprechen auch die Ergebnisse eines jüngst veröffentlichten Gutachtens. Demnach war in der Vergangenheit kein Zusammenhang zwischen der branchenspezifischen Belastung mit Gesundheitskosten und branchenspezifischen Beschäftigungsentwicklung erkennbar (IGES/BASYS 2004).

Alternativen

Wie gesehen, ist keineswegs klar, welchen Effekt eine Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien auf die Arbeitsnachfrage, d. h. das Angebot von Arbeitsplätzen, hat. Jedenfalls wird mit dieser Umstellung aber die direkte Beteiligung der

57 Die Krankenversicherung macht rund 4 Prozent der Arbeitskosten der Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes aus. Die Arbeitskosten wiederum machen gut ein Viertel der Gesamtkosten aus. Der Anteil der Krankenversicherung an den Gesamtkosten liegt damit bei rund einem Prozent.

Arbeitgeber an der Finanzierung steigender Gesundheitskosten aufgehoben, da es einen »Arbeitgeberbeitrag« dann nicht mehr gibt. Aus Sicht der Autoren dieses Beitrags gibt es tatsächlich gute Gründe, die zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzierung vom Arbeitgeberbeitrag abzukoppeln. Dazu zählt neben der weiter unten diskutierten Verzerrung der Preissignale für den Konsumenten durch den Einfluss der Arbeitgeber vor allem die Chance, Gesundheitspolitik zukünftig nicht mehr nur auf reine Kostendämpfungspolitik zu reduzieren. Gesundheitspolitik wird – ob dies berechtigt ist oder nicht – solange von der Lohnnebenkostendebatte dominiert werden, bis zukünftige Steigerungen der Krankenkassenbeiträge nicht mehr von den Arbeitgebern getragen werden müssen.

Um dies zu gewährleisten, ist allerdings die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien nicht notwendig. Das *Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages* auf den derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatz erfüllt im Hinblick auf das Abkoppeln der GKV-Finanzierung vom Arbeitgeberbeitrag den gleichen Zweck wie Kopfprämien.⁵⁸ Auch die *Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages* ist im Übrigen natürlich ohne den Übergang auf Kopfprämien auch im System einkommensabhängiger Beiträge realisierbar. Arbeitgeber verlieren in beiden Fällen auch das Interesse an der Beeinflussung von Kassenwahlentscheidungen ihrer Beschäftigten, und die Gesundheitspolitik erhält die Chance, ihre einseitige Fixierung auf Kostendämpfungspolitik zu verlassen.

3.2.2 Auswirkungen auf das Arbeitsangebot

Genauso unklar wie die Effekte der Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfpauschalen im Hinblick auf die Arbeitsnachfrage sind die Effekte auf das Arbeitsangebot. Zunächst ist in der Tat davon auszugehen, dass die einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeiträge des Status quo – ebenso wie die Einkommenssteuer – einen »Abgabenkeil« zwischen »brutto« und »netto« treiben und damit einen negativen Anreiz für die Aufnahme oder Ausdehnung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung darstellen – vor allem im Vergleich zu illegaler Beschäftigung (»Schwarzarbeit«). Dieser negative Anreiz entfällt durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien, deren Höhe unabhängig von der Höhe des legal

58 Durch das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags werden die Gesundheitskosten von den Arbeitskosten abgekoppelt. Rürup/Wille argumentieren, dass bei einem prozentual fixierten Arbeitgeberbeitrag der Krankenkassenbeitrag aber immer noch proportional zum Lohn wachsen würde. Das ist zwar richtig, stellt sich aber im Prämienmodell nicht anders dar, da die ausgezahlten Arbeitgeberanteile dann ebenfalls in die Lohnerhöhung mit einbezogen werden (s.o.).

erwirtschafteten Einkommens im formellen Arbeitsmarkt ist. Insofern erhöht die Umstellung auf eine reine Kopfprämie die Arbeitsanreize.⁵⁹

Allerdings gilt dies zunächst nur für reine Kopfprämienmodelle. In allen diskutierten Gesundheitsprämienmodellen ist aber ein *steuerfinanzierter Umverteilungsmechanismus* vorgesehen, der wieder »disincentives to work« in das System bringt.⁶⁰ Hierbei ist zunächst auf die *Finanzierung* dieser Transfers zu verweisen. Diese kann durch Kopfprämien (nur im Modell von Fritzsche vorgesehen), durch einen Beitrag (Modell 7, Rürup/Wille) oder durch Steuern erfolgen. Lediglich bei einer Finanzierung durch eine weitere Kopfprämie entsteht keine Zusatzlast, da hierbei nicht in das Preisgefüge eingegriffen wird. Eine Finanzierung über indirekte Steuern (insbesondere die Mehrwertsteuer) senkt den realen Stundenlohn und beeinflusst damit die Arbeits-Freizeit-Entscheidung, nicht aber das Ausmaß der Schwarzarbeit. Bei einer Finanzierung über die Einkommenssteuer oder durch einkommensbezogene Beiträge wird dagegen direkt ein neuer Keil zwischen brutto und netto getrieben und damit ein disincentive to work geschaffen.

Noch gravierender sind die disincentives to work auf *Seiten der Transferbezieher*. Jede Einkommenssteigerung führt für sie nämlich zu einer Reduktion des Transfers und beinhaltet ebenfalls einen Keil zwischen brutto und netto. Zur Berechnung des Gesamteffekts auf das Arbeitsangebot im Vergleich zum Status quo muss daher zumindest nach der Einkommenssituation unterschieden werden. Hierzu können analytisch vier Fälle differenziert werden:

- a) Das Arbeitseinkommen liegt oberhalb der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze und das Gesamteinkommen liegt oberhalb der Grenze, bei der im Kopfprämienmodell Transfers zur Finanzierung der Gesundheitskopfprämie gewährt werden.

59 In der ökonomischen Theorie werden derartige wohlfahrtsschädliche Zusatzlasten unter dem Stichwort »excess burden« diskutiert. Diese Zusatzlasten entstehen bei einer Abgabenerhebung, die an bestimmten wirtschaftlichen Aktivitäten anknüpft und immer verzerrend in den Preismechanismus eingreift. Die Kopfsteuer bzw. Kopfprämie ist die einzige Form der Abgabenerhebung, bei der keine ökonomische Entscheidung verzerrt wird. Ansonsten gibt es Verzerrungen bei der Entscheidung zwischen Arbeit und Freizeit (Steuern vom Einkommen), bei der Entscheidung zwischen Sparen und Konsum (indirekte Steuern) sowie bei der Entscheidung über die Nachfragestruktur (Steuern auf spezielle Güter).

60 Nun ist das Transfervolumen in allen Kopfprämienmodellen deutlich geringer als das Volumen der GKV-Einnahmen. Allerdings lässt sich letzteres analytisch in eine »Kopfpauschalenkomponente« und eine »Umverteilungskomponente« zerlegen. Nur die Umverteilungskomponente darf dem Transfer volumen in den Gesundheitsprämienmodellen gegenübergestellt werden. Ob diese dann größer oder kleiner ist, muss aber zunächst dahingestellt bleiben.

- b) Das Arbeitseinkommen liegt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze im derzeitigen System, das Gesamteinkommen aber unterhalb der Grenze, bis zu der Einkommenstransfers zur Finanzierung der Gesundheitskopfprämie gewährt werden.
- c) Das Arbeitseinkommen liegt unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze im derzeitigen System, das Gesamteinkommen aber oberhalb der Grenze, bis zu der Einkommenstransfers zur Finanzierung der Gesundheitskopfprämie gewährt werden.
- d) Das Arbeitseinkommen liegt unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze und das Gesamteinkommen liegt in dem Bereich, in dem noch Transfers zur Finanzierung der Gesundheitskopfprämie gezahlt werden.

Im Fall a) führt eine Ausdehnung der Erwerbstätigkeit im derzeitigen System zu einer marginalen Abgabenbelastung von Null – auf das zusätzliche Einkommen werden keine Beiträge gezahlt. Im Kopfprämiensystem sind dagegen Finanzierungsbeiträge zum Transfermechanismus zu leisten. Wird diese Finanzierung einkommensabhängig und ohne obere Grenze ausgestaltet – wie etwa in allen Modellen, die eine Finanzierung der Transfers über eine Einkommensteuer vorsehen – entsteht (nur) im Kopfprämiensystem ein »disincentive to work«. Zudem ist der effektive Grenzsteuersatz dadurch gestiegen, dass auch der Teil des Lohns besteuert wird, der bislang – als Arbeitgeberbeitrag – steuerfrei war.

Im Fall b) führt eine Ausdehnung der Erwerbstätigkeit im derzeitigen System nicht zu einer gesteigerten Beitragszahlung, wohl aber im Kopfprämiensystem zu entgangenen Transfers und damit zu »disincentives to work«. Allerdings ist diese Konstellation irrelevant, liegt die Einkommensgrenze, bis zu der Transfers bezogen werden können, doch in keinem der dargestellten Modelle oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (vgl. Anhang 1).

Im Fall c) führt eine Ausdehnung der Erwerbstätigkeit im derzeitigen System zu einer gesteigerten Beitragszahlung und damit zu »disincentives to work«. Die marginale Belastung zusätzlichen Einkommens liegt knapp 1 Prozentpunkt unterhalb des Beitragssatzes, derzeit also bei rund 13 %.⁶¹ Im Kopfprämienmodell wird zu-

61 Dies ist darauf zurückzuführen, dass nicht das gesamte Einkommen beitragspflichtig ist, sondern der Arbeitgeberanteil von der Steuer- und Beitragspflicht ausgenommen ist. So führt eine Ausdehnung der Arbeitszeit in einem Umfang von 100 € Bruttolohn bei einem GKV-Beitragssatz von 14 % zu GKV-Beiträgen in Höhe von 14 €. Im Kopfprämienmodell führt die gleiche Ausdehnung der Arbeitszeit wegen des ausgezahlten Arbeitgeberanteils aber zu einem zusätzlichen Bruttolohn von 107 €. Bezogen auf diesen Lohn, der allein für einen Vergleich der Systeme herangezogen werden kann, beläuft sich die marginale Abgabenbelastung somit auf $14/107 = 13,08$ %.

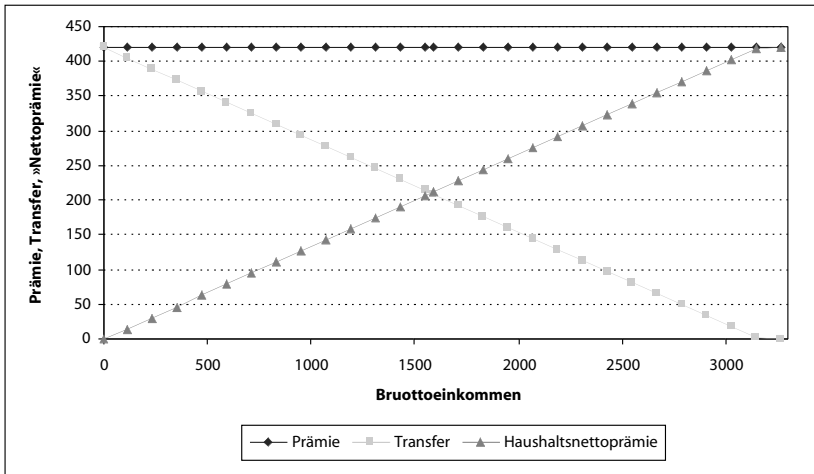
sätzliches Einkommen – wie auch in Fall a) – nur insoweit mit Abgaben belastet, wie es zur Finanzierung des Transfers herangezogen wird. Wird hier die im Modell des Sachverständigenrates (Modell 12) enthaltene Variante eines proportionalen Tarifs als Referenz herangezogen, liegt eine solche Belastung im Bereich von 1-2 %. Zudem ist die Steuerbemessungsgrundlage durch die steuerpflichtige Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags um rund 7 % angestiegen. Bei einem fiktiven Grenzsteuersatz der Einkommenssteuer von 25-30 % entspricht das einer weiteren Grenzbelastung von rund 2 Prozentpunkten. Insgesamt liegt die marginale Einkommensbelastung damit in einem Bereich von 3-4 % und damit deutlich unter der Grenzbelastung von 13 % im derzeitigen System. Für Beschäftigte in einem Einkommensbereich oberhalb der Transfergrenze und unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze führt der Umstieg auf ein Gesundheitsprämienmodell damit zu verstärkten Anreizen zur (legalen) Erwerbsarbeit.

Im gleichfalls empirisch relevanten Fall d) sind dagegen im Kopfprämienmodell in der Regel höhere disincentives to work zu verzeichnen als im derzeitigen System (vgl. hierzu auch die Abbildungen 1-10 sowie Anhang 1). Zusätzliches Einkommen führt hier dazu, dass in entsprechendem Umfang Transfers verloren gehen. Die marginale Belastungsrate liegt dabei in den meisten diskutierten Modellen im Bereich von 12-16 %. Einen Ausreißer nach oben markiert etwa das Modell von Knappe/Arnold mit einer Marginalbelastung von 23 %. Zusätzlich zu dieser Belastung muss allerdings die zusätzliche Steuerlast durch die erstmalige Besteuerung des Arbeitgeberbeitrags und die eigene Beteiligung an der Finanzierung des Transfers (etwa über eine Einkommenssteuererhöhung) berücksichtigt werden. Wird dies der Marginalbelastung hinzugerechnet, die durch den Verlust des Transfers entsteht, wird deutlich, dass die Grenzbelastung für diesen Personenkreis im Kopfprämienmodell höher liegt als im derzeitigen System, durch den Umstieg auf eine Kopfprämie somit disincentives to work geschaffen werden. Um den Umfang des betroffenen Personenkreises abschätzen zu können, ist ein Blick auf die Transfergrenze instruktiv. Diese liegt für Einpersonenhaushalte lediglich im Modell 8 bei gut 1.000 €, in allen anderen Modellen aber bei mindestens 1.300 € bis hin zu Werten von über 3.000 €. ⁶² Für Mehrpersonenhaushalte liegen die Transfergrenzen deutlich höher. Abbildung 11 verdeutlicht dies für einen Zweipersonenhaushalt für Modell 1: Bei zwei Personen verdoppelt sich die Prämie auf 420 €. Bei einer gegebenen Höchst-

62 Dabei gehen niedrige Einkommensgrenzen regelmäßig mit einer hohen Marginalbelastung einher et vice versa. So liegt die Marginalbelastung in Modell 8 – noch ohne Berücksichtigung der zusätzlichen Besteuerung des Arbeitgeberbeitrags und der Finanzierung des sozialen Ausgleichs – bereits bei 16 %.

belastung des Haushaltseinkommens von 13,3 % verdoppelt sich damit auch der Einkommensbereich, in dem Transfers gezahlt werden, auf 3.160 €. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass ein relevanter Teil der Beschäftigten zur Gruppe d) gehört. Gerade wenn die Bekämpfung von Schwarzarbeit angesprochen ist, handelt es sich hierbei womöglich sogar um eine Hauptzielgruppe, für die die Arbeitsanreize aber nicht erhöht, sondern gesenkt werden.

Abbildung 11: Prämie, Transfer und Nettoprämie für einen Zweipersonen-Haushalt in Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen im Modell von Rürup et al.



Um saldierende Aussagen über die Arbeitsmarktanreize, die von einer Umstellung auf Kopfprämien ausgehen, ableiten zu können, wäre daher eine empirische Analyse der Wirkungen des Systemwechsels auf die Arbeitsanreize verschiedener Bevölkerungsgruppen vorzunehmen. Eine solche Analyse wurde jedoch in keiner der vorgestellten Kopfprämienmodelle auch nur ansatzweise vorgenommen.

3.3 MEHR VERTEILUNGSGERECHTIGKEIT DURCH KOPFPRÄMIEN?

Die Mehrzahl der in Abschnitt 2 vorgestellten Modelle postuliert als Vorteil von einkommensunabhängigen Kopfprämien, dass die Umverteilungsfunktion durch einen steuerfinanzierten Transfermechanismus zielgenauer erfolgen könne als innerhalb der GKV. Hierfür werden insbesondere vier Argumente genannt, auf die im Folgen-

den näher eingegangen wird: Erstens würden im Rahmen der Steuerfinanzierung im Gegensatz zur Beitragsfinanzierung sämtliche Einkommensarten zur Finanzierung der Umverteilung herangezogen. Zweitens würde die Aufhebung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern zu mehr Verteilungsgerechtigkeit führen. Drittens erlaubt die Steuerfinanzierung die Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit, und viertens würde durch den Transfermechanismus sichergestellt, dass für Personen mit niedrigem Einkommen keine Zusatzbelastungen im Vergleich zum beitragsfinanzierten Status quo entstünden.⁶³ Soweit kapitalgedeckte Systeme von Kopfprämien vertreten werden, wird zudem auf den Aspekt der größeren intergenerationellen Gerechtigkeit eingegangen.

3.3.1 Berücksichtigung sämtlicher Einkommensarten für die Umverteilung durch Steuerfinanzierung der Transfers

Bewertung

Im Grundsatz ist diesem Argument zuzustimmen. Im Status quo ist erstens nicht die gesamte Bevölkerung in das gesetzliche Krankenversicherungssystem und damit auch in die Umverteilung einbezogen.⁶⁴ Zweitens ist mit dem Arbeitseinkommen nur ein Teil des gesamten Haushaltseinkommens beitragspflichtig. Damit kommt es sowohl zur Verletzung des Postulats der horizontalen Gerechtigkeit (Personen mit gleicher Leistungsfähigkeit sind gleich zu behandeln) als auch des Postulats der vertikalen Gerechtigkeit (Personen mit unterschiedlicher Leistungsfähigkeit sind ungleich zu behandeln, wobei die absolute Belastung mit der Leistungsfähigkeit steigen soll).

Theoretisch ist ein einkommensteuerfinanzierter Umverteilungsmechanismus zielgenauer, weil erstens sämtliche Einkommensarten zur Berechnung der Einkommensteuerschuld herangezogen werden, und sich zweitens auch die privat Versicherten an der Umverteilung zu Gunsten niedriger Einkommen beteiligen müssen.

Entscheidend für die Bewertung dieses Arguments zu Gunsten von Kopfprämien ist jedoch, dass die steuerfinanzierte Umverteilung als weniger stetig einzu-

63 Dies ist natürlich streng genommen kein Argument für Kopfprämien, sondern nur die Entgegnung auf den Vorwurf der Kopfpauschalengegner, die unteren Einkommen würden durch Kopfprämien belastet.

64 Allerdings leisten die Privatversicherten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über höhere Preise eine Quersubventionierung zugunsten der gesetzlich Versicherten und der Nettoeffekt ist ungewiss (Greß/Wasem 2001).

schätzen ist als die beitragsfinanzierte Umverteilung (vgl. Abschnitt 1) – vor allem in einer dynamischen Perspektive. Selbst wenn die notwendigen Mittel unter Umgehung des Nonaffektationsprinzips zweckgebunden erhoben werden sollten⁶⁵ – was mit ausdrücklichen Regelungen im entsprechenden Steuergesetz zulässig wäre – ist unwahrscheinlich, dass der entsprechende Steuersatz auch mittel- und langfristig für die Steuerfinanzierung des Transfermechanismus ausreichen würde. In konjunkturell schwachen Phasen müssten dann entweder die Gesundheitssteuer erhöht oder der Kreis der Anspruchsberechtigten bzw. der Leistungskatalog reduziert werden. Die zweite Alternative ist als wesentlich wahrscheinlicher anzusehen. Als Konsequenz ist damit zu rechnen, dass die theoretisch hohe Zielgenauigkeit der steuerfinanzierten Umverteilungsfunktion in der Praxis nach und nach abnehmen wird.

Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der Finanzverflechtung in der deutschen Finanzverfassung die Steuermehreinnahmen durch die steuerpflichtige Auszahlung des Arbeitsgeberbeitrags anteilig Bund, Ländern und Kommunen zu gehen, da die Einkommenssteuer eine Verbundsteuer ist. Inwieweit die Länder und Kommunen dann an der Finanzierung des Transfermechanismus beteiligt werden können, bleibt dagegen unklar. Hieraus ergeben sich erhebliche und noch nicht thematisierte Probleme des Finanzausgleichs zwischen den Gebietskörperschaften.⁶⁶

Alternative

Es wurde schon in Abschnitt 3.1 darauf hingewiesen, dass es auch im derzeitigen System möglich ist, die horizontale und vertikale Gerechtigkeit in der Mittelaufbringung des beitragsfinanzierten Umverteilungsmechanismus zu erhöhen – etwa durch Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht und die Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises⁶⁷ sowie die Anhebung bzw. Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze. Die Abschaffung der Beitragsbemes-

65 Das Non-Affektationsprinzip besagt, dass alle Staatseinnahmen grundsätzlich zur Finanzierung aller Staatsausgaben zur Verfügung stehen, Zweckbindungen also unzulässig sind. Damit soll sichergestellt werden, dass die Finanzmittel entsprechend der aktuellen Präferenzen und Notwendigkeiten eingesetzt werden und dem Staat nicht – wie in einer Fondwirtschaft – die Hände gebunden sind und ihm die Möglichkeit zur Schwerpunktsetzung und zur Reaktion auf die aktuellen Rahmenbedingungen genommen sind.

66 Dieses Problem würde gelöst, wenn – wie im Modell 7 – ein Zuschlag auf den Solidaritätszuschlag erhoben werden würde. Die Einnahmen aus dem Solidaritätszuschlag stehen ausschließlich dem Bund zu.

67 Allerdings wäre in diesem Falle der Fortfall der Quersubventionierung von der PKV in die GKV bei der Leistungsanspruchnahme zu berücksichtigen.

sungsgrenze würde allerdings zu sehr hohen absoluten Belastungen für hohe Einkommen führen. Wird dies als unerwünscht angesehen, ist jedoch auch ein deutlich verminderter Beitragssatz für Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze denkbar. Damit wäre sichergestellt, dass einerseits alle Einkommen in die Beitragspflicht einbezogen werden, andererseits könnte die Grenzbelastung hoher Einkommen aber auf ein ähnliches Niveau reduziert werden, wie es sich auch bei einer Steuerfinanzierung des Transfers im Kopfprämienmodell ergibt.

3.3.2 Aufhebung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern

Bewertung

In der Tat kann die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten im Status quo dazu führen, dass die Beitragsbelastung auch einkommensgleicher Haushalte mit gleicher Haushaltsgröße und -zusammensetzung in Abhängigkeit von der Verteilung der Einkommenserzielung zwischen den Haushaltsmitgliedern unterschiedlich ist. Diese Umverteilung im derzeitigen System ist normativ nicht zu rechtfertigen (vgl. Dräther/Rothgang 2004). Sämtliche in Abschnitt 2 beschriebenen Modelle sehen daher die Aufhebung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern vor. Ehepartner werden damit unabhängig vom Einkommen beitragspflichtig. Ausgleichszahlungen erfolgen nur, wenn die (einkommensabhängige) Belastungsgrenze überschritten wird. Damit wird die horizontale Ungleichbehandlung des derzeitigen Systems aufgehoben. Faktisch führt diese Regelung dazu, dass im Grundsatz in sämtlichen Kopfprämienmodellen Einverdienerehepaare mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze durch die Prämienzahlungen des bisher beitragsfrei mitversicherten Ehepartners im Vergleich zum Status quo belastet werden, während Zweiverdienerehepaare – insbesondere solche mit einem Arbeitseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze – entlastet werden.⁶⁸

Alternative

Die mangelnde Zielgenauigkeit der Umverteilungsfunktion in der GKV im Hinblick auf die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten kann auch im bestehenden

68 Besonders transparent wird dieser Effekt bei den Berechnungen von Fritzsche. Bei allen anderen Modellen sind noch die Effekte der steuerfinanzierten Mittelaufbringung zu berücksichtigen. Im Grundsatz dürften die Belastung von Einverdienerehepaaren und die Entlastung von Zweiverdienerehepaaren allerdings bestehen bleiben.

beitragsfinanzierten System durch ein »negatives Ehegattensplitting« für Personen mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze optimiert werden. Dieses Verfahren wurde auch in Modell 5 für die zehnjährige Übergangszeit bis zur Einführung des Prämienmodells empfohlen. Im Splittingverfahren wären die Einkommen beider Ehepartner zu addieren und die Summe durch zwei zu dividieren.⁶⁹ Die beiden resultierenden Einkommenshälften wären dann jeweils mit dem vollen Beitragssatz bis zur Beitragsbemessungsgrenze beitragspflichtig. Im Ergebnis wäre der zu zahlende Beitrag nur noch vom Haushaltseinkommen, nicht mehr aber von dessen Zusammensetzung abhängig. Um jede womöglich verfassungswidrige Benachteiligung von Ehepaaren im Vergleich zu nicht verheirateten Paaren zu vermeiden (vgl. etwa Rürup/Wille)⁷⁰, müsste die Beitragsbemessungsgrenze für Singles dazu allerdings verdoppelt werden (Dräther/Rothgang 2004).

3.3.3 Berücksichtigung individueller Leistungsfähigkeit

Im Einkommensteuerrecht werden die individuellen Lebensumstände bei der Ermittlung der Steuerschuld berücksichtigt. Darin unterscheidet sich das Einkommenssteuerrecht beispielsweise vom Beitragsrecht in der GKV. Insoweit die Transfers in den Kopfprämienmodellen über die Einkommensteuer finanziert werden, ist diesem Argument daher im Grundsatz zuzustimmen.⁷¹ Allerdings gilt das eben nur, falls der soziale Ausgleich ausschließlich über die Einkommenssteuer und nicht auch über indirekte Steuern finanziert werden soll. Dies ist allerdings nur in Modell 7, Variante A und in Modell 11, Variante A und B vorgesehen. Wird lediglich eine »Steuerfinanzierung« vorgesehen, ist daher von einer Mischfinanzierung auszugehen, die auch indirekte Steuern einschließt, bei denen individuelle Lebensumstände eben nicht berücksichtigt werden.

69 Alternativ können auch die Einkommensanteile des einen Partners, die oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, auf den anderen Partner übertragen werden, was womöglich administrative Vorteile hat.

70 Allerdings erlaubt das Bundesverfassungsgericht in seiner neuesten Rechtsprechung die punktuelle Benachteiligung von Ehepaaren, wenn diese insgesamt – unter Berücksichtigung aller Regelungen – nicht benachteiligt werden (Entscheidung vom 12.2.2003, 1 BvR 624/01). Allerdings würde ein Splitting ohne Verdopplung der Beitragsbemessungsgrenze für Singles Ehepaare mit bestimmten Einkommenskonstellationen in einem Maße benachteiligen, das sie sich insgesamt ohne Heirat besser stünden. Ob dies vom Verfassungsgericht toleriert würde, kann bezweifelt werden.

71 Nicht thematisiert werden soll an dieser Stelle, inwieweit der Versuch, im Einkommensteuerrecht die individuellen Lebensumstände zu berücksichtigen, eine Komplexität der Einkommensteuer heraufbeschworen hat, die zunehmend wegen ihrer Intransparenz und dem mit Steuererklärungen verbundenen Aufwand beklagt wird.

3.3.4 Zusatzbelastungen für untere Einkommen

Da die Effekte eines Wegfalls der beitragsfreien Mitversicherung bereits in Abschnitt 3.3.2 behandelt wurden, beschränkt sich die nachfolgende Darstellung auf den Fall des Einpersonenhaushaltes. Ein reines Kopfprämienmodell führt dabei – im Vergleich zum Status quo – zu einer deutlich höheren Belastung unterer Einkommen. Kritiker der Kopfprämien haben daher immer auf diese »unsoziale« Wirkung der Kopfprämien hingewiesen. Befürworter haben dagegen auf den parallel zu entwickelnden Transfermechanismus verwiesen, der genau diese Wirkung verhindern solle. Ein wesentliches »Verkaufargument« für die Umstellung der GKV-Finanzierung auf einkommensunabhängige Kopfprämien liegt somit darin, dass niedrige Einkommen durch die steuerfinanzierten Ausgleichszahlungen im Vergleich zum Status quo per saldo *nicht* zusätzlich belastet werden. Inwieweit dies zutrifft, ist allerdings ganz wesentlich von folgenden Ausgestaltungsmerkmalen der Modelle abhängig:

- *Umfang des Leistungskatalogs:* Ceteris paribus führt ein im Vergleich zum Status quo kleiner Leistungskatalog dazu, dass Versicherte mit niedrigem Einkommen zusätzlich belastet werden. So geht etwa das Modell 8 von einem nachhaltig reduzierten Leistungskatalog aus. Die gestrichenen Leistungen müssten dann auch Versicherte mit einem niedrigen Einkommen entweder selbst bezahlen oder im Rahmen privater Zusatzversicherungen zu risikoadäquaten Prämien ohne staatliche Umverteilung zu ihren Gunsten selbst auf dem Privatversicherungsmarkt versichern.
- *Zumutbare Belastung:* Die zumutbare Belastung wird in den beschriebenen Modellen in der Regel als Prozentsatz des Einkommens definiert. Vergleichsmaßstab ist die derzeitige Belastung in der beitragsfinanzierten GKV. Diese liegt knapp ein Prozentpunkt unterhalb des durchschnittlichen Beitragssatzes der GKV, weil der Arbeitgeberanteil nicht beitragspflichtig ist und damit nur gut 93 % des Gesamtlohns verbeitragt werden (s. o.). Liegt die zumutbare Belastung oberhalb dieses Prozentsatzes, kommt es ceteris paribus bereits bei der reinen Beitragszahlung zu einer zusätzlichen Belastung von Versicherten mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status quo.
- *Steuerpflicht des ausgezahlten Arbeitgeberanteils:* Wird der Arbeitgeberanteil steuerpflichtig ausgezahlt, finanzieren die Versicherten mit einem niedrigen Einkommen die ihnen zufließenden Transferzahlungen teilweise mit. Die zumutbare Belastung müsste damit in diesem Fall ceteris paribus unterhalb des derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatzes liegen, damit Versicherte mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status quo nicht zusätzlich belastet werden. Liegt

die Zumutbarkeitsgrenze dagegen in Höhe der derzeitigen Belastung (also bei rund 13 %), erfolgt eine Mehrbelastung der unteren Einkommen.

- *Definition des Einkommens:* Im Status quo zahlen alle Versicherten Beiträge ausschließlich auf das Arbeitseinkommen. In den Kopfprämienmodellen wird als Berechnungsgrundlage für die Anspruchsberechtigung auf Transferzahlungen in der Regel ein erweiterter Einkommensbegriff zugrunde gelegt, in dem etwa auch Einkünfte aus Kapitalvermögen berücksichtigt werden. Ceteris paribus führt ein erweiterter Einkommensbegriff allerdings zu einer Mehrbelastung aller Versicherten, auch der mit niedrigem Arbeitseinkommen im Vergleich zum Status quo. Dies wird insbesondere für Rentner gelten, die Einkünfte aus Kapitalvermögen erzielen (vgl. etwa die Berechnungen von Fritzsche).
- *Finanzierung des Transfermechanismus:* Die Finanzierung des Transfermechanismus erfolgt in den meisten Modellen aus Steuern (mit Ausnahme einer Variante des Modells 7 bzw. des Modells 10 und des Modells 11). Kann der Transfermechanismus nicht zu Lasten anderer Haushaltsposten ohne Steuererhöhung finanziert werden – wovon auszugehen ist – finanzieren auch Versicherte mit niedrigem Einkommen ihre Ausgleichzahlungen über ihre Steuern zumindest teilweise mit. Die zumutbare Belastung müsste damit auch in diesem Fall ceteris paribus unterhalb des derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatzes liegen, damit Versicherte mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status quo nicht zusätzlich belastet werden – insbesondere wenn die Finanzierung über eine Erhöhung der Mehrwertsteuer erfolgen soll (wie etwa aus Gründen der Allokationseffizienz in Modell 12 gefordert).

Auf der Grundlage dieser fünf zentralen Merkmale lassen sich die Be- und Entlastungswirkungen für Versicherte mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status quo nur für einige der Modelle grob abschätzen – es mangelt den meisten Modellen an einer hinreichend genauen Spezifizierung der oben genannten Parameter. Am transparentesten in dieser Hinsicht sind die Modelle 7, 10 und 12. Modell 7 sieht zwar einen reduzierten Leistungskatalog vor, berücksichtigt bei der zumutbaren Belastung aber auch die Belastungen für die ausgeschlossenen Leistungen. Die Belastungsgrenze liegt zwar deutlich unter dem derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatz, allerdings werden auch weitere Einkommensarten zur Prüfung der Anspruchsberechtigung herangezogen und der Arbeitgeberanteil steuerpflichtig ausgezahlt. Versicherte mit niedrigem Einkommen müssen den Transfer über Steuererhöhungen bzw. Beitragsaufschläge mitfinanzieren. Eine Erhöhung der Mehrwertsteuer würde Versicherte mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status quo stärker belasten – eine Finanzierung über die Erhöhung des Solidarausgleich würde

die Umverteilung zu Lasten hoher Einkommen erhöhen. Insofern ist nicht zuverlässig abzuschätzen, ob dieses Modell im Vergleich zum Status quo tatsächlich belastungsneutral für Versicherte mit niedrigem Einkommen ist.

Modell 10 sieht zwei Varianten des (beitragsfinanzierten) Ausgleichs vor. In der Grundvariante werden auch Versicherte mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status quo zusätzlich belastet. Zwar wird der Arbeitgeberanteil steuerfrei ausgezahlt, der Leistungskatalog beibehalten und die »Umverteilungskomponente« des Beitrags bei der Berechnung der zumutbaren Belastung berücksichtigt. Allerdings liegt die Belastungsgrenze deutlich oberhalb des derzeitigen durchschnittlichen Beitragsatzes und es werden zusätzliche Einkommensarten für Anspruchsberechtigung berücksichtigt.

Modell 12 sieht einen reduzierten Leistungskatalog aber eine gleichfalls reduzierte Belastungsgrenze vor – allerdings auf Basis eines erweiterten Einkommensbegriffs. Der Arbeitgeberanteil wird steuerpflichtig ausgezahlt. Die Autoren räumen ein, dass bei einer Finanzierung des Transfermechanismus über eine Erhöhung der Umsatzsteuer eine Mehrbelastung für die Bezieher niedriger Einkommen im Vergleich zum Status quo wahrscheinlich sei. Je progressiver die Finanzierung des Transfermechanismus ausfällt – etwa über die Erhöhung des Solidarzuschlags auf die Einkommensteuerschuld – desto eher werden niedrige Einkommen im Vergleich zum Status quo nicht belastet.

Insgesamt kann aber gesagt werden, dass die Kopfprämienmodelle die Bezieher niedriger Einkommen belasten, weil sich die prozentuale Belastungsgrenze zwar meist am Beitragsatz orientiert,⁷² dabei aber nicht berücksichtigt wird, dass

- a) ein Teil des Einkommens (der Arbeitgeberanteil) bislang beitragsfrei war,
- b) der ausgezahlte Arbeitgeberanteil nunmehr versteuert werden muss und
- c) die Transferbezieher selbst an einer Finanzierung ihres Transfers über weitere Steuern beteiligt werden.

Für Bezieher (mittlerer) Einkommen oberhalb der Transfergrenze ergibt sich dagegen eine Entlastung, während Bezieher hoher Einkommen womöglich sogar belastet werden, da auch ihr Einkommen oberhalb der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs herangezogen wird, während Einkommensbestandteile oberhalb dieser Grenze bisher beitragsfrei geblieben sind.

72 Liegt die prozentuale Zumutbarkeitsgrenze unterhalb der aktuellen Belastung wird dies mit einem gekürzten Leistungskatalog »erkauft«. Werden die gestrichenen Leistungen privat versichert, steigt die Belastung der Versicherten dann wieder.

3.3.5 Intergenerationelle Gerechtigkeit

Soweit mit dem Übergang zu einem Modell von Kopfprämien zugleich der Wechsel von der Umlagefinanzierung zur Kapitaldeckung vollzogen werden soll, vermeidet diese in »Reinkultur« intergenerationelle Umverteilungen, die bei einzelnen Kohorten im Zuge des demographischen Umbruchs bei der Umlagefinanzierung zu negativen Umverteilungssalden führen. Allerdings wurde oben bereits darauf hingewiesen, dass dies zumindest dann nicht mehr »automatisch« gilt, wenn im Zuge der Ausgabensteigerungen aufgrund von Inflation und medizinischem Fortschritt sowie bei Verbesserungen der Lebenserwartung die Prämien nachzukalkulieren sind – hierbei kommt es vielmehr auf die Ausgestaltung dieser Nachkalkulationen an, ob auch hierbei keine Umlageelemente und insoweit intergenerationelle Umverteilungen praktiziert werden. (Vgl. dazu auch unten Abschn. 3.5) Inwieweit es allerdings überhaupt anzustreben ist, dass die Umverteilungssalden aller Generationen Null sind, kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Schließlich führt diese Forderung dazu, dass etwa die Rentnergeneration von den Wirkungen (positiven oder negativen) ökonomischen Schocks ausgeschlossen werden muss, da sich ihre Transfers einzig und allein nach ihren Vorleistungen richten. Damit kommt es zu einer unterschiedlichen Einkommensentwicklung der Generationen bei einer synchronen (Querschnitts)Betrachtung.

3.4 MEHR EFFIZIENZ AUF DEM KANKENVERSICHERUNGSMARKT DURCH KOPFPRÄMIEN?

Eine Reihe der in Abschnitt 2 beschriebenen Modelle postuliert, dass durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien ein effizienterer Krankenversicherungsmarkt realisiert werden würde. Zum einen würden Kopfprämien bzw. risiko-bezogenen Prämien den Preis des Produktes Krankenversicherung adäquater widerspiegeln als einkommensabhängige Prämien (z. B. Modell 1, 3 und 12). Zum anderen würden Kopfprämien bzw. risikoabhängige Prämien die sinnvolle Zu- und Abwahl von Leistungen überhaupt erst ermöglichen (Modelle 2 und 9). Diese Argumente sind differenziert zu bewerten.

3.4.1 Preisfunktion von Kopfprämien

Bewertung

Im Grundsatz ist dem Argument zuzustimmen, dass – wie in Modell 1 und 12 dargestellt – die Kopfprämien eher den Preis der Versicherung widerspiegelt als einkommensabhängige Beiträge im Status quo, in denen der Preis der Versicherung und die (positiven oder negativen) Umverteilungsanteile zusammenfließen. Im Status quo zahlen Versicherte mit höherem Einkommen nämlich einen höheren Preis für das gleiche Produkt wie Versicherte mit weniger hohem Einkommen. In einem (reinen) Kopfprämienssystem hätten damit Versicherte mit hohem Einkommen dagegen den gleichen Preis für das gleiche Produkt zu bezahlen wie Versicherte mit weniger hohem Einkommen. Letzteres gilt für ein Gesundheitsprämienmodell mit sozialem Ausgleich allerdings nur, wenn Versicherte mit Anspruch auf Ausgleichszahlungen diese Zahlungen nicht auf Basis der tatsächlich gezahlten Prämie, sondern auf Basis einer durchschnittlichen Prämie erhalten. Dies ist in den in Abschnitt 2 beschriebenen Modellen in der Regel auch so vorgesehen.

Allerdings muss die Frage gestellt werden, inwiefern dies für den hier interessierenden Krankenversicherungsmarkt von Bedeutung ist: Auf »normalen« Märkten soll der Preisvektor die objektive Dimension (Kosten der Produktion) und die subjektive Dimension (Präferenzen der Konsumenten) in Übereinstimmung bringen und so eine paretooptimale Allokation gewährleisten. Ziel ist es dabei, die optimale Menge der Produktion und Konsumption aller Güter (und Dienstleistungen) zu bestimmen. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wird über den Preis aber gar keine Mengenentscheidung getroffen. Vielmehr herrscht Versicherungszwang bei einem gegebenen Leistungskatalog. Es gibt also keine Marktentscheidung über die Menge an Krankenversicherungsschutz, die sich an den »unverzerrten Preisen« orientieren muss. Insofern ist es unerheblich, ob der »Preis« des Krankenversicherungsschutzes durch Umverteilungselement »verzerrt« oder unverzerrt ist.

Alternative

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss nach Ansicht der Autoren dieses Beitrags auf das Ziel der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ausgerichtet werden. Wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse wecken das kreative Potenzial der Marktakteure und tragen maßgeblich zur Entwicklung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen bei. Dadurch werden – über das Nachfrageverhalten der Kassen, die ihrerseits im Wettbewerb um Versicherte

stehen – gleichzeitig Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in der GKV nachhaltig verbessert. Zum wettbewerblichen Gesamtkonzept gehören der Abbau von Regulierung, die Erweiterung von Freiheiten für Leistungsanbieter und Krankenkassen und eine für alle Beteiligten geltende solidarische Wettbewerbsordnung, die den Wettbewerb in angemessener Weise reguliert und unerwünschte Auswirkungen des Wettbewerbs verhindert. Insofern ist der Forderung nach einer deutlichen Stärkung wettbewerblicher Elemente in der GKV zuzustimmen. Die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien bzw. risikobezogene Prämien ist dagegen für eine solche Stärkung wettbewerblicher Elemente nicht notwendig. Auf der einen Seite werden für die Krankenkassen durch den RSA risikoäquivalente Prämien simuliert. Die Verbindung von risikoäquivalenten Prämien mit einem Steuer-Transfer-Mechanismus (wie in Modell 3 vorgesehen), der die Ist-Differenzen zwischen der kurzperiodigen Risikoprämie und der Belastungsgrenze ausgleicht, würde sogar zu einer deutlichen Schwächung der Anreize für die Versicherer um eine kosteneffektive Versorgung führen. Auf der anderen Seite würden Kopfprämien den Preis des Produktes Krankenversicherung zwar genauer widerspiegeln als bei einer einkommensabhängigen Kalkulation. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Versicherte mit niedrigem Einkommen absolute Preisunterschiede deutlicher wahrnehmen als Versicherte mit höherem Einkommen und so die Wechselanreize bei einem einkommensproportionalen Tarif sogar sehr hoch sind.

Allerdings gibt es aus wettbewerbstheoretischer Sicht ein Argument für die Einführung von Kopfprämien, das in der Diskussion um die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien bislang allerdings eine untergeordnete Rolle spielt. Derzeit ist die Höhe des Arbeitgeberanteils abhängig vom kassenspezifischen Beitragssatz. Das damit gegebene Interesse des Arbeitgebers an der Zahlung niedriger Beitragssätze verzerrt die Anreize für die Wechselentscheidungen der Versicherten zwischen den Krankenkassen. Solange die Kassen nur geringe Möglichkeit zur individuellen Vertragsgestaltung haben, ist dies von untergeordneter Relevanz, weil Arbeitgeber und Arbeitnehmer beide ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen haben. Werden den Krankenkassen allerdings zukünftig vom Gesetzgeber mehr Instrumente zur individuellen Vertragsgestaltung eingeräumt, könnten Versicherte durchaus Präferenzen für qualitativ hochwertigeren Versorgungsangeboten zu einem höheren Preis haben, während zumindest das kurzfristige Interesse der Arbeitgeber ausschließlich auf einen niedrigen Preis gerichtet ist. Hieraus ergibt sich, dass der Arbeitgeber den Arbeitnehmer drängen kann, in eine billigere Krankenkasse zu wechseln, obwohl die Kombination von niedrigen Beiträgen und schlechteren Versorgungsstrukturen nicht seinen Präferenzen entspricht. Allerdings kann dieser für

eine wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems dysfunktionale Effekt auch problemlos aufgehoben werden, indem der Arbeitgeberanteil auf den durchschnittlichen GKV-Beitragssatz bezogen wird. Auch hier gibt es somit ein funktionales Äquivalent zu Kopfprämien, das administrativ weitgehend problemlos durchgesetzt werden könnte.

3.4.2 Integration von Zu- und Abwahlleistungen

Bewertung

Es ist richtig, dass Zu- und Abwahlleistungen in einem System mit einkommensabhängigen Beiträgen wenig sinnvoll sind. Einkommensbezogene Beiträge verzerren die Anreize zur Zu- und Abwahl von Leistungen: Versicherte mit höherem Einkommen haben einen höheren Anreiz zur Abwahl von Leistungen und einen geringeren Anreiz zur Zuwahl von Leistungen als Versicherte mit niedrigerem Einkommen. Dieses Argument für die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien ist allerdings nur dann stichhaltig, wenn Zu- und Abwahlleistungen selbst für eine sinnvolle Option gehalten werden. Wenn die Versicherten zwischen unterschiedlich umfangreichen Leistungspaketen wählen könnten, würde dies zweifellos ihre individuelle Wahlfreiheit erhöhen, und sie könnten Leistungspakete auf der Grundlage ihrer individuellen Präferenzen zusammenstellen. Bevölkerungsbefragungen zeigen, dass Versicherte solche Wahlmöglichkeiten auch durchaus wahrnehmen würden (Nolting/Wasem 2002).

Allerdings entstehen bei einem solchen System auch gravierende Nachteile: Erstens führt ein System von wählbaren Leistungspaketen zu einer Selbstselektion der Versicherten: Gesunde Versicherte würden möglichst geringe, kranke Versicherte möglichst umfassende Leistungspakete wählen.⁷³ Durch die geringeren Beiträge der Gesunden, die den »schmaleren« Leistungskatalog wählen, würde dem GKV-System tendenziell Finanzmittel entzogen, das für die unverändert umfangreiche Versorgung der Kranken verloren ginge. Eine solche »Entmischung« von Gesunden und Kranken durch die Versicherung in unterschiedlichen Tarifen könnte auch durch den Risikostrukturausgleich nicht ohne weiteres adäquat kompensiert werden (Jacobs et al. 2002). Damit wird auch die ex ante Umverteilung zwischen hohen und niedrigen Risiken tendenziell aus dem System herausgenommen – was in den Modellen 3 und 9 auch ausdrücklich so vorgesehen ist. Soll dieses Umverteilungs-

73 Vgl. dazu die (nicht einheitlich beurteilten) Erfahrungen in der Schweiz bei (Schellhorn 2002) und (Werblow 2002).

element dagegen im Sozialversicherungssystem erhalten bleiben – wie in den anderen Modellen – ist die Einführung von Zu- und Abwahlen dysfunktional. Schließlich ist zur Verhinderung von Trittbrettfahrerverhalten (kein Abschluss einer Versicherung und Vertrauen auf Sozialhilfe) die Festlegung eines Mindestumfangs an Versicherungsleistungen in jedem System notwendig. Innerhalb dieses Rahmens kann es keine Abwahl geben. Vorteile bietet das Kopfprämienystem somit nur, wenn es um Abwahlen geht, die im GKV-Leistungskatalog enthalten sind, gleichzeitig aber oberhalb des Mindestversicherungsumfangs liegen. Womöglich ist das aber eine leere Menge.

Zweitens würde die Markttransparenz für die Versicherten durch die so entstehende Vielfalt unterschiedlicher und schwer vergleichbarer Angebote verschlechtert. Vergleichsparameter wären nicht nur Beitragssatz und Qualität der angebotenen Leistungen, sondern zusätzlich auch noch der Umfang des jeweiligen Leistungspakets. Letzteres würde möglicherweise nicht nur durch die enthaltenen Leistungen, sondern auch durch individuell zu vereinbarende Zuzahlungen definiert, was die Transparenz weiter mindern würde. Drittens entstehen Transaktionskosten in erheblichem Umfang. So ist es bereits für ausgewiesene Experten mit erheblichem Aufwand verbunden, festzustellen, welche Leistungen effektiv und effizient sind und daher in den Leistungskatalog einer Sozialversicherung gehören (Niebuhr et al. 2004). Für das Individuum ist es unmöglich bzw. mit extremen Kosten verbunden, einen derartigen Überblick zu gewinnen.

Alternative

Alle Autoren von Kopfprämien-Modellen betonen, dass sie diese in ein wettbewerbliches System der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern eingebettet sehen wollen. Zentraler Baustein eines solchen wettbewerblichen Systems ist die Einführung von einzelvertraglichen Möglichkeiten zur Vertragsgestaltung der Krankenkassen mit den Leistungserbringern. Wenn der Gesetzgeber solche Möglichkeiten eröffnet, stünden den Versicherten gegenüber dem Status quo bereits erweiterte Wahlmöglichkeiten zur Verfügung, um ihre individuellen Präferenzen auszudrücken. Erstens können die Versicherten zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten bei der Kasse wählen, in der sie versichert sind. Sind die Versicherten mit diesen Versorgungsangeboten unzufrieden oder haben sie bei einer anderen Kasse noch attraktivere Angebote entdeckt, können sie zweitens die Krankenkasse wechseln. Damit werden die Wahlmöglichkeiten der Versicherten im Vergleich zur derzeitigen Situation um eine zusätzliche Dimension erweitert. Der Vorteil einer zusätzlichen Erweiterung der Wahlfreiheit im Hinblick auf unterschiedlich

umfangreiche Leistungspakete rechtfertigt weder die damit verbundenen Nachteile, noch wirkt eine solche Erweiterung direkt positiv auf die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität in der gesundheitlichen Versorgung.

Internationale Erfahrungen insbesondere aus der Schweiz (Kocher et al. 2002) und den Niederlanden (Greß 2002) zeigen darüber hinaus, dass die Möglichkeit zum Angebot von Zusatzversicherungen (und darauf liefe die Einräumung von Zu- und Abwahlmöglichkeiten hinaus) von den Krankenkassen als Instrument zur Risiko-selektion genutzt wird. Die derzeitige weitgehende Trennung von obligatorischem Leistungskatalog in der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem Angebot von Zusatzversicherungen durch private Krankenversicherungen ist daher im Interesse eines auf Qualität und Wirtschaftlichkeit gerichteten Wettbewerbs beizubehalten, so dass für Zu- und Abwahlmöglichkeiten kein Raum geschaffen werden sollte.

3.5 ABFEDERUNG DES DEMOGRAFISCHEN WANDELS DURCH KOPFPRÄMIEN?

Vier der oben beschriebenen Modelle (4, 5, 6, und 9) sehen den Übergang zur obligatorischen Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Modell 3 schlägt den freiwilligen Abschluss von Kapitaldeckungskomponenten vor. In diesem Abschnitt wird daher bewertet, inwieweit obligatorische bzw. freiwillige Kapitaldeckung in der Lage ist, den demografischen Wandel – wie von den Befürwortern der jeweiligen Modelle postuliert – abzufedern.

3.5.1 Obligatorische Kapitaldeckung

Bei der Beurteilung der Frage, inwieweit der demographische Wandel die GKV-Finanzierung beeinflusst, ist zwischen Wirkungen auf der Einnahme- und der Ausgabenseite zu unterscheiden.

Auf der Ausgabenseite steigen die Gesundheitsausgaben bei einer Querschnittsbetrachtung mit dem Alter der Betroffenen an, und zwar überlinear. Werden diese altersspezifischen Gesundheitsausgabenprofile, wie sie etwa im Rahmen des derzeitigen RSA erhoben werden, als im Zeitverlauf konstant gesetzt, ergeben sich in Modellrechnungen steigende Ausgabenlasten durch den demographischen Wandel, d. h. die absolute und relative Zunahme der Altenbevölkerung (vgl. z. B. Knappe/Rubart 2001). Allerdings ist die wissenschaftliche Kontroverse über die tatsächliche Belastung für die Krankenversicherung durch die Verschiebungen in

der Altersstruktur der Bevölkerung noch nicht entschieden, da es insbesondere zur Entwicklung der altersspezifischen Ausgabenprofile im Zeitablauf unterschiedliche Hypothesen gibt.⁷⁴ Jedenfalls ist aber die Altersabhängigkeit der Gesundheitskosten nicht deterministisch, sondern durchaus (beispielsweise durch Gesundheitsmanagement) in Grenzen steuerbar. Auch ist richtig, dass der größte Anteil der Gesundheitsausgaben im letzten Jahr vor dem Tod anfällt – eine Verlängerung der Lebenserwartung insoweit daher keine Auswirkungen auf die Gesundheitskosten hat. In jedem Fall erscheint ein Vergleich der Situation in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit der in der Gesetzlichen Rentenversicherung – wie in Modell 4 ange stellt – als nicht zwingend, weil in der Rentenversicherung nur die Jungen Beiträge zahlen und nur die Alten Leistungen erhalten, während in der Krankenversicherung auch die Jungen Leistungen erhalten und auch die Alten Beiträge zahlen. Allerdings besteht bei den meisten Gesundheitsökonom*innen Einigkeit, dass ein deutlicher realer Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben im Zuge der demographischen Entwicklung zu erwarten sein wird.⁷⁵

Jenseits der Debatte über die tatsächlichen Folgen der demographischen Alterung für die Ausgaben der Krankenversicherung ist zu betonen, dass der Finanzierungstarif (Kopfprämie vs. einkommensbezogene Beiträge) und das Finanzierungsverfahren (Umlage- vs. Kapitaldeckungsverfahren) keinen Einfluss auf die Ausgaben der Krankenversicherung haben. So stellen auch die Autoren des Modells 4 richtig fest, dass kapitalgedeckte Kopfprämien ebenso wenig resistent gegenüber anderen »Ausgabentreibern« in der Gesundheitsversorgung sind. Vor allem der medizinisch-technische Fortschritt und die überdurchschnittlich hohe Inflation im Gesundheitssektor führen zu Ausgabensteigerungen in der Gesundheitsversorgung, die deutlich höher sein dürften als die demografiebedingten Belastungen durch die Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung. Diese Ausgabensteigerungen sind für ein Finanzierungssystem mit kapitalgedeckten Kopfprämien ebenso virulent wie für umlagefinanzierte Systeme (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003).

Einen Vorteil bei der Bewältigung der Alterslast können kapitalfundierte Systeme hingegen auf der Finanzierungsseite dadurch entfalten, dass sie die intergenerationale Umverteilung verringern (vgl. oben Abschn. 3.3.5) und eine intertemporale Glättung bewirken. Bei portablen Alterungsrückstellungen gehen sie auch mit einem vermehrten Interesse des Versicherers an dynamischer Effizienz bei den

74 Vgl. dazu etwa (Buchner et al. 2002) sowie (Deutscher Bundestag 2002): 385–423.

75 Vgl. einen Überblick bei Wasem/Hessel (2003).

Gesundheitsausgaben im Vergleich zum Umlageverfahren einher, wenn etwa die Effekte von Präventionsaktivitäten internalisiert werden können. Auch werden der Kapitalfundierung allokativen Vorteile dann zugesprochen, wenn mit der Kapitalbildung eine Erhöhung des volkswirtschaftlichen Kapitalstocks einhergeht (sofern die Kapitalbildung im Rahmen der Krankenversicherung nicht lediglich andernfalls woanders stattfindende Kapitaldeckung ersetzt und insofern die Kette Sparen-Finanzinvestition-Realinvestition hält) (Sachverständigenrat Wirtschaft 2004). Allerdings ist auch die Finanzierung kapitalfundierter Sicherungssysteme grundsätzlich vom demographischen Wandel betroffen und nicht per se »demographieimmun«. Zwar scheinen einzelne Versicherte in einem solchen System nicht auf eine zahlenmäßig starke nachwachsende Generation angewiesen zu sein, da jeder Versicherte für sich selbst vorsorgt, indem er in der Krankenversicherung Altersrückstellungen bildet. Allerdings muss das angesparte Kapital hierzu im Alter aufgelöst werden. Nun führt die demographische Alterung dazu, dass sich die Zahlenrelation derjenigen, die ihr zur Alterssicherung akkumuliertes Kapital liquidieren, zu denjenigen, die sich noch in der Ansparphase befinden, permanent erhöht. Eine derartige Veränderung führt – bei konstanten Sparquoten – zu einem Überangebot an Vermögensanlagen, zu einem sinkenden Realwert dieser Anlagen und auf diesem Weg zu einer Reduktion des Wertes der Altersrückstellungen und der internen Verzinsung im kapitalfundierten Verfahren (Deutsche Bundesbank 1999: 19 f.; Deutscher Bundestag 1994: 186; Rürup 1998; Schmähl 2000: 203). Dies wird unter dem Stichwort »Age-Wave« inzwischen breit diskutiert (Culhane 2001; Heigl 2001).⁷⁶

Für die durch Kapitaldeckung leistbare intertemporale Glättung benötigen diejenigen Kopfprämienmodelle, die einen sofortigen Übergang zur Kapitaldeckung vorsehen (insbesondere Modell 9) in der Übergangsphase zum Kapitaldeckungsverfahren in höherem Umfang steuerliche Transfers als die anderen Modelle. Dies ist darin begründet, dass nicht nur der soziale Ausgleich (wie auch in den anderen Modellen) aus dem Steuer-Transfersystem finanziert werden muss. Vielmehr müssen in der Übergangsphase nunmehr auch die bislang im Umlageverfahren erworbenen Ansprüche aus Steuermitteln subventioniert werden. Die Doppelbelastung der jungen Generation – einerseits Aufbau eines eigenen Kapitalstocks, andererseits

76 Einem Ausweg scheint eine Anlage im Ausland zu bieten. Allerdings kommen zum Kapitalmarktrisiko dann noch andere Risiken hinzu. Hierbei sind insbesondere das politische Risiko, das Wechselkursrisiko und das Inflationsrisiko im Anlageland zu nennen (Deutsche Bundesbank 1999: 20; Krupp/Weeber 2001). Diese Risiken sind zwar in anderen Industrieländern vergleichsweise gering. Da diese aber ebenfalls mit einer alternden Bevölkerung konfrontiert sind, bleibt vor allem die risikoreichere Investition in »aufstrebende Märkte«. Die damit verbundenen Risiken sind jedoch in der Mexiko-Krise des Jahres 1994 sowie der Asienkrise 1997/8 deutlich geworden.

weitere Bedienung der im Umlageverfahren erworbenen Ansprüche der Alten, die keinen eigenen Kapitalstock mehr aufbauen können – ist unvermeidbar.

Aus der Wettbewerbsperspektive sind kapitalgedeckte Systeme immer dann problematisch, wenn die Mitnahme der Alterungsrückstellungen bei einem Versicherungswechsel nicht gewährleistet ist. Solange die Möglichkeit eines Versicherungswechsels durch die Portabilität der Altersrückstellungen nicht realisiert wird, lassen Finanzierungssysteme auf der Basis des Umlageverfahrens den Wechsel zwischen den Versicherern und damit einen Effizienz steigernden Wettbewerb zwischen Krankenversicherern leichter zu. Das Modell 4 schlägt zur Lösung dieses Problems den Übergang zu einem morbiditätsorientierten RSA auch im Kontext des Kapitaldeckungsverfahrens vor; in diesem Kontext kann dann die rechnerische Alterungsrückstellung für den hier zur Rede stehenden Pflichtleistungskatalog mitgegeben werden. Die Ausführungen von Henke et al. lassen erkennen, dass die Probleme zur Anrechnung von Alterungsrückstellungen⁷⁷ durch das vorgeschlagene Modell grundsätzlich lösbar sind, auch wenn dies in der Publikation nicht unter den Prämissen von Inflation und kostentreibendem medizinischen Fortschritt durchdekliniert wurde.

3.5.2 Freiwillige Kapitaldeckung

Das Modell 3 geht davon aus, dass beim Übergang zu risikoäquivalenten kurzperiodigen Kopfprämien die Möglichkeit geschaffen wird, dass die Versicherten freiwillig Kapitaldeckungskomponenten zusätzlich abschließen werden, um einer starken Belastung mit Krankenversicherungsbeiträgen im Alter vorzubeugen. Dies kann jedoch bezweifelt werden. Zunächst ist generell die Frage zu stellen, inwieweit die Menschen diese spezifische Form der Altersversorgung wählen werden. So hat etwa die Bundesregierung Anfang der neunziger Jahre auf Veranlassung der Versicherungswirtschaft bei der europäischen Gemeinschaft durchgesetzt, dass der nationale Gesetzgeber auch im deregulierten Versicherungsbinnenmarkt die Bildung von Alterungsrückstellungen bei der Vollversicherung in der PKV vorschreiben darf. Die Bundesregierung ging davon aus, dass Versicherungsangebote mit Alterungsrückstellungen im Wettbewerb mit Versicherungsangeboten ohne Altersrückstellungen für die Versicherten wenig attraktiv wären. Diese Skepsis gilt aber insbesondere in Verbindung mit dem Steuer-Transfer-Mechanismus: Da die große Mehrzahl der älteren Versicherten mit ihren Krankenversicherungsprämien bei kurz-

77 Vgl. hierzu (Deutscher Bundestag 1996).

periodigen Risikoprämien deutlich oberhalb der Belastungsgrenze liegen werden, ist es für die jungen Versicherten rational, keine eigenständige Vorsorge vor steigenden Krankenversicherungsbeiträgen mit dem Alter zu leisten, da sie die hohen Risikoprämien im Alter aller Voraussicht nach nur zu einem geringen Anteil selbst zu tragen hätten (vgl. auch SVR Wirtschaft 2004).

3.6 GLEICHE WETTBEWERBSBEDINGUNGEN FÜR GKV UND PKV DURCH KOPFPRÄMIEN?

In den meisten der im Abschnitt 2 dargestellten Kopfprämienmodelle wird die derzeitige Unterscheidung zwischen der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung beibehalten. In den Modellen 3 und 7 wird die Unterscheidung zwischen den beiden Systemen durch den Übergang zu risikoabhängigen Prämien hinfällig. Zweifel et al. stellen die Überwindung der Systemgrenzen explizit als Vorteil heraus. Im Gegensatz dazu fordern die Modelle 2 (Knappe et al.), 4 (Henke et al.) und 12 (SVR Gesundheit) gleiche Wettbewerbsbedingungen für gesetzliche und private Krankenversicherung auf der Basis nicht risikoäquivalent kalkulierter Kopfprämien. Modell 1 fordert zwar die Beibehaltung der Unterscheidung zwischen GKV und PKV – stellt aber als Vorteil heraus, dass die Wettbewerbsfähigkeit der GKV gegenüber der PKV als Folge der Umstellung auf Kopfprämien im Rahmen eines »fairen Systemwettbewerbs« zunehmen wird.

Ob eine Aufhebung der Unterscheidung zwischen GKV und PKV sinnvoll ist, kann kontrovers diskutiert werden.⁷⁸ Diese Debatte soll hier nicht geführt werden. Gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung könnten jedenfalls nur dann hergestellt werden, wenn sämtliche Dimensionen der Prämienkalkulation sowohl in der GKV als auch in der PKV in gleicher Weise berücksichtigt werden, und zudem weitere Rahmenbedingungen der Regulierung (etwa steuerrechtlicher Art, in Bezug auf die Eigenkapitalbildung etc.) angepasst würden. In Bezug auf die Dimensionen der Prämienkalkulation sind erstens die Berücksichtigung des individuellen Erkrankungsrisikos und zweitens die Berücksichtigung der im Durchschnitt steigenden Gesundheitsausgaben im Alter relevant (Wasem/Greß/Okma 2004). Werden die Prämien unabhängig vom Erkrankungsrisi-

78 Hierzu bestehen auch zwischen den Autoren des hier vorliegenden Beitrags unterschiedliche Auffassungen. Eine Minderheit der Autoren erachtet die Dualität der Versicherungssysteme mit Blick auf die Dualität insbesondere von Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren einem einheitlichen Versicherungssystem mit Umlage gegenüber für überlegen.

ko kalkuliert, ist eine einkommensabhängige und eine einkommensunabhängige Kalkulation möglich (vgl. Tabelle 3). Im Umlageverfahren werden die steigenden Kosten im Alter in der Prämie nicht berücksichtigt, im Kapitaldeckungsverfahren ist dies durch die Bildung von Alterungsrückstellungen der Fall. Modell 2 sieht die einheitliche Prämienkalkulation in GKV und PKV auf der Basis einkommensunabhängiger, nicht risikobezogener Prämien in Umlageverfahren vor. Modell 4 sieht ein einheitliches Versicherungssystem mit einkommensunabhängigen Prämien und Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren vor. Das Modell 7 postuliert im Rahmen des einheitlichen Versicherungssystems ebenfalls Kapitaldeckung, sieht aber den Übergang zu risikobezogenen Prämien vor. Modell 3 dagegen verzichtet auf eine verpflichtende Kapitaldeckung bei risikobezogenen Prämien. Diesen vier Modellen ist damit gemeinsam, dass sie damit – so die jeweiligen Autoren – zumindest auf der Finanzierungsseite einheitliche Wettbewerbsbedingungen für private und gesetzliche Krankenversicherung schaffen. Die Unterscheidung zwischen den beiden Versicherungssystemen würde damit hinfällig werden.⁷⁹ Unterschiedlich fällt die Bewertung allerdings im Hinblick auf die Kalkulation risikoabhängiger Prämien (vgl. Abschnitt 3.7) und die Kalkulation von Alterungsrückstellungen aus (vgl. Abschnitt 3.5).

Tabelle 3: Dimensionen der Prämienkalkulation

		Prämienkalkulation		
		Ohne Risikobezug		risikobezogen
		Einkommensabhängig	Einkommensunabhängig	
Zeit	Umlageverfahren	Alternative	Modell 2	Modell 3
	Kapitaldeckung	Alternative	Modell 4	Modell 7

Die isolierte Umstellung von einkommensabhängigen Beiträgen auf Kopfprämien in der GKV – ohne Änderung der Kalkulationsbedingungen in der PKV und ohne Übergang zur Kapitaldeckung in der GKV– wird voraussichtlich zu Wechselströmen zwischen PKV und GKV führen, die hinsichtlich Risiko, Familienstand und Einkommen differenziert werden müssen. Sowohl PKV als auch GKV erheben dann eine einkommensunabhängige Prämie, die aber nur in der PKV risikodifferenziert ist; die

79 Diese Aussage gilt nur dann uneingeschränkt, wenn (neben den oben angesprochenen Aspekten wie Steuerpflichten, Eigenkapitalbildung etc.) auch die Wettbewerbsbedingungen in den Beziehungen mit den Leistungsanbietern vereinheitlicht werden – was insbesondere die Vertragsgestaltung und die Vergütung der Leistungsanbieter betrifft

GKV-Kopfprämie bliebe im Umlageverfahren, die in der PKV im Kapitaldeckungsverfahren. Dadurch ist die GKV grundsätzlich weiterhin für die in bezug auf den Gesundheitszustand schlechten Risiken und die PKV weiterhin für die insoweit guten Risiken attraktiver. Diesbezüglich findet eine Beendigung der Risikoentmischung *nicht* statt. Im Vergleich zur jetzigen Regelung wird die GKV allerdings relativ attraktiver für Personen mit hohen Einkommen und keinen Kindern und relativ unattraktiver für Personen mit niedrigem Einkommen und vielen Kindern. Personen mit hohen Einkommen werden daher im Vergleich zur jetzigen Situation eher einen Verbleib in der GKV erwägen, auch da die GKV-Prämie wegen der fehlenden Altersrückstellung möglicherweise günstiger ist. Das gilt natürlich insbesondere für die schlechten Risiken. Insgesamt ergibt sich also ein gemischtes Bild. Um einem »fairen Systemwettbewerb« handelt es sich in keinem Fall. Zu berücksichtigen ist in diesem Kontext auch die Frage, ob die Quersubventionen von PKV zu GKV bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erhalten bleiben sollen oder nicht.

3.7 WEGFALL BZW. REDUZIERUNG DES RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHS DURCH KOPFPRÄMIEN?

In den Modellen 1 (Rürup et al.), 7 (Rürup/Wille) stellen die Autoren heraus, dass durch die Einführung von einkommensunabhängigen Kopfprämien das Umverteilungsvolumen des Risikostrukturausgleichs deutlich zurückgehen würde. An der Weiterentwicklung zum morbiditätsorientierten RSA wollen die Autoren beider Modelle jedoch festhalten.⁸⁰ Modell 2 (Knappe et al.) geht dagegen von einer Rückführung der Ausgleichsparameter auf Alter und Geschlecht aus. Modell 3 (Zweifel et al.) impliziert gar eine Abschaffung des RSA. Insofern muss das potenzielle Argument »Wegfall bzw. Reduzierung des Risikostrukturausgleichs durch Kopfprämien« differenziert bewertet werden.

3.7.1 Abschaffung des Finanzkraftausgleichs

Bewertung

Es ist zutreffend, dass der Finanzkraftausgleich innerhalb des RSA durch die Abschaffung der einkommensabhängigen Umverteilung im Grundsatz überflüssig werden würde. Das Umverteilungsvolumen des RSA würde dadurch nachhaltig –

⁸⁰ Auch in Modell 11 wird dieser Vorteil genannt. Aussagen zur Morbiditätsorientierung des RSA fehlen.

um vermutlich mehr als 50 von Hundert – sinken (IGES/Lauterbache/Wasem 2004). Mängel im derzeitigen Finanzkraftausgleich (Jacobs et al. 2002) würden irrelevant, der Verwaltungsaufwand für die Durchführung des RSA ginge zurück. Der Finanzkraftausgleich könnte allerdings nur dann vollständig entfallen, wenn die beitragsfreie Versicherung für Kinder komplett entfällt – entweder weil die Kinder auch Beiträge zahlen (wie in Modell 2) oder weil der Staat für sie Beiträge zahlt (wie in den Modellen 6 und 7). Bleibt hingegen eine beitragsfreie Kinderversicherung bestehen (wie in den Modellen 1, 4, 5, 8 und 10) müsste der Finanzkraftausgleich bestehen bleiben – wenn auch in einer gegenüber dem Status quo deutlich modifizierten und in seinem Umverteilungsvolumen reduzierten Form. Andernfalls beständen Anreize für die Krankenkassen, gegenüber Versicherten mit Kindern zu selektieren.

Alternativen

Die Autoren dieses Beitrags halten es für äußerst fragwürdig anzunehmen, dass ein möglichst geringes Umverteilungsvolumen des RSA an sich wünschenswert sein soll. Die Verwaltungskosten für die Durchführung des Finanzkraftausgleichs sind zu vernachlässigen und eine Korrektur der Mängel des Finanzkraftausgleichs ist im bestehenden System des RSA mit vertretbarem Aufwand durchführbar. Der Finanzkraftausgleich im RSA ist gemeinsam mit den einkommensbezogenen Beiträgen der Kern der Umsetzung des Gedankens der GKV-weiten Einkommenssolidarität. Nur wenn gesichert ist, dass die Verlagerung der Einkommenssolidarität auf das Steuer- und Transfersystem genau so verlässlich diese Umverteilungsaufgabe wahrnimmt, könnte das Argument überzeugen.

3.7.2 Rückführung des Beitragsbedarfsausgleichs

Die im Modell 2 vorgesehene Rückführung des RSA auf Alter und Geschlecht würde die Anreize zur Risikoselektion für Krankenkassen weiter verstärken und einen Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung verhindern (Jacobs et al. 2002). Auch bei einer GKV-Finanzierung über einkommensunabhängige Kopfprämien bliebe – da besteht in der internationalen Diskussion wenig Dissens (van de Ven/Ellis 2000) – die Notwendigkeit, den RSA morbiditätsorientiert weiterzuentwickeln, sofern Kassenwahlrechte und Kassenwettbewerb weiterhin eine funktionale Rolle spielen sollen.

3.7.3 Abschaffung des Risikostrukturausgleichs

Bewertung

Die Autoren des Modells 3 – und implizit offensichtlich auch die des Modells 9 – gehen von der Prämisse aus, dass der gegenwärtige Risikostrukturausgleich nicht in der Lage ist, die Anreize für Krankenkassen zur Risikoselektion hinreichend zu kompensieren bzw. dass die Versicherungsunternehmen eher in der Lage sind, Risikounterschiede der Versicherten zu erkennen und zu tarifieren, die in einem Risikostrukturausgleich grundsätzlich nicht bzw. nicht hinreichend schnell erhoben werden können. Wären Krankenkassen in der Lage, diese nicht durch den RSA abgedeckten Risikodifferenziale mit geringen Kosten zu ermitteln, wäre es für Krankenkassen betriebswirtschaftlich profitabler, sich auf volkswirtschaftlich sinnlose Risikoselektion zu konzentrieren, als eine Verbesserung der Versorgungssituation ihrer Versicherten in den Mittelpunkt ihrer Aktivitäten zu stellen.

Die Autoren dieses Beitrags teilen diese Prämisse letztlich nicht. In den letzten 10 Jahren hat es in der internationalen Forschung weit reichende Fortschritte bei der Entwicklung von wirkungsvollen Mechanismen zur Verhinderung von Risiko-selektion durch Risikostrukturausgleiche gegeben. Diese Erkenntnisse wurden auch für die Entwicklung des morbiditätsorientierten RSA in der GKV nutzbar gemacht (IGES et al. 2004). Für die Stärkung wettbewerblicher Elemente in der GKV mit dem Ziel einer verbesserten Effizienz der Versorgung – etwa durch eine Ausweitung der vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungsanbieter (Ebsen et al. 2003) – ist eine Umstellung auf risikoäquivalente Prämien nicht notwendig. Im Gegenteil kann die Umstellung der GKV-Finanzierung auf risikoäquivalente Prämien den Wettbewerb sogar behindern. Das ist in all denjenigen Fällen der Fall, in denen die risikogerechte Prämie der Versicherten mehr als 15 Prozent des Haushaltseinkommens beträgt. Dies dürfte der weit überwiegende Teil der Altenbevölkerung sowie praktisch alle chronisch kranken Versicherten sein: Wenn hier der Steuer-Transfer-Mechanismus die Differenz zwischen der Prämie und der Belastungsgrenze übernimmt, sind die Versicherten nicht mehr preissensitiv, so dass der Wettbewerb um die kosteneffektive Versorgung nicht mehr funktioniert. Da dies aber gerade die (einzigen) Versicherten sind, bei denen in nennenswertem Umfang Versorgungsleistungen anfallen, um deren kosteneffektives Management es geht, ist insgesamt ein erheblicher Rückschritt im Vergleich zum Status quo in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erwarten.

Dies könnte nur dann vermieden werden, wenn der Steuer-Transfer-Mechanismus nicht pauschal die Differenz zwischen der risikogerechten Prämie, die der Ver-

sicherte zahlt, und der Belastungsgrenze ausgleichen würde, sondern mit standardisierten Beträgen arbeiten würde, die die bei einer gegebenen Morbidität durchschnittlichen Prämien zum Ausgangspunkt nehmen würden. Dies würde aber voraussetzen, dass der Steuer-Transfer-Mechanismus in der Lage wäre, solche Standardisierungen durchzuführen, wofür er faktisch ein morbiditätsorientiertes Risikoklassifizierungssystem benötigen würde. Von Zweifel et al. wird aber gerade bestritten, dass eine staatliche Behörde in der Lage sei, einen adäquaten Risikoklassifikationsalgorithmus einzusetzen – dies ist ja der zentrale Ausgangspunkt für ihre Ablehnung eines Risikostrukturausgleiches.

Alternativen

Notwendige (aber nicht hinreichende) Bedingung für Vertragswettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und somit zentraler Bestandteil einer Wettbewerbsordnung ist die Umsetzung des morbiditätsorientierten RSA. Ein direkt morbiditätsorientierter RSA verhindert die derzeit noch bestehenden Beitragssatzvorteile als Ergebnis von aktiver und passiver Risikoselektion, da die Kassen deutlich risikoäquivalente – also stärker am tatsächlichen Ausgabenrisiko ihrer Versicherten ausgerichtete – Beitragsbedarfe zugerechnet bekommen. Insbesondere stellen kranke Versicherte bei einem morbiditätsorientierten RSA für die Kassen nicht mehr automatisch »schlechte Risiken« (mit negativen Deckungsbeiträgen) dar. Entsprechend müssen die Kassen nicht mehr befürchten, dass aktives Eintreten für die Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken am Ende zu einem Beitragssatz- und damit Wettbewerbsnachteil führt, weil dadurch zusätzliche chronisch kranke Menschen zu einem Kassenwechsel bewegt werden würden. Bei einem morbiditätsorientierten RSA kann sich demgegenüber gerade der Wettbewerb um (chronisch) kranke Versicherte lohnen, weil sich durch gezielte Versorgungsangebote einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung chronisch kranker Menschen Beitragssatzvorteile realisieren lassen. Insgesamt stellt der morbiditätsorientierte RSA somit eine wesentliche Voraussetzung für sinnvollen Wettbewerb und eine überzeugende Alternative zu einem Übergang zu risikoäquivalenten Prämien dar, weil er bei den Kassen die Anreize zur Entwicklung von attraktiven Versorgungsangeboten für alle Versicherten deutlich verstärkt (Jacobs et al. 2002).

4. GESUNDHEITSPOLITISCHE SCHLUSSFOLGERUNGEN

Zur Verbesserung der GKV-Finanzierungsbasis ist die Einführung von Kopfprämien weder notwendig noch hinreichend.

Eine Ausweitung der Finanzierungsbasis ist zwar notwendig, aber auch innerhalb eines einkommensabhängig finanzierten Systems möglich. Die Einnahmen für die GKV würden in einem einkommensunabhängig finanzierten System mit Kopfprämien nicht stetiger fließen als im Status quo. Das gilt insbesondere für den steuerfinanzierten Transfermechanismus, der höchst anfällig für konjunkturelle Schwankungen sein wird.

Kopfprämien führen nicht zu nennenswerten Beschäftigungseffekten.

Zwar gibt es gute Gründe für die Abkopplung der GKV-Finanzierung von den Arbeitgeberbeiträgen (Reduzierung der Gesundheitspolitik auf reine Kostendämpfungs politik; Einfluss der Arbeitgeber auf die Kassenwahlentscheidungen der Arbeitnehmer), ein nennenswerter Beschäftigungszuwachs in der Gesamtwirtschaft als Folge der Einführung von Kopfprämien ist jedoch nicht zu erwarten. Ebenso unklar sind die Effekte auf das Arbeitsangebot.⁸¹ Die Abkopplung der GKV-Finanzierung von den Arbeitgeberbeiträgen lässt sich mindestens so gut durch ein Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge auf dem Niveau des derzeitigen durchschnittlichen Beitragsatzes erreichen.

Die Umverteilung durch Kopfprämien ist nur in der Theorie zielgenauer als die Umverteilung durch einkommensbezogene Beiträge.

Es ist äußerst zweifelhaft, ob die Mittelaufbringung für die Finanzierung des notwendigen steuerfinanzierten Transfermechanismus die nötige Kontinuität aufweisen wird. Vielmehr ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Mittelaufbringung in hohem Ausmaß den Restriktionen finanzpolitischer Konsolidierungsanforderungen unter-

81 Zur differenzierten Analyse der Arbeitsmarkteffekte besteht allerdings erheblicher empirischer Forschungsbedarf.

liegen wird. Versicherte mit niedrigem Einkommen können trotz Ausgleichszahlungen im Vergleich zum Status quo zusätzlich belastet werden. Darüber hinaus ist dieser Transfermechanismus in jedem Fall bürokratisch aufwändig. Die Zielgenauigkeit der Umverteilung kann darüber hinaus auch im einkommensfinanzierten GKV-System durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragserhebung und andere Maßnahmen verbessert werden.

Kopfprämien allein erhöhen die Effizienz des Krankenversicherungsmarktes nur wenig.

Wesentlich für die Förderung von Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung sind weniger Reformen in der Finanzierung als vielmehr Reformen im Vertragsrecht – insbesondere zur Förderung einzelvertraglicher Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Verhältnis zu den Leistungsanbietern. Kopfprämien ermöglichen allerdings die Integration von Zu- und Abwahlleistungen – dies selbst ist aber kein lohnenswertes Ziel. Zu- und Abwahlleistungen würden zwar die Wahlmöglichkeiten der Versicherten erhöhen. Diesem Vorteil stehen aber erhebliche Nachteile vor allem durch die Selbstselektion von Versicherten entgegen. Ein Wettbewerb um die Art der Leistungserbringung ist einem Wettbewerb um den Umfang des Leistungspakets vorzuziehen.

Kapitalgedeckte Kopfprämien halten die Beiträge nur eingeschränkt stabil.

Eine mögliche Kapitaldeckung hat keinen Einfluss auf die Gesundheitsausgaben. Allenfalls können die Folgen des demographischen Wandels auf der Einnahmeseite abgeschwächt, aber nicht vollkommen aufgehoben werden. Aus der Wettbewerbsperspektive ist Kapitaldeckung nur dann eine Alternative, wenn die Frage der Portabilität von Altersrückstellungen gelöst wird, wozu Lösungsmöglichkeiten identifiziert werden können. Kapitaldeckung ermöglicht unter bestimmten Voraussetzungen eine intertemporale Glättung und trägt insoweit zur Verbesserung der intergenerationellen Gerechtigkeit bei.

Die Weiterentwicklung des RSA wird auch in einem System von Kopfprämien nicht überflüssig.

Bei der Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien wird lediglich der Finanzausgleich des RSA überflüssig – und das auch nur in vollem Ausmaß, wenn die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern entfällt. Dadurch sinkt das Umverteilungsvolumen des RSA, was an sich aber noch kein Indikator für die Wirksamkeit

des RSA ist. Die Weiterentwicklung des derzeitigen RSA in Richtung eines morbiditätsorientierten RSA bliebe auch in einem System von Kopfprämien von zentraler Bedeutung, um Anreize der Krankenkassen zur Risikoselektion zu neutralisieren. Lediglich bei risikoäquivalenten Prämien ist ein RSA konzeptionell überflüssig. Allerdings erweist sich diese Argumentation bei näherer Betrachtung als zu kurz gegriffen.

Insgesamt erachten die Autoren dieser Expertise auf der Grundlage der vorstehenden Ausführungen die Argumente für die Notwendigkeit einer Einführung von Kopfpauschalen als nicht zwingend. Die meisten der von den Befürwortern genannten Argumente halten einer näheren Überprüfung nicht stand. Umgekehrt wird eine Reihe von mit diesen Modellen verbundenen Risiken von deren Befürwortern unterschätzt. Ebenso sind wichtige Fragen der Ausgestaltung des Transfermechanismus weiterhin unbeantwortet. Vor allem aber lenkt die Diskussion über die Finanzierung durch Kopfprämien von zentralen Problemen und Herausforderungen im Gesundheitswesen ab, die auch auf der Leistungs- und nicht nur auf der Finanzierungsseite liegen. Vor diesem Hintergrund ist eine Konzentration der öffentlichen Aufmerksamkeit auf eine wettbewerbliche Weiterentwicklung der GKV mit dem Ziel der Erhöhung von Qualität, Effektivität und Effizienz der Versorgung anstelle einer Debatte über Kopfprämien, Gesundheitspauschalen oder Bürgerpauschalen zu fordern.

6. LITERATUR

- BDA (2004). *BDA-Finanzierungskonzept für das Gesundheitsprämienmodell*. Berlin, Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände.
- Braun, B./H. Kühn/H. Reiners (1998). *Das Märchen von der Kostenexplosion – Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik*. Frankfurt/M., Fischer.
- Buchner, F./F. Hessel/S. Greß/J. Wasem (2002). Gesundheitsökonomische Aspekte des hohen Alters und der demographischen Entwicklung. *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band 2: Ökonomische Perspektiven auf das hohe Alter*. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Hannover, Vincentz.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Hrsg. (2003). *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission*. Berlin.
- CDU (2003). *Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands 2003 »Deutschland fair ändern«*. Berlin, Christlich Demokratische Union Deutschlands.
- CDU/CSU (2004). *Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell*. Berlin.
- Culhane, M. M. (2001). *Global Aging – Capital Market Implications*, Chicago Goldman Sachs Strategic Relationship Management Group.
- Deutsche Bundesbank (1999). »Möglichkeiten und Grenzen einer verstärkten Kapitaldeckung der gesetzlichen Alterssicherung in Deutschland.« *Monatsbericht der Deutschen Bundesbank* (12): 15-31.
- Deutscher Bundestag, Hrsg. (1994). *Enquête-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Zwischenbericht. Zur Sache 4/1994*. Bonn, Deutscher Bundestag.
- , Hrsg. (1996). *Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter*. Bonn, Deutscher Bundestag, BT-Drucksache 13/4945.
- , Hrsg. (2002). *Enquête-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Schlußbericht. Zur Sache 3/2002*. Berlin, Deutscher Bundestag.
- Dräther, H./H. Rothgang (2004). *Die Familienmitversicherung für Ehepartner in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Problemanalyse und Lösungsvorschläge*. ZeS-Arbeitspapier Nr. 9/04. Zentrum für Sozialpolitik.

- Ebsen, I./S. Greß/K. Jacobs/J. Szecseny/J. Wasem (2003). »Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.« *Soziale Sicherheit* **52** (4): 128-32.
- FDP (2004). *Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle – die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative*. Dresden, Beschluss des 55. Ordentlichen Bundesparteitags der FDP.
- Fritzsche, B. (2004). »Verteilungspolitische Aspekte einer Umstellung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung auf Pauschalprämien in Verbindung mit Ausgleichszahlungen.« *RWI: Mitteilungen* **54/55** (1): 51-58.
- Greß, S. (2002). *Krankenversicherung und Wettbewerb – Das Beispiel Niederlande*. Frankfurt/New York, Campus.
- Greß, S./J. Wasem (2001). Die Abschaffung der Exit-Option für freiwillig Versicherte in der GKV – Realistische Finanzierungsalternative oder Einschränkung von Wahlmöglichkeiten? *Der Preis der Gesundheit: Wissenschaftliche Analysen, politische Konzepte – Perspektiven zur Gesundheitspolitik*. W. Michaelis. Landsberg, ecomed: 233-44.
- Greß, S./J. Wasem/H. Rothgang (2003). »Kopfprämien in der GKV – Keine Perspektive für die Zukunft.« *Arbeit und Sozialpolitik* **57** (9-10): 18-25.
- Heigl, A. (2001). »Age Wave – Zur Demographieanfälligkeit von Aktienmärkten.« *Policy Brief der HypoVereinsbank* (4): 1-7.
- Henke, K.-D./W. Johannßen/G. Neubauer/U. Rumm/J. Wasem (2002). *Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland*. München, Vereinte Krankenversicherung.
- IGES/BASYS (2004). *Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheits-systembedingte Kosten im internationalen Vergleich*. Berlin/Augsburg.
- IGES/K. Lauterbach/J. Wasem (2004). *Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich – Endbericht. Stand: 15. Juli 2004*.
- Jacobs, K. (2003). »Die GKV als solidarische Bürgerversicherung.« *Wirtschaftsdienst* **83** (2): 88-92.
- Jacobs, K./P. Reschke/D. Cassel/J. Wasem (2002). *Zur Wirkung des Risikostruktur-ausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Endbericht*. Baden-Baden, Nomos, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 140.
- Knappe, E./R. Arnold (2002). *Pauschalprämie in der Krankenversicherung – Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit*. München, Gutachten im Auftrag des Verbandes der bayerischen Wirtschaft (vbw).

- Knappe, E./M. Becker (2003). *Zuwahlleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung – ökonomische Begutachtung. Gutachten im Auftrag des »Forums für Solidarität und Wettbewerb in der GKV«*. Trier, Universität Trier.
- Knappe, E./T. Rubart (2001). Auswirkungen des demographischen Wandels – Gesetzliche Pflege- und Krankenversicherung im Vergleich. *Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen*. W. Schmähl, V. Ulrich. Tübingen, MohrSiebeck: 95-120.
- Kocher, R./S. Greß/J. Wasem (2002). »Das KVG – Vorbild für einen regulierten Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung?« *Soziale Sicherheit CHSS* (5): 299-307.
- Kommission »Soziale Sicherheit« zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (2003). *Bericht der Kommission*. Berlin.
- Krupp, H.-J./J. Weeber (2001). Risiken der Alterssicherung. Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren im Vergleich. *Private Versicherung und Soziale Sicherung*. H.-C. Mager, H. Schäfer, K. Schrüfer. Marburg, Metropolis: 185-202.
- Niebuhr, D./H. Rothgang/J. Wasem/S. Greß (2004). *Die Bestimmung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung (Band 2)*. Düsseldorf, edition der Hans-Böckler-Stiftung Band 108.
- Nolting, H.-D./J. Wasem (2002). *Der Patient vor der Wahl – Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung: Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002*. Neuss, Janssen-Cilag.
- Rothgang, H. (2001). »Die Verfassungsgerichtsurteile zur Pflegeversicherung: Ausgangspunkt für eine Neuordnung der Sozialversicherung?« *Sozialer Fortschritt* (5): 121-26.
- Rürup, B. (1998). Umlageverfahren versus Kapitaldeckung. *Handbuch Altersvorsorge. Gesetzliche, betriebliche und private Vorsorge in Deutschland*. J. E. Cramer, W. Förster, F. Ruland. Frankfurt, Fritz Knapp/KNO.
- Rürup, B./E. Wille (2004). *Finanzierungsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Gutachten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherer.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität – Gutachten 2003*. Berlin, <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002). *Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Jahresgutachten 2002/03*. Stuttgart, Metzler Poeschel.

- Schellhorn, M. (2002). »Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz?« *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* **71** (4): 411-26.
- Schmähl, W. (2000). Pay-as-you-go Versus Capital Funding: Towards a more Balanced View on Pension Policy – Some Concluding Remarks. *Pensions in the European Union: Adapting to Economic and Social Change*. G. Hughes, J. Steward. Boston, Kluwer Academic Publishers: 195-207.
- Schmähl, Winfried/Rothgang, Heinz (2004): Familie und Pflegeversicherung: Verfassungsrechtlicher Handlungsbedarf, Handlungsmöglichkeiten und ein Gestaltungsvorschlag, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 53. Jg., Heft 2, 181-191.
- Schmähl, Winfried/Rothgang, Heinz/Viebrok, Holger (2005): Berücksichtigung von Familienleistungen in der Alterssicherung. Der Prüfauftrag des Bundesverfassungsgerichtes: Analyse und Folgerungen aus ökonomischer Sicht. DRV-Schriften. Frankfurt: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, i.E.
- SVR Wirtschaft (2004). *Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/05*, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.
- van de Ven, W. P. M. M./R. Ellis (2000). Risk Adjustment in competitive health plan markets. *Handbook of Health Economics*. A. J. Culyer, J. P. Newhouse. Amsterdam, Elsevier North Holland. **1A**: 755-845.
- Wasem, J./ S. Greß (2004). *Geschlechtsspezifische Auswirkungen von Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungserhöhungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Expertise für das WSI. Essen. Download unter: www.uni-essen.de/medizin-management
- Wasem, J./S. Greß/K. G. H. Okma (2004). The regulation of private health insurance markets. *Social health insurance in Western Europe*. R. Saltman, R. Busse, J. Figueras. London, Open University Press: 227-47.
- Wasem, J./S. Greß/H. Rothgang (2003). *Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Perspektive für die Zukunft?* Bremen, ZeS-Arbeitspapier 7/2003, Zentrum für Sozialpolitik.
- Wasem J./ F. Hessel (2003). *Die Krankenversicherung in einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft*. Münsteraner Reihe Bd. 86, Karlsruhe.
- Wasem J./F. Hessel/S. Gress (2004). *Generationengerechtigkeit und Krankenversicherung*. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *Generationengerechtigkeit – Inhalt, Bedeutung und Konsequenzen für die Alterssicherung. Jahrestagung 2003 des Forschungsnetzwerkes Alters-*

sicherung (FNA) am 4. und 5. Dezember 2003 in Erfurt. DRV-Schriften Band 51. Frankfurt, 117-124.

Werblow, A. (2002). »Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung.« *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* **71** (4): 427-36.

Zweifel, P./M. Breuer (2002). *Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems*. Zürich, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller.

Anhänge

ANHANG 1: TABELLARISCHE ÜBERSICHT DER KOPFPRÄMIENMODELLE

	Modell 1: Rürup et al.	Modell 2: Knappe et al.	Modell 3: Zweifel et al.	Modell 4: Henke et al.
Beitragsfreie Mitversicherung für Ehegatten	Nein	Nein	Nein	Nein
Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder	Ja	Nein	Nein	Ja
Höhe der Kopfprämien	– 210 € pro Monat pro Erwachsenen – 80 € pro Monat pro Kind	– 170 € pro Monat pro Erwachsenen – Ø 140 € pro Person	Risikoäquivalent und daher nicht prognostizierbar	200 € pro Monat pro Erwachsenen
Arbeitgeberbeitrag	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil – für die ges. Wohnbevölkerung	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil – für die ges. Wohnbevölkerung	Keine Aussage
Finanzierung des steuerlichen Transferrmechanismus	Erhöhtes Steueraufkommen	– Erhöhtes Steueraufkommen – Einsparungen bei Sozialhilfe und Beihilfe	– Erhöhtes Steueraufkommen – Abbau der Zahlungen anderer Sozialversicherungsträger an die GKV	Steuerfinanzierung
Ausgestaltung des Transferrmechanismus	– Variante 1: Belastungsgrenze 13,3 % des Bruttoeinkommens – Variante 2: Belastungsgrenze 16 % des Bruttoeinkommens	Linear fallender Zuschuss bei einem Äquivalenzeinkommen zwischen 620 und 1.360 €	– Höchstprämie: 15 % des individuellen Bruttoeinkommens – Subventionierung der Differenz zwischen Risikoprämie und Höchstprämie	Belastungsgrenze 15 % des Gesamteinkommens
Ausgleichsvolumen	– 28,4 Mrd. € pro Jahr (Var. 1) – 22,6 Mrd. € pro Jahr (Var. 2)	19 bis 21 Mrd. € pro Jahr	35,5 Mrd. € pro Jahr	25 Mrd. € pro Jahr
Kalkulation der Beiträge	Umlagefinanzierung	Umlagefinanzierung	– Kohortenspezifische Risikoprämien – Kapitaldeckung nicht ausgeschlossen	Kapitaldeckung
Umfang des Leistungskatalogs	Reduzierter Leistungskatalog	Grundleistungskatalog	Grundleistungskatalog	Grundleistungskatalog

	Modell 1: Rürup et al.	Modell 2: Knappe et al.	Modell 3: Zweifel et al.	Modell 4: Henke et al.
Beziehung zwischen GKV und PKV	Wie Status quo	Unterscheidung zwischen PKV und GKV entfällt	Unterscheidung zwischen PKV und GKV entfällt	Unterscheidung zwischen PKV und GKV entfällt
Versicherter Personenkreis	Wie Status quo	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbevölkerung	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbevölkerung	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbevölkerung
Wettbewerbsordnung	<ul style="list-style-type: none"> – Diskriminierungsverbot und Kontrahierungszwang – Morbiditätsorientierter RSA – Vertragswettbewerb – Einheitlicher Leistungskatalog 	<ul style="list-style-type: none"> – Diskriminierungsverbot und Kontrahierungszwang – RSA nur nach Alter und Geschlecht – Rückversicherungspflicht – Angebot von Zu- und Abwahlleistungen durch die Krankenkassen 	<ul style="list-style-type: none"> – Kein Kontrahierungszwang (ggf. staatliche Aufanglösungen) – Kurzperiodische Risikoprüfung – Wegfall des RSA – Zu- und Abwahlleistungen – Frei gestaltbare Selbstbehalte 	<ul style="list-style-type: none"> – Diskriminierungsverbot und Kontrahierungszwang – Morbiditätsorientierter RSA – Vertragswettbewerb – Einheitlicher Leistungskatalog
Verteilungswirkungen	Keine Angaben zu Verteilungswirkungen unter Berücksichtigung der steuerlichen Gegenfinanzierung des Transfermechanismus	Neuverteilungsgewinne und Neuverteilungsverluste	Keine Angaben	Keine Angaben
Auswirkungen auf öffentliche Haushalte	Defizit von 4,4 Mrd. € bis 10,2 Mrd. € gegenüber Status Quo (je nach Belastungsgrenze)	Aufkommensneutral (+/- 1 Mrd. €)	Weitgehend aufkommensneutral	Keine Angaben
Grenzbelastung des Einkommens im Transferbereich (ohne Berücksichtigung von Steuererhöhungen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs)	<ul style="list-style-type: none"> – 13,3 % (Variante 1) bei Einkommen von 0 bis 1.579 €; ansonsten 0 – 16,6 % (Variante 2) bei Einkommen von 0 bis 1.313 €; ansonsten 0 	23 % bei Einkommen zwischen 620 € und 1.360 €; ansonsten 0	15 % bei Einkommen von 0 bis 933 €; ansonsten 0	15 % bei einem Einkommen von 0 bis 1.333 €;

	Modell 5: »Herzog-Kommision«	Modell 6: CDU 2003	Modell 7: Rürup/Wille	Modell 8: BDA
Beitragsfreie Mitversicherung für Ehegatten	Nein	Nein	Nein	Nein
Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder	Ja	Nein (Zahlung durch Dritte)	Nein (Zahlung durch Dritte)	Ja
Höhe der Kopfprämien	264 € pro Monat pro Erwachsenen (ab 2013)	<ul style="list-style-type: none"> – 200 € pro Erwachsenen (180 € Grundbeitrag und 20 € Vorsorgebeitrag) – 90 € pro Kind (Finanzierung durch Steuermittel: Zahlung des halben Grundbeitrags durch Kindergeldstelle) 	<ul style="list-style-type: none"> – 169 € pro Monat pro Erwachsenen – 78 € pro Monat pro Kind (Finanzierung durch Steuermittel: Zahlung durch Kindergeldstelle) 	163 € pro Monat pro Erwachsenen
Arbeitgeberbeitrag	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil	<ul style="list-style-type: none"> – Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil – Versteuerung d. Arbeitgeberzuschusses f. privat Versicherte – Versteuerung eines fiktiven Arbeitgeberzuschusses für Beihilfeberechtigte 	Keine Aussage
Finanzierung des steuerlichen Transfermechanismus	Steuerfinanzierung	<ul style="list-style-type: none"> – Steuerfinanzierung – Finanzierung aus dem »durch wirtschaftliche Dynamik gestiegenen allgemeinen Einkommensteueraufkommens, Subventionsabbau oder Verzahnung mit der Großen Einkommensteuerreform« 	<ul style="list-style-type: none"> – Steuerfinanzierung der Prämien für Kinder – Variante A: Gesundheitszuschlag auf den Solidaritätszuschlag (11,9 Prozentpunkte) – Variante B: Anhebung des Normalsatzes der Umsatzsteuer um 2,5 Prozentpunkte – Variante C: Einkommensabhängige Zuschläge auf die bisherigen beitragspflichtigen Einnahmen v. 2,9 Prozentpunkten 	Steuerfinanzierung

	Modell 5: »Herzog-Kommission«	Modell 6: CDU 2003	Modell 7: Rürup/Wille	Modell 8: BDA
Ausgestaltung des Transfermechanismus	Keine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> – Leistungsgesetz – Automatischer Ausgleich zwischen Finanzamt und Krankenversicherung auf der Grundlage des Einkommensteuerbescheids (ohne Vermögensanrechnung) – Belastungsgrenze nach Übergangsphase: 15 % des Bruttohaushaltseinkommens 	<ul style="list-style-type: none"> – Belastungsgrenze in Höhe von 12,5 % der jährlichen Bruttoeinnahmen (ohne horizontalen Verlustausgleich) einschli. Krankengeldversicherung und GKV-durchschnittliche Kopprämie bzw. einkommensabhängigem Zuschlag – Steuerfinanzierung: Auszahlung durch Krankenkassen (Bundeszuschuss wird über Bundesversicherungsamt verteilt) – Beitragsfinanzierung: Verteilung der Zuschläge durch das Bundesversicherungsamt 	<ul style="list-style-type: none"> – Bedarfsprüfung durch Krankenkassen – Belastungsobergrenze von 12,5 % des Bruttoeinkommens
Ausgleichsvolumen	27,3 Mrd. €	<ul style="list-style-type: none"> – 15 bis 17 Mrd. € für beitragsfreie Mitversicherung der Kinder – Keine Angaben für Sozialausgleich 	<ul style="list-style-type: none"> – 15,8 Mrd. € für beitragsfreie Mitversicherung der Kinder (Finanzierung durch Versteuerung der ausgeschütteten Arbeitgeberbeiträge) – 22,5 Mrd. € für Sozialausgleich bei Steuerfinanzierung – 26 Mrd. € für Sozialausgleich bei Beitragsfinanzierung 	20 Mrd. €
Kalkulation der Beiträge	Kapitaldeckung	<ul style="list-style-type: none"> – Umlageverfahren (Grundbeitrag) – Kapitaldeckung (Vorsorgebeitrag) 	Umlageverfahren	Umlageverfahren

	Modell 5: »Herzog-Kommission«	Modell 6: CDU 2003	Modell 7: Rürup/Wille	Modell 8: BDA
Umfang des Leistungskatalogs	Reduzierter Leistungskatalog (Streichung von Krankengeld und Zahnbehandlung)	Heutiger Leistungskatalog (einschließlich Krankengeld und Zahnbehandlung)	Um Krankengeld reduzierter Leistungskatalog	Reduzierter Leistungskatalog (Streichung von Satzungsleistungen und versicherungsfremden Leistungen, Erhöhung von Zuzahlungen)
Beziehung zw. GKV und PKV	Trennung bleibt erhalten	Trennung bleibt erhalten	Trennung bleibt erhalten	Trennung bleibt erhalten
Versicherter Personenkreis	Wie Status quo	Wie Status quo	Wie Status quo	Wie Status quo
Wettbewerbsordnung	– Vertragswettbewerb – Prüfung der Weiterentwicklung des RSA	– Vertragswettbewerb – Prüfung der Weiterentwicklung des RSA	Keine Angaben	Keine Angaben
Verteilungswirkungen	Keine Angaben	Keine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> – Untere Einkommensgruppen stellen sich keinesfalls schlechter – Mittlere Einkommensgruppen stellen sich deutlich besser 	Keine Angaben
Auswirkungen auf öffentliche Haushalte	Keine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> – Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder ist aufkommensneutral – Keine Angaben für Sozialausgleich 	<ul style="list-style-type: none"> – Beitragsfreie Mitversicherung f. Kinder ist aufkommensneutral – Steuerfinanzierung: Mehrlastung um 22,5 bis 26 Mrd. € – Beitragsfinanzierung: Aufkommensneutral 	Aufkommensneutral
Grenzbelastung des Einkommens im Transferbereich (ohne Berücksichtigung von Steuererhöhungen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs)	Wegen fehlender Angaben zum Transfermechanismus nicht berechenbar	15 % bei Einkommen von 0 bis 1.333 €, ansonsten 0	<ul style="list-style-type: none"> – 12,5 % bei Einkommen von 0 bis 1.484 €, ansonsten 1,1 % bei steuerfinanziertem sozialem Ausgleich – 12,5 % bei Einkommen von 0 bis 1.988 €, ansonsten 4 % bei beitragsfreiem soz. Ausgleich 	<ul style="list-style-type: none"> – 16 % bei Einkommen von 0 bis 1.019 €, ansonsten 0 oder – 12,5 % bei Einkommen von 0 bis 1.304 €

	Modell 9: FDP-Modell	Modell 10: Modell Fritzsche	Modell 11: CDU/CSU	Modell 12: SVR Wirtschaft
Beitragsfreie Mitversicherung für Ehegatten	Nein	Nein	Nein	Nein
Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder	Nein	Ja	Zunächst Ja, perspektivisch Nein	Ja
Höhe der Kopfprämien	Risikoäquivalent und daher nicht prognostizierbar	Hochgerechnet auf 2003: – 280 € (Grundvariante) – 390 € (Umverteilungsvariante)	– 169 € pro Erwachsenem pro Jahr – Davon 109 € gezahlt durch Versicherte und 60 € durch Sondervermögen	198 € pro Erwachsenem pro Jahr
Arbeitgeberbeitrag	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil	Auszahlung als steuerfreier Lohnbestandteil	Der auf 6,5 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens festgeschriebene Arbeitgeberanteil fließt steuerfrei in ein Sondervermögen	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil
Finanzierung des steuerlichen Transfermechanismus	Keine Angaben	Entfällt, da Finanzierung über die Kopfprämie	Durch Sondervermögen und reduzierte Steuersenkung in der Zukunft	<ul style="list-style-type: none"> – Erhöhtes Steueraufkommen durch Auszahlung Arbeitgeberanteil: 16–17 Mrd. € – Erhöhung des Solidaritätszuschlags auf die Einkommenssteuerschuld um 6,5 Prozentpunkte für alle lohn- und einkommensteuerpflichtigen Personen (nicht für Körperschaften). – Parallelverschiebung des Einkommensteuertarifs nach oben (zusätzliche proportionale Einkommensteuer in Höhe von 1,8 Prozent auf zu

	Modell 9: FDP-Modell	Modell 10: Modell Fritzsche	Modell 11: CDU/CSU	Modell 12: SVR Wirtschaft
				versteuertes Einkommen über dem Grundfreibetrag). – Erhöhung des Normalsatzes der Umsatzsteuer von 16 Prozent um 1,7 Prozentpunkte.
Ausgestaltung des Transfermechanismus	Keine Angaben	– 15 % des anrechenbaren Einkommens (Grundvariante) – 12 % des anrechenbaren Einkommens (Umverteilungsvariante) – Abwicklung der Ausgleichszahlungen über Risikostrukturvergleich	7 % des Einkommens	13 Prozent des anrechenbaren Einkommens (Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt)
Ausgleichsvolumen	Keine Angaben	In Zahlen von 1998: – 60 Mrd. DM (Grundvariante) – 190 Mrd. DM (Umverteilungsvariante)	Keine Angaben	30 Mrd. €
Kalkulation der Beiträge	– Kapitaldeckung – Kohortenspezifische Risikoprämien – Nicht risikoäquivalent kalkulierter Pauschal tariff	Umlageverfahren	Umlageverfahren	– Umlageverfahren – Kapitaldeckung als Option
Umfang des Leistungskatalogs	Reduzierter Leistungskatalog (Streichung von Krankengeld und Zahnbehandlung)	Wie Status quo	Keine Angaben	Reduzierter Leistungskatalog (ohne Krankengeld)
Beziehung zwischen GKV und PKV	Privatisierung der GKV	Wie Status quo	Wie Status quo	Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze
Versicherter Personenkreis	Gesamte Wohnbevölkerung	Wie Status quo	Wie Status quo	Gesamte Wohnbevölkerung

	Modell 9: FDP-Modell	Modell 10: Modell Fritzsche	Modell 11: CDU/CSU	Modell 12: SVR Wirtschaft
Wettbewerbsordnung	Kostenerstattung, sonst keine näheren Angaben	Keine Angaben	Vertragswettbewerb	<ul style="list-style-type: none"> - Diskriminierungsverbot und Kontrahierungszwang - Morbiditätsorientierter RSA - Vertragswettbewerb - Einheitlicher Leistungskatalog
Verteilungswirkungen	Keine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> - Grundvariante: Belastung allein lebender Geringverdienender; Entlastung von Alleinverdienenden mit mittlerem und hohem Einkommen; Moderate Belastung von Ein-Verdienerehepaaren. Insgesamt Umverteilung von unten nach oben. - Umverteilungsvariante: Entlastung allein lebender Personen. Starke Belastung von Ein-Verdienerehepaaren mit hohem Einkommen. Insgesamt Umverteilung von oben nach unten. 	Entlastung mittlerer Einkommen	<ul style="list-style-type: none"> - Abhängig von der Art der Steuererhöhung - Proportionale Erhöhung Einkommensteuer: Entlastung geringer Einkommen; Belastung hoher Einkommen; Progressivität nimmt zu, wenn der Solidaritätszuschlag erhöht wird. - Erhöhung Mehrwertsteuer: Entlastung mittlerer und oberer Einkommen, Belastung geringer Einkommen
Auswirkungen auf öffentliche Haushalte	Keine Angaben	Keine (Finanzierung der Transferer innerhalb des Prämiensystems)	Aufkommensneutral	Zusatzbelastung durch Steuererhöhung von rund 13 Mrd. €
Grenzbelastung des Einkommens im Transferbereich (ohne Berücksichtigung von Steuererhöhungen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs)	Wegen fehlender Angaben zum Transfermechanismus nicht berechenbar	<ul style="list-style-type: none"> - 15 % bei Einkommen von 0 bis 1.567 €, ansonsten 0 - 12 % bei Einkommen von 0 bis 2.875 €, ansonsten 0 (Umverteilungsvariante) 	<ul style="list-style-type: none"> - 13,5 % bei Einkommen von 0 bis 1.557 € - 7 % bei Einkommen von 1.557 € bis zu 3.363 € - 0 bei darüber liegenden Einkommen 	<ul style="list-style-type: none"> - 13 % bei Einkommen von 0 bis 1.523 €, ansonsten 0

ANHANG 2: RECHENBEISPIEL FÜR DIE ENTWICKLUNG DER ARBEITGEBERKOSTEN BEI STEIGENDEN GESUNDHEITSKOSTEN UND LÖHNEN

Annahmen:

- Zum Zeitpunkt t_0 betragen die Gesundheitskosten 140 Geldeinheiten, die Lohnsumme 1000 und der sich daraus rechnerisch ergebende Beitragssatz 14 %. Bei paritätischer Beitragstragung entfallen auf die Arbeitnehmer 70 Geldeinheiten und auf die Arbeitgeber ebenfalls 70, die gesamten vom Arbeitgeber zu tragenden Arbeitskosten belaufen sich damit auf 1070 Geldeinheiten.
- Bei einer Umstellung auf Kopfprämien wird der Arbeitgeberbeitrag ausgezahlt. Die ausgezahlten Löhne von 1070 sind dann Gegenstand weiterer Lohnerhöhungen.

Gegenstand der Berechnungen:

- Geprüft werden soll, welche Arbeitgeberkosten entstehen, wenn autonome Steigerungen der Gesundheitskosten und der Löhne unterstellt werden. Dabei werden jeweils Steigerungen von 1–10 % durchgespielt. Es ergeben sich somit 100 Kombinationen von Steigerungsraten. Die Beschäftigung wird als konstant unterstellt.
- Die Berechnungen werden zunächst für die traditionelle Beitragsfinanzierung und dann für Kopfprämienmodelle durchgeführt. Abschließend wird die Differenz der Arbeitgeberkosten zwischen beiden Modellen ausgewiesen.

Einkommensabhängige Beitragsfinanzierung:

- Der Beitragssatz ergibt sich als Quotient von Gesundheitskosten und Löhnen (Tabelle A 1).
- Der Arbeitgeberanteil lässt sich als Produkt des hälftigen Beitragssatzes und der Lohnhöhe berechnen (Tabelle A 2).
- Die Arbeitgeberkosten bestehen aus den Löhnen zuzüglich des Arbeitgeberanteils (Tabelle A 3).

Tabelle A 1: Beitragssatz

Lohn- steige- rung	Lohn- höhe	Kostensteigerung									
		0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,1
		Gesundheitskosten									
		141,4	142,8	144,2	145,6	147	148,4	149,8	151,2	152,6	154
0,01	1.010	0,140	0,141	0,143	0,144	0,146	0,147	0,148	0,150	0,151	0,152
0,02	1.020	0,139	0,140	0,141	0,143	0,144	0,145	0,147	0,148	0,150	0,151
0,03	1.030	0,137	0,139	0,140	0,141	0,143	0,144	0,145	0,147	0,148	0,150
0,04	1.040	0,136	0,137	0,139	0,140	0,141	0,143	0,144	0,145	0,147	0,148
0,05	1.050	0,135	0,136	0,137	0,139	0,140	0,141	0,143	0,144	0,145	0,147
0,06	1.060	0,133	0,135	0,136	0,137	0,139	0,140	0,141	0,143	0,144	0,145
0,07	1.070	0,132	0,133	0,135	0,136	0,137	0,139	0,140	0,141	0,143	0,144
0,08	1.080	0,131	0,132	0,134	0,135	0,136	0,137	0,139	0,140	0,141	0,143
0,09	1.090	0,130	0,131	0,132	0,134	0,135	0,136	0,137	0,139	0,140	0,141
0,1	1.100	0,129	0,130	0,131	0,132	0,134	0,135	0,136	0,137	0,139	0,140

Tabelle A 2: Arbeitgeberanteil

Lohn- steige- rung	Lohn- höhe	Kostensteigerung									
		0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,1
		Gesundheitskosten									
		141,4	142,8	144,2	145,6	147	148,4	149,8	151,2	152,6	154
0,01	1.010	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,02	1.020	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,03	1.030	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,04	1.040	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,05	1.050	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,06	1.060	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,07	1.070	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,08	1.080	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,09	1.090	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,1	1.100	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0

Tabelle A 3: Arbeitgeberkosten im herkömmlichen Finanzierungsmodell

Lohn- steige- rung	Lohn- höhe	Kostensteigerung									
		0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,1
		Gesundheitskosten									
		141,4	142,8	144,2	145,6	147	148,4	149,8	151,2	152,6	154
0,01	1.010	1.081	1.081	1.082	1.083	1.084	1.084	1.085	1.086	1.086	1.087
0,02	1.020	1.091	1.091	1.092	1.093	1.094	1.094	1.095	1.096	1.096	1.097
0,03	1.030	1.101	1.101	1.102	1.103	1.104	1.104	1.105	1.106	1.106	1.107
0,04	1.040	1.111	1.111	1.112	1.113	1.114	1.114	1.115	1.116	1.116	1.117
0,05	1.050	1.121	1.121	1.122	1.123	1.124	1.124	1.125	1.126	1.126	1.127
0,06	1.060	1.131	1.131	1.132	1.133	1.134	1.134	1.135	1.136	1.136	1.137
0,07	1.070	1.141	1.141	1.142	1.143	1.144	1.144	1.145	1.146	1.146	1.147
0,08	1.080	1.151	1.151	1.152	1.153	1.154	1.154	1.155	1.156	1.156	1.157
0,09	1.090	1.161	1.161	1.162	1.163	1.164	1.164	1.165	1.166	1.166	1.167
0,1	1.100	1.171	1.171	1.172	1.173	1.174	1.174	1.175	1.176	1.176	1.177

Prämienmodell:

- Die Arbeitgeberkosten sind identisch mit den Lohnkosten
- Diese belaufen sich auf 1070 in t0 und steigen dann entsprechend der Lohn-
erhöhung. Wird von Einflüssen der Gesundheitskosten auf die Lohnbildung ab-
gesehen, sind die Arbeitgeberkosten nunmehr unabhängig von der Entwick-
lung der Gesundheitskosten (Tabelle A 4).

Tabelle A4: Arbeitgeberkosten im Prämienmodell

Lohn- steige- rung	Lohn- höhe	Kostensteigerung									
		0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,1
		Gesundheitskosten									
	141,4	142,8	144,2	145,6	147	148,4	149,8	151,2	152,6	154	
0,01	1.010	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081
0,02	1.020	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091
0,03	1.030	1.102	1.102	1.102	1.102	1.102	1.102	1.102	1.102	1.102	1.102
0,04	1.040	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113
0,05	1.050	1.124	1.124	1.124	1.124	1.124	1.124	1.124	1.124	1.124	1.124
0,06	1.060	1.134	1.134	1.134	1.134	1.134	1.134	1.134	1.134	1.134	1.134
0,07	1.070	1.145	1.145	1.145	1.145	1.145	1.145	1.145	1.145	1.145	1.145
0,08	1.080	1.156	1.156	1.156	1.156	1.156	1.156	1.156	1.156	1.156	1.156
0,09	1.090	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166
0,1	1.100	1.177	1.177	1.177	1.177	1.177	1.177	1.177	1.177	1.177	1.177

Vergleich der Modelle:

- Tabelle A5 enthält den Differenzbetrag zwischen dem herkömmlichen Modell
(Tabelle A4) und dem Prämienmodell (Tabelle A 5).
- Die Arbeitgeberkosten sind identisch mit den Lohnkosten

Tabelle A5: Differenz der Arbeitgeberkosten (herkömmliches minus Prämienmodell)

Lohn- steige- rung	Lohn- höhe	Kostensteigerung									
		0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,1
		Gesundheitskosten									
	141,4	142,8	144,2	145,6	147	148,4	149,8	151,2	152,6	154	
0,01	1.010	0	1	1	2	3	4	4	5	6	6
0,02	1.020	-1	0	1	1	2	3	4	4	5	6
0,03	1.030	-1	-1	0	1	1	2	3	3	4	5
0,04	1.040	-2	-1	-1	0	1	1	2	3	4	4
0,05	1.050	-3	-2	-1	-1	0	1	1	2	3	4
0,06	1.060	-4	-3	-2	-1	-1	0	1	1	2	3
0,07	1.070	-4	-4	-3	-2	-1	-1	0	1	1	2
0,08	1.080	-5	-4	-4	-3	-2	-1	-1	0	1	1
0,09	1.090	-6	-5	-4	-4	-3	-2	-1	-1	0	1
0,1	1.100	-6	-6	-5	-4	-4	-3	-2	-1	-1	0

- Wie die Tabelle zeigt, führt das Prämienmodell immer dann niedrigeren Arbeitgeberkosten, wenn der Beitragssatz im herkömmlichen Modell steigt (Werte oben rechts von der Diagonalen, die Werte bei konstantem Beitragssatz (s. Tabelle A 1) enthält).
- Bei einem sinkenden Beitragssatz führt das Modell einkommensbezogener Beiträge dagegen zu niedrigeren Arbeitgeberkosten.

Anita B. Pfaff
Bernhard Langer
Florian Freund

Kopfpauschalen als Finanzierungsoption der gesetzlichen Krankenversicherung

**Quantitative Auswirkungen
und gesundheitspolitische
Implikationen¹**

¹ Das Projektteam dankt der Hans-Böckler-Stiftung für die finanzielle Förderung.

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Beitragsverlauf nach geltendem Recht (2003) und bei Umstellung auf das Modell der CDU für Alleinstehende	148
Abbildung 2: Beitragsverlauf nach geltendem Recht (2003) und bei Umstellung auf das Modell der CDU für Alleinverdiener-ehepaare	150
Abbildung 3: Beitragsverlauf nach geltendem Recht (2003) und bei Umstellung auf das Modell der CDU für Zweiverdiener-ehepaare mit gleich hohem Einkommen	152
Abbildung 4: Beitragsverlauf nach geltendem Recht (2003) und bei Umstellung auf das Modell von Rürup und Wille mit GKV-interner Gegenfinanzierung des Subventionsbedarfs für Alleinstehende	154
Abbildung 5: Beitragsverlauf nach geltendem Recht (2003) und bei Umstellung auf das Modell von Rürup und Wille mit GKV-interner Gegenfinanzierung für Alleinverdiener-ehepaare	155
Abbildung 6: Beitragsverlauf nach geltendem Recht (2003) und bei Umstellung auf das Modell von Rürup und Wille mit GKV-interner Gegenfinanzierung für Zweiverdienerehepaare mit gleich hohem Einkommen	156
Abbildung 7: Veränderung der Beitragsbelastung für Arbeitnehmer bei Umsetzung des Unionskompromisses im Vergleich zur derzeitigen Regelung für Alleinstehende und Alleinverdiener-ehepaare	159
Abbildung 8: Veränderung der Beitragsbelastung für Arbeitnehmer bei Umsetzung des Unionskompromisses im Vergleich zur derzeitigen Regelung für Zweiverdienerehepaare	160
Tabelle 1: Zusammenfassung wichtiger Annahmen und Ausprägungen der berechneten Modelle von Kopfpauschalen für das Jahr 2003	145
Tabelle 2: Zusammenfassung wichtiger Auswirkungen des CDU Gesundheitsprämienmodells, Rechnungsbasis 2003	153

Tabelle 3:	Zusammenfassung wichtiger Auswirkungen des Gesundheitsprämienmodells von Rürup und Wille mit GKV-interner Gegenfinanzierung des Subventionsbedarfs, Rechnungsbasis 2003	157
Tabelle 4:	Zusammenfassung wichtiger Auswirkungen des Unionskompromisses zu den Gesundheitsprämien, Rechnungsbasis 2003	161
Tabelle 5:	Subventionsbedarf der unterschiedlichen Modelle, Rechnungsbasis 2003, in Mrd. Euro	165
Tabelle 6:	Notwendige Aufschläge auf die Einkommenssteuer zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs der unterschiedlichen Modelle	170
Tabelle 7:	Notwendige Mehrwertsteuererhöhung zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs der unterschiedlichen Modelle	171

1. AUSGANGSLAGE UND ZIELSETZUNG

Der Vorschlag, Kopfprämien zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einzuführen, ist nicht neu. Bereits im Jahr 1966 wurde diese Idee diskutiert,² allerdings konnte sie sich im politischen Prozess nicht durchsetzen. Lediglich im Bereich der ambulanten Versorgung wird das Honorarvolumen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Basis von Kopfpauschalen vereinbart.³ Die Finanzierung der GKV blieb hingegen bislang einkommensorientiert und auf bestimmte Einkommensarten beschränkt, wenngleich durch die Existenz der Beitragsbemessungsgrenze die Beiträge von Einkommensbezieher*innen über dieser Grenze wie Kopfprämien wirken.

Der Beitragsanstieg in der GKV in den letzten Jahren wird überwiegend auf die stagnierenden Beschäftigtenzahlen und die schrumpfenden Anteile der Arbeitnehmer*inneneinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze am Volkseinkommen zurückgeführt.⁴ Zudem wird argumentiert, dass eine rein lohnzentrierte Beitragserhebung den Faktor Arbeit verteuere und deshalb beschäftigungsfeindlich sei.⁵ Deswegen wurde im Zuge der neueren Diskussionen über die finanzielle Lage der GKV und die angestrebte Reduzierung der Lohnnebenkosten⁶ der Vorschlag, eine Kopfprämie einzuführen, erneut gemacht. Vor allem große Teile der Union sowie einige Wissenschaftler fordern die Umstellung auf einkommensunabhängige Beiträge in Form einheitlicher Kopfpauschalen und erhoffen sich durch diese Form der Finanzierung eine Entkopplung sowohl der GKV von der wirtschaftlichen und demografischen Entwicklung als auch der Arbeitgeber von weiteren Steigerungen der Beitragssätze.⁷

Die finanzwissenschaftlichen Befürworter von Kopfpauschalen führen insbesondere ins Feld, dass eine Trennung der Absicherung des Krankheitsrisikos von der

2 Vgl. Schneider (2003), S. 47.

3 Vgl. Rosenbrock et al. (2004), S. 120.

4 Vgl. SVRKAIG (2003), S. 150 ff.

5 Vgl. BDA (2004), S. 2.

6 Die Lohnnebenkosten setzen sich allerdings aus vielen Faktoren zusammen. Hierzu zählen neben den Beiträgen zur Gesetzlichen Rentenversicherung auch das 13. oder 14. Monatsgehalt, das Urlaubsgeld oder vermögenswirksame Leistungen. Der Anteil der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung an den Lohnnebenkosten beträgt lediglich 8,2 % (vgl. Beske (2003), S. A-818).

7 Vgl. z. B. Knappe et al. (2002), Henke et al. (2002), SVR (2004), Rürup et al. (2004), Wagner (2003), CDU (2003).

GKV-internen Einkommensumverteilung aus systematischen Gründen die saubere Lösung darstelle.⁸ Manche weisen zudem darauf hin, dass eine Finanzierung der Umverteilung als gesamtgesellschaftliches Anliegen über progressiv wirkende Steuern sowie die Belastung aller Steuerzahler – nicht nur der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung – gerechter sei.⁹ Zudem werden Pauschalsteuern oder -abgaben als »allokationsneutral« angesehen, d. h. sie führen im Vergleich zur Situation ohne Steuern bzw. Abgaben zu keinen ökonomischen Verhaltensreaktionen (verzerrende Wirkung einer Steuer) – bei allerdings eventuell unerwünschten Verteilungswirkungen.¹⁰

Das vorgestellte Projekt untersucht auf der Basis von Modellrechnungen drei der zuletzt diskutierten Ausgestaltungsformen von Kopfpauschalen hinsichtlich ihrer quantitativen Auswirkungen:

- das Modell der CDU (Leipziger Parteitagebeschluss von 2003),
- den Reformvorschlag von Rürup und Wille (mit GKV-interner Teilgegenfinanzierung) sowie
- den im November 2004 erreichten Kompromiss von CDU und CSU.

Dabei werden die einzelnen Modellvorschläge in Modellrechnungen hinsichtlich ihrer Be- und Entlastungswirkungen für einzelne Versichertengruppen analysiert. Zudem werden die jeweiligen Modellvorschläge hinsichtlich ihrer Kompensation der heute in der GKV praktizierten Umverteilung von Beziehern höherer zu Beziehern niedriger Einkommen untersucht, wobei sowohl das Gesamtvolumen der erforderlichen Prämiensubvention für Bezieher niedriger Einkommen als auch das Aufkommen und die Verteilungswirkungen der Gegenfinanzierung sowie die Zahl der dadurch resultierenden Subventionsempfänger geschätzt werden. Da sich die konkrete Ausgestaltung der Modelle ganz erheblich auf diese Größen auswirkt, wird anhand zweier verschiedener Leistungsabgrenzungen auf die Empfindlichkeit der Ergebnisse unter sonst gleichen Bedingungen verwiesen.

1.1 MODELL EINER GESUNDHEITSPRÄMIE DER CDU

Wie die CDU auf ihrem Leipziger Parteitag 2003 beschlossen hat, steht sie bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen für eine drastische Umgestaltung der der-

8 Vgl. SVR (2004), S. 511 ff.

9 Vgl. Knappe et al. (2002), S. 11 ff.

10 Deshalb würde trotz der Effizienz in der Allokation niemand ernsthaft empfehlen, z. B. die Einkommensteuer durch eine Kopfsteuer zu ersetzen.

zeitigen Beitragserhebung in der GKV. »Deutschland fair ändern« lautet der Titel des Leitantrags, in dem die CDU eine Abkehr von einkommensbezogenen Beiträgen und die Einführung einer Beitragsbemessung pro Kopf vorschlägt.

Im Unterschied zu zahlreichen Vorschlägen aus der Wissenschaft¹¹ sowie neuerdings auch des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sieht das Modell der CDU keine Ausweitung des Versichertenkreises vor, d. h. sowohl die generelle Befreiung von der Versicherungspflicht für einzelne Berufsgruppen (z. B. Beamte) sowie die Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter und Angestellte sollen beibehalten werden. Eine weitere Besonderheit des CDU-Modells zur Absicherung des Krankheitsrisikos stellt die Einführung einer teilweisen Kapitaldeckung dar. Der Reformvorschlag der CDU lässt sich folglich als Kopfprämienmodell für den derzeitigen Versichertenkreis mit Bildung einer (Teil-)Kapitalrücklage beschreiben.

Im Detail sieht die CDU eine Gesundheitsprämie vor, die sich »aus einem Grundbeitrag (180 €) und einem Vorsorgebeitrag (20 €)«¹² zusammensetzt. Die Versicherung für Kinder soll für die Eltern weiterhin kostenlos sein, allerdings wird diese Aufgabe künftig gesamtgesellschaftlich über einen Steuerzuschuss in Höhe von 90 € pro Kind getragen, der durch die zuständige Kindergeldstelle an die Krankenversicherungen gezahlt werden soll.

Zudem sind im Modell der CDU weitere Eingriffe in die paritätische Finanzierung der GKV geplant. So sieht die CDU die Begrenzung des bisherigen Arbeitgeberanteils auf 6,5 % sowie dessen steuerpflichtige Ausschüttung vor. Auf diese Weise soll nicht nur zukünftig der weitere Anstieg der Lohnnebenkosten – zumindest für den Bereich der GKV – verhindert, sondern bereits kurzfristig eine Senkung der Arbeitgeberbelastungen erreicht werden.

Dennoch erkennt auch die CDU – wie praktisch alle Befürworter von Kopfpauschalen – an, dass beim dargestellten System ein sozialer Ausgleich nötig wäre. Allerdings solle dieser generell über das Steuersystem erfolgen und nicht wie bisher innerhalb der GKV. Nach dem Vorschlag der CDU erhielte jeder Versicherte, dessen Belastung durch Kopfprämien 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens übersteigt eine Ausgleichszahlung. Orientiert man sich an den von der Union genannten Kopfprämienhöhen, so würde dies bedeuten, dass Alleinlebende mit einem Bruttoeinkommen von bis zu etwa 1330 € bzw. 2660 € für Verheiratete Anspruch auf sozialen Ausgleich hätten.

11 Vgl. für eine umfassende Darstellung der Modelle Pfaff et al. (2003).

12 CDU (2003), S. 24.

1.2 MODELL VON RÜRUP UND WILLE MIT GKV-INTERNER FINANZIERUNG DES SOZIALEN AUSGLEICHS

In dem Modell, das Bert Rürup und Eberhard Wille im Juli 2004 vorstellten, steht ebenfalls die Einführung von Kopfprämien im Mittelpunkt.¹³ »Kernelement der pauschalen Beitragsbemessung in der GKV ist die Trennung von gesundheitsbezogenem Risikoausgleich einerseits und nicht gesundheitsbezogenem Einkommensausgleich andererseits.«¹⁴ Wie im Modell der CDU soll auch nach diesem Modell die Finanzierung der Gesundheitsleistungen für Kinder über Steuermittel erfolgen, während für (bislang unentgeltlich mitversicherte) Ehegatten die Beitragsfreiheit gänzlich abgeschafft würde. Die Rolle der PKV als substitutives Element deutscher Krankenversicherung bleibt erhalten, so dass sich die Finanzierungsreform im Wesentlichen auf die derzeitige GKV-Versicherten bezieht.

Auch die beiden Autoren dieses Vorschlags sehen einen sozialen Ausgleich als unbedingt erforderlich an. Sie sehen wie die Union in der Finanzierung über Steuern eine »First-Best-Variante«, die allerdings schwer durchzusetzen sein wird. Aus diesem Grund ziehen Rürup und Wille auch eine »Second-Best-Variante« des sozialen Ausgleichs in Betracht, falls der Ausgleich über Steuern tatsächlich politisch nicht durchsetzbar wäre: die Finanzierung »über einkommensabhängige Beitragszuschläge.«¹⁵ Dieser Vorschlag sieht eine Belastungshöchstgrenze durch die Kopfpauschalen von 12,5 % bezogen auf die jährlichen Bruttoeinnahmen vor. Die sich daraus ergebenden Beitragszuschüsse sollen in der Second-Best-Variante über einen prozentualen Zuschlag in Höhe von 2,9 % auf die bisher beitragspflichtigen Einkommen finanziert werden.¹⁶ Dieser Zusatzbeitrag ist von allen GKV-Mitgliedern zu tragen und wird entsprechend bei der Zuschussberechnung, d. h. der Maximalbelastung der Versicherten berücksichtigt.

Im Ergebnis bedeutet dies also, dass ein pauschaler Grundbetrag zur Finanzierung der GKV-Finanzierung eingeführt wird, ergänzt um eine einkommensabhängige Komponente, die die notwendigen Finanzmittel zur Gegenfinanzierung der

13 Vgl. Rürup et al. (2004).

14 Rürup et al. (2004), S. 11.

15 Rürup et al. (2004), S. 18.

16 Vgl. Rürup et al. (2004), S. 19.

erforderlichen Pauschalen für Bezieher niedriger Einkommen liefern soll.¹⁷ Eine weitere Gegenfinanzierung soll durch die Auszahlung und Versteuerung des bisherigen Arbeitgeberanteils erzielt werden.

1.3 KOMPROMISSMODELL VON CDU UND CSU

Im Vorfeld der Parteitage von CDU und CSU im November bzw. Dezember 2004 kam es in den Unionsparteien zu einer Auseinandersetzung über die Umsetzbarkeit des von der CDU am Leipziger Parteitag 2003 beschlossenen Kopfprämienmodells. Insbesondere verteilungspolitische Argumente sprachen aus Sicht der Gesundheitspolitiker der CSU gegen ein solches Kopfprämienmodell.

Zahlreiche Kompromissvorschläge wurden in der Öffentlichkeit angesprochen, um kurze Zeit später wieder fallen gelassen zu werden, so etwa der Vorschlag der CSU, nach Einkommensklassen gestaffelte Kopfprämien einzuführen.

Der nach längerem Tauziehen zwischen CDU und CSU erreichte Kompromiss bzgl. der künftigen Finanzierung der GKV weicht hinsichtlich einzelner Stellschrauben von den bislang in der Diskussion befindlichen Modellen ab.¹⁸ Im Wesentlichen sieht das Modell die Einführung einer Kopfprämie in Höhe von nur 109 € für alle derzeit GKV-Versicherten vor. Damit ist der Kopfprämienbetrag auf den ersten Blick deutlich niedriger als in allen anderen Modellen. Die Ursache hierfür liegt in einer Korrektur des CDU-Modells des Leipziger Parteitags: Die bisherigen Arbeitgeberbeiträge werden zwar weiterhin auf 6,5 % fixiert, sie werden allerdings nicht wie bisher von der CDU geplant¹⁹ als zu versteuernder Einkommensbestandteil an die Versicherten individuell ausgezahlt, sondern vielmehr direkt von den Arbeitgebern an eine »Clearing-Stelle« überwiesen, die die Mittel dann an die entsprechenden Kassen als »Arbeitgeberprämie« weiterleitet. Auf diese Weise erreicht der Unionskompromiss mit 109 € eine nur auf den Arbeitnehmeranteil begrenzte Kopfprämie, die zwar die Kosten allein nicht decken könnte, die aber deutlich unterhalb des Niveaus

17 Aus finanzwissenschaftlicher Sicht ist dieser Vorschlag durchaus folgerichtig, da – bei Zutreffen der üblicherweise in Modellen getroffenen Annahmen – eine Trennung von Umverteilungsmaßnahmen (Distribution) und erwünschter (einigermaßen) effizienter Steuerungswirkung (Allokation) sinnvoller Weise gefordert wird. Fraglich ist allerdings, ob es ausreicht, die Umverteilung zwar von der Allokation, allerdings in der gleichen Institution, zu trennen, um die wichtigen praktisch vorhandenen Verletzungen der Modellannahmen ausreichend zu berücksichtigen.

18 Vgl. CDU/CSU (2004).

19 Vgl. hierzu die Ausführungen in 1.1.

der Kopfpauschalen in anderen Modellen liegt. Mit der Reduktion der Kopfprämie auf den Arbeitnehmeranteil, wird auch die Belastungsgrenze im Unionskompromiss verglichen mit anderen Modellen niedriger festgelegt: Sie beträgt nunmehr 7,0 % des Haushaltsbruttoeinkommens. Der Umstand, dass die Arbeitgeberbeiträge insgesamt – nicht nur deren Versteuerung – zur Teilfinanzierung der Gesundheitsprämie herangezogen werden sollen, lässt auch einen Teil der in den anderen Prämien implizierten Begünstigung der Bezieher höherer Einkommen wegfallen.

2. QUANTITATIVE AUSWIRKUNGEN EINER GKV-FINANZIERUNG DURCH KOPFPAUSCHALEN

2.1 ANNAHMENSTRUKTUR, DATENBASIS UND VORGEHENSWEISE

Die im Folgenden dargestellten Rechnungen werden, sofern nicht ausdrücklich anders dargestellt, für Versicherten- bzw. Einnahmen- und Ausgabenstrukturen des Jahres 2003 durchgeführt, da dies die aktuellsten verfügbaren Zahlen sind. Für die Berechnung der Höhe der kostendeckenden Beiträge wurde auf die Prozessdaten der GKV²⁰ sowie für die Einkommensstruktur der Mitglieder auf die Daten der gesetzlichen Rentenversicherung²¹ zurückgegriffen.

In einem ersten Schritt wurden für die jeweiligen Modelle die erforderlichen Kopfprämienhöhen berechnet.

In einem zweiten Schritt wurde (unter Berücksichtigung von Geringfügigkeitsgrenze, Gleitzone und Beitragsbemessungsgrenze) die Versteuerung des ausgeschütteten Arbeitgeberanteils vorgenommen.

In einem dritten Schritt wurde der Subventionsbedarf für die »unteren« Einkommensgruppen sowie für die aus Steuermitteln zu finanzierenden Krankheitskosten der Kinder errechnet.

In einem letzten Schritt wurde der notwendige Bedarf an zusätzlichen Steuern bzw. der notwendige Steuersoli zur alternativen Finanzierung über einen Solidarzuschlag auf die Einkommensteuer (Gesundheitssoli) sowie durch eine proportionale Anhebung der Mehrwertsteuer ermittelt.

Die Modelle von CDU sowie CDU und CSU wurden bisher relativ allgemein dargestellt, so dass spezifische Ausgestaltungen denkbar sind. Das Modell von Rürup und Wille ist dagegen konkreter ausgeführt, allerdings auch komplizierter als das CDU-Modell gestaltet. Einigkeit besteht wohl in allen Modellen, dass das Krankengeld künftig nicht im Rahmen der Kopfpauschale abgedeckt werden soll. Dies ist inso-

20 Vgl. BMGuSS (2004) KM1 und KJ1

21 Vgl. insbesondere Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Statistiken Versicherte 2001/2002, Band 147 und ders., Rentenbestand am 31.12.2003, Band 148.

fern folgerichtig, da das GKV-Modernisierungsgesetz²², das am 1. Januar 2004 in Kraft trat, vorsieht, das Krankengeld aus der normalen paritätischen Finanzierung auszugliedern und getrennt ohne Arbeitgeberanteil absichern zu lassen. Bei Rürup und Wille wird die Finanzierung des Krankengelds allerdings, gemeinsam mit dem in diesem Modell vorgesehenen GKV-internen Beitrag zur Gegenfinanzierung der Prämiensubventionen für Geringverdiener zur Festlegung der maximal zulässigen Prämienbelastung berücksichtigt.

Angesichts der vergangenen Entscheidungsprozesse zur Ausgliederung des Zahnersatzes, der im GKV-Modernisierungsgesetz zunächst auch mit Wirkung von 2005 aus der paritätischen einkommensbezogenen Finanzierung ausgenommen werden sollte, ab Juli 2005 jedoch weiterhin einkommensbezogen jedoch ohne Arbeitgeberanteil im Leistungskatalog der GKV bleibt²³, ist nicht gänzlich klar, ob er denn im Rahmen der Kopfpauschalen eingeschlossen oder ausgenommen werden sollte.

Um dieser nicht gänzlich eindeutigen Vorgabe gerecht zu werden und zudem auch zeigen zu können, wie sich Veränderungen in den Annahmen auf die Zahl der Subventionsberechtigten wie auch auf die Höhe des Subventionsbedarfs auswirken, sollen im Rahmen dieser Berechnungen zwei Alternativen berücksichtigt werden:

In der Alternative 1 wird zum einen von der Einnahmen- nicht der Ausgaben-situation im Jahr 2003 ausgegangen. Da ein erhebliches Defizit in Höhe von 4,3 Mrd. € in diesem Jahr auftrat²⁴, müsste zum Zweck der Vergleichbarkeit auch die Kopfpauschale mit dieser Unterdeckung kalkuliert werden. Zum anderen wird jedoch auch vom Ausschluss des Zahnersatzes aus der Finanzierung ausgegangen. In Alternative 2 werden hingegen das Defizit sowie der Zahnersatz abgedeckt. Beide Alternativen gehen von einer Ausgliederung des Krankengeldes aus. Wichtige Ausprägungen und Annahmen für die beiden Alternativen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

22 Vgl. BGBl. I (2003), S. 2190 ff.

23 Vgl. Deutscher Bundestag (2004).

24 Vgl. BMuSS (o.J.), S. 121 ff.

Tabelle 1: Zusammenfassung wichtiger Annahmen und Ausprägungen der berechneten Modelle von Kopfpauschalen für das Jahr 2003

Modelle	CDU-Modell (Leipziger Parteitag 2003)	Rürup und Wille (mit GKV-interner Gegenfinanzierung)	Unionskompromiss (Nov. 2004 zwischen CDU und CSU)
Ausprägungen/ Annahmen			
Alternative 1:			
Gesundheitsprämie Erwachsener	170 € zuzgl. 20 € für Kapitalbildung	170 €	109 € (Arbeitneh- mer) zuzgl. 61 € zur Kostendeckung
Leistungsumfang	Wie GKV 2003 jedoch ohne Krankengeld und Zahnersatz; tatsächliches Defizit 2003 auch durch die Kopfpauschale nicht gedeckt		
Kostendeckender GKV-Beitragssatz	13,22 Beitragssatzpunkte		
Alternative 2:			
Gesundheitsprämie Erwachsener	181,50 € zuzgl. 20 € für Kapitalbildung	181,50 €	109 € (Arbeitneh- mer) zuzgl. 72,50 € zur Kostendeckung
Leistungsumfang	Wie GKV 2003 jedoch ohne Krankengeld; tatsächliches Defizit 2003 durch die Kopfpauschale abgedeckt		
Kostendeckender GKV-Beitragssatz	14,04 Beitragssatzpunkte		
Alternativen 1 und 2:			
Gesundheitskosten für Kinder unter 18 Jahren ab 18 Jahre	82 € (kosten- normale Kopfprämie	82 € (kosten- deckend) normale Kopfprämie	82 € (kosten- deckend) normale Kopfprämie
Ehegatten- Mitversicherung	nein	nein	nein
Maximale Belastung, in % des Bruttoeinkommens	15 % (Eink. inkl. ausbezahltem Arbeitgeberbeitrag)	12,5 % (Eink. inkl. ausbezahltem Arbeitgeberbeitrag)	7 % (nur durch Arbeitnehmer- prämie)
GKV-Arbeitgeber- beiträge	6,5 % gedeckelt, auf ausgezahlt und versteuert	halber GKV-Satz ausgezahlt und versteuert	auf 6,5 % gedeckelter Satz komplett als Arbeitgeberprämie bezahlt
GKV-interne Beitragserhebung	nein	2,9 % des Bruttoeinkommens zur Subventionsgegenfinanzierung	nein

Quelle: eigene Darstellung.

Entsprechend der unterschiedlichen Abdeckung der Leistungen in den Kopfprämien ergeben sich auch unterschiedliche kostendeckende Beitragssätze. Während der tatsächliche durchschnittliche Beitragssatz im Jahr 2003 14,31 % betrug, wären zur Abdeckung aller tatsächlich entstanden Ausgaben 14,75 Beitragssatzpunkte erforderlich gewesen. Schließt man das Krankengeld aus, so hätte ein Beitragssatz von 14,04 % ausgereicht, um die verbleibenden Ausgaben inkl. Verwaltungskosten abzudecken (Alternative 2). Eine Verminderung der Ausgaben um das Defizit und den Zahnersatz hätte eine weitere Reduzierung auf 13,22 % ermöglicht. Auch die Gesundheitsprämien sind nicht in allen Modellen gleich hoch, da das CDU-Modell eine Komponente zum Aufbau eines Teilkapitalstocks vorsieht und der Unionskompromiss eine getrennte Arbeitnehmer- und Arbeitgeberprämie umfasst. Die Annahmen der Modelle wurden auf jeden Fall so modifiziert, dass unter Maßgabe dieser Unterschiede die jeweiligen Ausgaben im Jahr 2003 abgedeckt wurden.

Die unterschiedlich vorgesehene Maximalbelastung sowie die Höhe des Leistungsumfangs weisen, wie zu zeigen sein wird, ganz erhebliche Auswirkungen auf die Höhe des Subventionsbedarfs sowie die Zahl der auf Subventionen angewiesenen GKV-Mitglieder auf.

2.2 BELASTUNGSVERÄNDERUNG DURCH UNTERSCHIEDLICHE BEITRAGSGESTALTUNG

Der Vergleich der Beitragsbelastung im aktuellen Finanzierungssystem der GKV und nach einer Umstellung auf Kopfprämien nach den Vorstellungen der CDU gestaltet sich nicht ganz einfach. Dies liegt insbesondere auch darin begründet, dass nach dem Willen der Union bisher beitragsfrei mitversicherte Gruppen einer eigenständigen Beitragspflicht unterliegen sollen. Dies trifft insbesondere auf die geplante Beitragspflicht von nicht erwerbstätigen Ehegatten zu. Die Beitragsfreiheit für Kinder wird als Umverteilungselement aus der GKV herausgenommen und fortan über das Steuersystem finanziert, so dass sich daraus keine direkten Beitragsbelastungen für die GKV-Mitglieder ergeben. Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Kinder aus allgemeinen Steuermitteln ist aus systematischer Sicht aufgrund der Bedeutung der Förderung von Familien als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begründen. Sie hat zur Folge, dass zum einen diese Ausgaben bei einer Steuerfinanzierung auch durch nicht GKV-Mitglieder mitfinanziert werden. Andererseits ist daraus aber auch die Forderung ableitbar, dass auch die Eltern derzeit nicht GKV-versicherter Kinder eine solche Förderung erhalten sollten. Diese Ausweitung bleibt allerdings

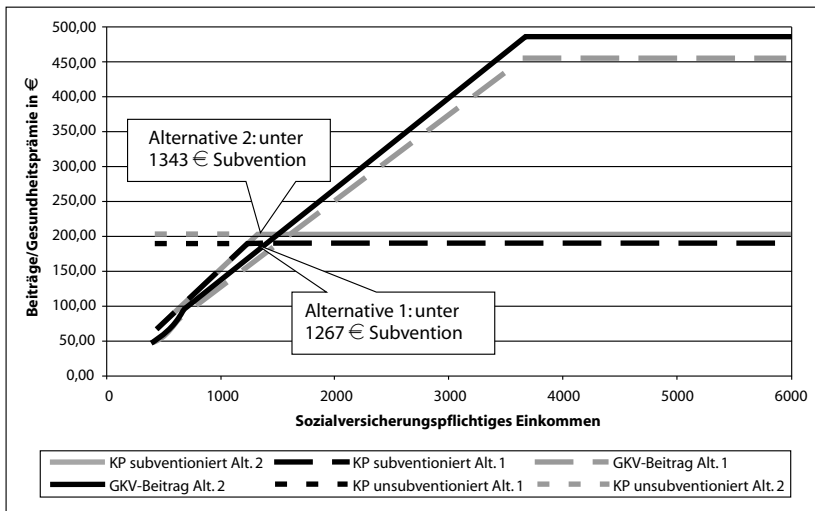
in den dargestellten Berechnungen unberücksichtigt. Etwas erstaunlich ist beim Unionsvorschlag, dass gerade die Unionsparteien, für die in der Vergangenheit die Einverdienerehe das Leitbild der Familie darstellte, nunmehr die unentgeltliche Mitversicherung abschaffen wollen.

Die im Folgenden dargestellten Abbildungen stellen die Beitragszahlungen in Abhängigkeit des Haushaltsbruttoeinkommens (inkl. ausbezahstem GKV-Arbeitgeberbeitrag) für die unterschiedlichen Beitragszahlergruppen – Alleinstehende sowie einzelne Ehegatten bei Zweiverdienerpaaren, alleinverdienende Ehegatten sowie Zweiverdienerehepaare mit jeweils gleich hohem Einkommen – dar. In der Folge werden jeweils die Alternativen 1 und 2 mit ihrem unterschiedlichen Leistungsumfang in der gleichen Abbildung dargestellt.

2.2.1 Modell der CDU

Abbildung 1 zeigt für 2003, wie sich der Beitragsverlauf in Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen für Alleinstehende bzw. auch für einzelne Ehepartner, die beide sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, tatsächlich darstellte (gestrichelte graue Linie Alternative 1 und durchgehende schwarze Alternative 2), und wie er sich dargestellt hätte, wäre das Modell der CDU in Alternative 1 (mit einer Gesundheitsprämie von 170 € pro Monat zuzüglich 20 € Vorsorgepauschale zum Aufbau eines Kapitalstocks) bereits umgesetzt worden (gestrichelte schwarze Linie).

Abbildung 1: Beitragsverlauf nach geltendem Recht (2003) und bei Umstellung auf das Modell der CDU für Alleinstehende



KP – Kopfprämie

Quelle: eigene Darstellung.

Die leicht unterschiedliche marginale und maximale Belastung nach geltendem Recht von 2003 in den Alternativen 1 und 2 ergibt sich aus den etwas unterschiedlichen kostendeckenden Beitragssätzen von 13,22 % bzw. 14,04 %. Es zeigt sich, dass für Bezieher niedriger Einkommen eine geringe Mehrbelastung festzustellen ist. Diese Mehrbelastung gilt im Falle der Leistungsabgrenzung nach Alternative 1 (ohne Krankengeld, Zahnersatz und Defizitfinanzierung) für Alleinstehende bzw. einzelne Ehepartner von Zweiverdienerhepaaren bis zu einem Haushaltsbruttoeinkommen von 1267 € (inkl. ausgezahltem Arbeitgeberbeitrag von 6,5 % des Einkommen, also einem heutigen Bruttoentgelt von 1190 €). Über dieser Einkommenshöhe findet mit steigendem Einkommen eine – verglichen mit dem System einkommensabhängiger Beiträge – zunehmende Besserstellung der Alleinstehenden statt. Die Beitragsunterschiede steigen dabei bis auf maximal 266 € bei einem Einkommen ab der Beitragsbemessungsgrenze von 3450 € (d. h. einer Beitragsbemessungsgrenze von 3674 € inkl. ausgeschüttetem und auf 6,5 % gedeckeltem Arbeitgeberbeitrag) im Jahr 2003 (vgl. zu den Grenzwerten Tabelle 2 unten). Alleinstehende Mitglieder mit einem sozialversicherungspflichtigen Einkommen bis zu heute 1190 € monatlich werden zu Subventionsberechtigten.

Um zu verdeutlichen, dass grundsätzlich jedoch auch von diesen Gruppen Geringverdienender die volle Kopfpauschale zu bezahlen ist und nur durch Subventionen »abgefangen« wird, stellen wir in Abbildung 1 wie auch in den folgenden Grafiken die Kopfpauschale in voller Höhe (ohne Subventionsbetrag) als gepunktete Linie auch im Bereich niedriger Einkommen für beide Alternativen dar. Wir wollen damit verdeutlichen, dass z. B. ein Absenken der Kopfpauschale, etwa wegen eines Leistungsausschlusses sowie ein Anheben der maximalen Belastungsgrenze die Zahl der Subventionsempfänger absenken würde und umgekehrt.

Bei einzelnen Ehepartnern mit Einkommen unter der Grenze der Subventionsberechtigung kann es vorkommen, dass keine Subventionierung erfolgen muss, nämlich dann, wenn der Ehepartner über höheres Einkommen verfügt. Denn es ist vorgesehen, dass der eventuelle Subventionsbedarf auf das Haushaltseinkommen, nicht auf das Einzeleinkommen bezogen wird. Liegt das Einkommen des Ehepartners maximal bei der Subventionsgrenze entsteht jedoch auch bei Ehepartnern mit Einkommen unter dieser Einkommensgrenze ein Subventionsanspruch.

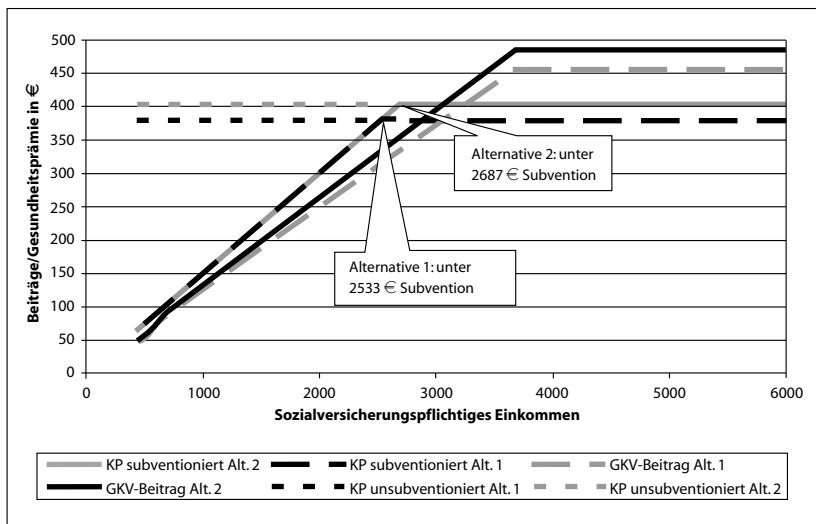
Wäre ein Kopfprämienmodell nach den Annahmen von Alternative 2 (mit einer Prämie in Höhe von 181,50 € zuzüglich 20 € Vorsorgepauschale zur Schaffung eines Kapitalstocks) eingeführt worden, so hätte sich ein etwas anderes Muster ergeben. Die Begünstigung der Bezieher höherer Einkommen fiel mit maximal 282,50 € etwas höher aus als bei Alternative 1, wie die Differenz zwischen dem derzeitigen Maximalbeitrag von Beziehern von Einkommen ab der Bemessungsgrenze in Höhe von 484 € zur vollen Höhe der Belastung durch die Gesundheitsprämie von 201,50 € zeigt. Das Einkommen, bis zu dem eine Subventionierung aufgrund der relativ zu hohen Prämienbelastung erforderlich wird, läge bei Alternative 2 etwas höher als bei Alternative 1 mit nunmehr 1343 €, d. h. mehr alleinstehende Mitglieder wären auf Subventionen angewiesen als unter Alternative 1. Im unteren Bereich verlaufen die tatsächlichen Kopfpauschalenbelastungen aufgrund der identischen Maximalbegrenzung auf 15 % in beiden Alternativen gleich.

Für Alleinstehende lässt sich auch konstatieren, dass das vom Leipziger CDU-Parteitag beschlossene Modell leichte Beitragserhöhungen für Geringverdiener zur Folge hätte. Entscheidend ist aber festzuhalten, dass die zusätzliche Belastung der unteren Einkommensgruppen nicht auf die Einführung von Kopfprämien an sich zurückzuführen ist, sondern vielmehr auf der von der Union festgelegten Belastungsgrenze beruht, die mit 15 % leicht über dem derzeitigen durchschnittlichen Beitragsatz liegt. Anders ausgedrückt, mit entsprechender Angleichung des Höchstbelastungssatzes könnte die Belastung für die Bezieher niedriger Einkommen auf dem

gleichen Niveau wie bisher gehalten, ja sogar – wie teils im Modell von Rürup und Wille – abgesenkt werden.

Die folgende Abbildung 2 zeigt nun die Wirkungen, die eine solche Reform auf die Haushalte von Eheleuten hätte, von denen nur ein Partner über sozialversicherungspflichtiges Einkommen verfügt, der andere bislang beitragsfrei familienversichert ist. Es lässt sich festhalten, dass wie bei Alleinstehenden im Bereich der unteren und mittleren Einkommen aufgrund der vorgesehenen Belastungsobergrenze wiederum nur eine geringe Höherbelastung als z. Z. festzustellen ist – vorausgesetzt die beabsichtigte Prämiensubventionierung greift, wie von den Befürwortern vorgesehen. Da die CDU-Kopfprämie keine Beitragsfreiheit für Ehegatten ohne eigenes Einkommen vorsieht, müssen diese Haushalte entsprechende Prämien für zwei Personen in Höhe von 380 € im Fall der Alternative 1 und 403 € im Fall der Alternative 2 leisten. Damit verschiebt sich die Einkommensgrenze für die Bezieher von Einkommen, die aufgrund einer zu hohen Kopfpauschalbelastung Subventionen benötigen, nach oben. Bis zu einem Haushaltsbruttoeinkommen von 2533 bzw. 2687 € pro Monat lässt sich eine leichte Schlechterstellung dieses Haushaltstyps konstatieren.

Abbildung 2: Beitragsverlauf nach geltendem Recht (2003) und bei Umstellung auf das Modell der CDU für Alleinverdienerhepaare



KP – Kopfprämie
Quelle: eigene Darstellung.

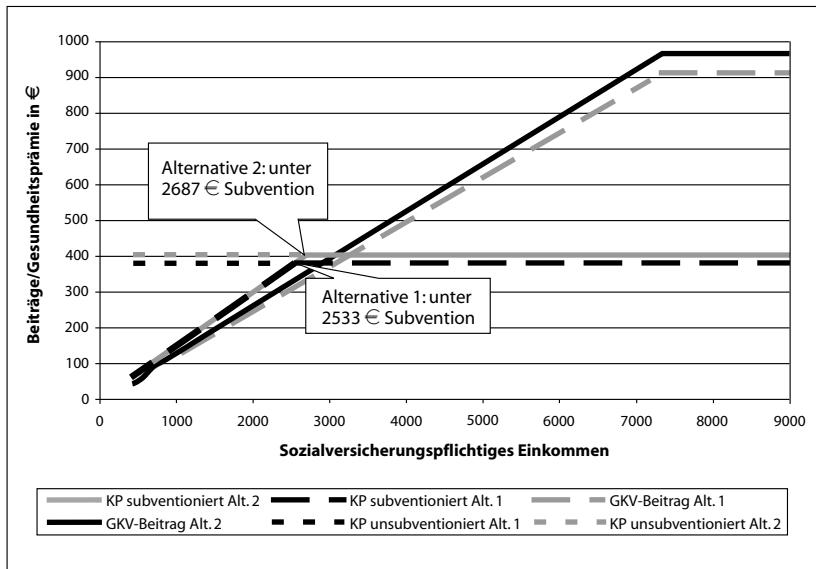
Auch für die oberen Einkommensgruppen von Alleinverdienerehepaaren fällt die Entlastung verglichen mit den Alleinstehenden geringer aus; sie liegt bei maximal 76 € (in Alternative 1) bzw. 81 € (in Alternative 2). Für die Gruppe der Ehepaare, bei denen nur jeweils ein Partner Einkommen erzielt, liegt also das Einkommen, bis zu der, aufgrund der erwünschten Belastungsbegrenzung, Subventionen erforderlich sind, deutlich höher als bei Alleinstehenden.

Abbildung 3 stellt schließlich auf einen dritten untersuchten Haushaltstyp, Ehepaare bei denen beide Partner etwa gleich hohes sozialversicherungspflichtiges Einkommen erzielen, ab.

Da das bestehende System Eheleute mit zwei gleich hohen Einkommen an der Beitragsbemessungsgrenze am stärksten durch GKV-Beiträge belastet, wurden Ehepaare mit gleich hohem Einkommen für die folgende Darstellung ausgewählt. Für Haushalte, in denen beide Ehepartner einer Erwerbstätigkeit nachgehen, aber die Höhe der Einkommen unterschiedlich ist, liegen die Be- und Entlastungswirkungen im Bereich zwischen den in Abbildung 2 und den in Abbildung 3 dargestellten Werten.

Die Belastung von Zweiverdienerhaushalten mit identischen Monatseinkommen im Bereich bis zur geltenden einfachen Beitragsbemessungsgrenze entspricht jener von Alleinverdienerehepaaren, bei den Zweiverdienerehepaaren steigt sie jedoch mit darüber hinaus steigendem Einkommen weiter an – bis maximal zur doppelten Beitragsbemessungsgrenze, wenn beide Partner gleich hohes Einkommen beziehen. Da beim bisherigen Modus der Beitragserhebung jedes Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze mit dem vollen Beitragssatz belastet wird, würden nach der Einführung von Kopfprämien vor allem Ehepaare entlastet werden, deren gemeinsames Einkommen über der einfachen Beitragsbemessungsgrenze liegt. Die Beitragseinsparung für solche Haushalte läge im Falle der Alternative 1 bei maximal 532 € bzw. bei Alternative 2 bei 566 € pro Monat, nämlich wenn beide Partner mindestens Einkommen in Höhe der Bemessungsgrenze beziehen.

Abbildung 3: Beitragsverlauf nach geltendem Recht (2003) und bei Umstellung auf das Modell der CDU für Zweiverdienerehepaare mit gleich hohem Einkommen



KP – Kopfprämie

Quelle: eigene Darstellung.

Betrachtet man also allein die Finanzierung der GKV-Beiträge, so lässt sich auch bei einer Finanzierung über Kopfpauschalen eine Mehrbelastung niedriger Einkommen im Vergleich zum geltenden Recht bei entsprechender Wahl der Maximalbelastung völlig vermeiden, soweit der politische Wille vorhanden ist, dauerhaft erhebliche Steuermittel zu diesem Zweck bereitzustellen. Entscheidend ist allerdings gerade die Berücksichtigung der Finanzierung des sozialen Ausgleichs. Wie weiter unten in Abschnitt 2.3 gezeigt wird, ist der entstehende Finanzbedarf einer Umverteilung immens. Je nachdem, aus welchen (Steuer-) Quellen dieser Ausgleich finanziert wird, ergeben sich ganz unterschiedliche Belastungswirkungen für unterschiedliche Personengruppen.

Tabelle 2 fasst einige wichtige Ergebnisse für die drei Gruppen Sozialversicherungspflichtiger, nach denen differenziert wurde, für beide Alternativen zusammen: Alleinstehende (inkl. einzelne sozialversicherungspflichtig beschäftigte Ehepartner), Alleinverdienerehepaare sowie Zweiverdienerehepaare mit beiderseits gleichem Einkommen.

Tabelle 2: Zusammenfassung wichtiger Auswirkungen des CDU Gesundheitsprämienmodells, Rechnungsbasis 2003

Gruppen	Alleinstehende und einzelne sozialversicherungs-pflichtige Ehepartner		Alleinverdienerehepaare		Zweiverdienerehepaare mit gleich hohem Einkommen der Partner	
Indikatoren	Alternative 1	Alternative 2	Alternative 1	Alternative 2	Alternative 1	Alternative 2
Beitragsbemessungsgrenze*	3674	3674	3674	3674	7349	7349
Subventionsgrenze*	1267	1343	2533	2687	2533	2687
Maximaler Beitrag 03	456	484	456	484	912	969
Kopfprämie	190	201,50	380	403	380	403
Maximale Entlastung**	266	282,50	76	81	532	566

* Einkommen inkl. ausbezahltem Arbeitgeberbeitrag

** Beitrag 2003 abzüglich Gesundheitsprämie, ab Einkommen in Höhe der Beitragbemessungsgrenze

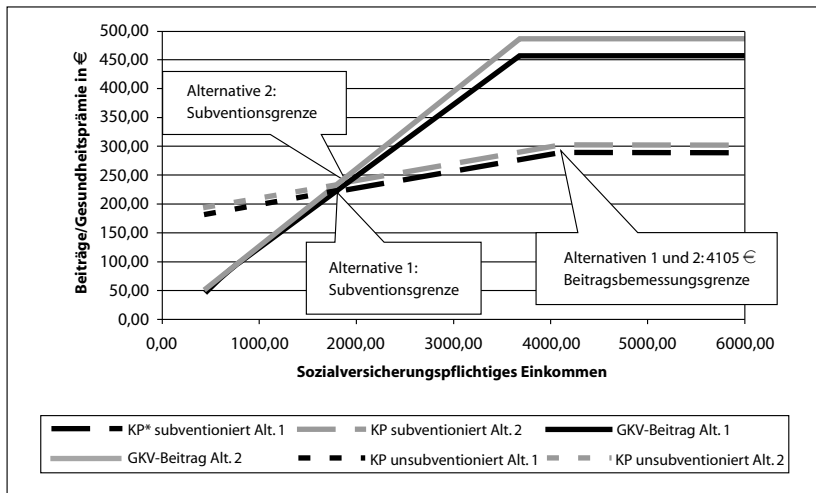
Quelle: eigene Berechnung.

2.2.2 Modell von Rürup und Wille

In Analogie zur vorangegangenen Darstellung des Modells der CDU wird nun der Beitragsverlauf für das Modell von Rürup und Wille dargestellt. Wie sich aus den folgenden Abbildungen zeigen wird, werden in diesem Modell aufgrund der niedriger angesetzten Maximalbelastung auch die Bezieher niedrigerer Einkommen im Vergleich zum geltenden Recht geringfügig besser (bei Alternative 2) bzw. nicht schlechter (bei Alternative 1) gestellt. Lediglich in der derzeitigen Gleitzone findet noch eine leichte Schlechterstellung statt, dies ließe sich aber ebenfalls relativ einfach vermeiden, sollte dies erwünscht sein.

Abbildung 4 zeigt, wie sich der Beitragsverlauf bei Einführung des Kopfpauschalmodells von Rürup und Wille in Abhängigkeit vom Einkommen verändern würde. Tabelle 3 weiter unten fasst analog zur Darstellung in Tabelle 2 wichtige Informationen für die drei getrennt untersuchten Gruppen und die beiden alternativen Ausgestaltungsformen der Modelle zusammen.

Abbildung 4: Beitragsverlauf nach geltendem Recht (2003) und bei Umstellung auf das Modell von Rürup und Wille mit GKV-interner Gegenfinanzierung des Subventionsbedarfs für Alleinstehende



KP – Kopfprämie

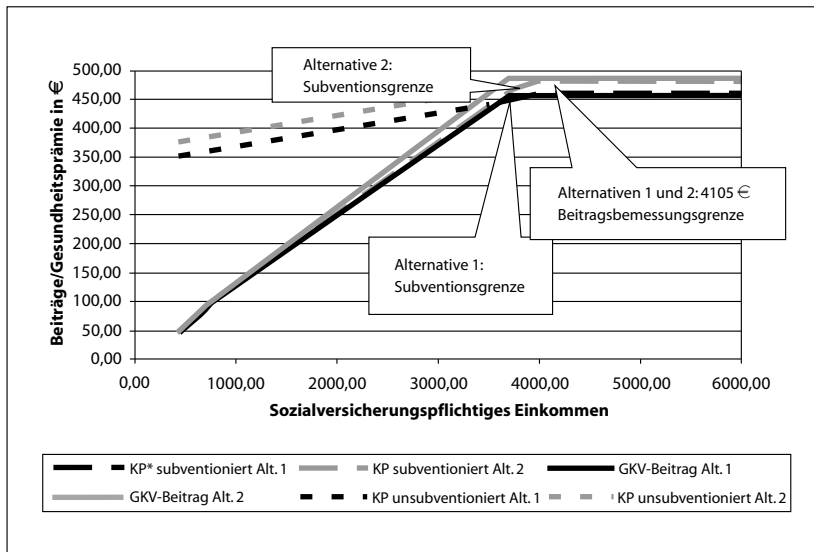
Quelle: eigene Darstellung.

Es zeigt sich, dass der Beitragsverlauf der Kopfpauschalenbelastung (gestrichelte schwarze und graue Linien) in diesem Modell für beide alternative Leistungsumfänge jenem im CDU-Modell ähnlich ist. Zwar ist, wie angemerkt, durch die Wahl der Belastungsgrenze dafür Sorge getragen, dass auch Bezieher geringer Einkommen nicht schlechter gestellt werden, allerdings fällt die dargestellte Entlastung der alleinstehenden Bezieher höherer Einkommen deutlich geringer aus als im CDU-Modell, da die Gegenfinanzierung der Subvention innerhalb der GKV durch einen Beitrag in Höhe von 2,9 % erfolgen soll, der hier berücksichtigt wird. Durch diesen ergibt sich auch ein zweiter Knick im Beitragsverlauf: Bis zu einem Einkommen von 1876 € (Alternative 1) und bis 1996 € (Alternative 2) wirkt sich die Begrenzung der Belastung auf 12,5 % aus. Bei einem Einkommen über dieser Höhe bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 4105 € bezahlen die Versicherten die Kopfpauschale in Höhe von 170 € zuzüglich 2,9 % ihres Einkommens. Ab dieser Einkommenshöhe steigt die Belastung nicht weiter an. Insgesamt nähert sich der Belastungsverlauf damit mehr dem des geltenden Rechts an. Nach den Vorstellungen von Rürup und Wille soll der Beitrag zur Finanzierung des Krankengelds ebenfalls in der Maximalbelastung berücksichtigt werden. In den Darstellungen in den Abbildungen 4 bis 6 bleibt das Krankengeld allerdings außerhalb der Betrachtung.

Die beiden gepunkteten Linien links der Kurve der Kopfpauschalenbelastung unter Berücksichtigung der Subventionierung der Bezieher niedriger Einkommen zeigen die Prämien- und Beitragsbelastung ohne Subventionierung. Sie steigt gemäß des Satzes von 2,9 % des Einkommens an. Die Darstellung dieses Verlaufs ist allerdings insofern etwas irreführend, als ohne Subventionierung keine Gegenfinanzierung für sie (sondern nur für die Krankheitskosten der Kinder) erforderlich wäre.

Abbildung 5 zeigt nun den Verlauf der GKV-Beiträge für Ehepaare, bei denen nur ein Partner über Einkommen verfügt. Hier zeigt sich, dass für diese Gruppe nach beiden alternativen Leistungsumfängen der einkommensbezogene Verlauf der Belastung durch die Gesundheitsprämie fast identisch mit der derzeit geltenden Belastung nach Alternative 1 ausfällt. Die Ähnlichkeit der Verläufe deutet darauf hin, dass dies wohl auch intendiert ist. Schwer verständlich bleibt, warum es eines so komplizierten und sicher nicht billigen Mechanismus bedarf, wie eine Subventionierung der Kopfprämien ihn erfordert, um dieses Ergebnis zu erzielen. Eine einfache Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer jetzigen Form würde dieses Ergebnis sehr viel einfacher – und wohl auch kostengünstiger – erreichen.

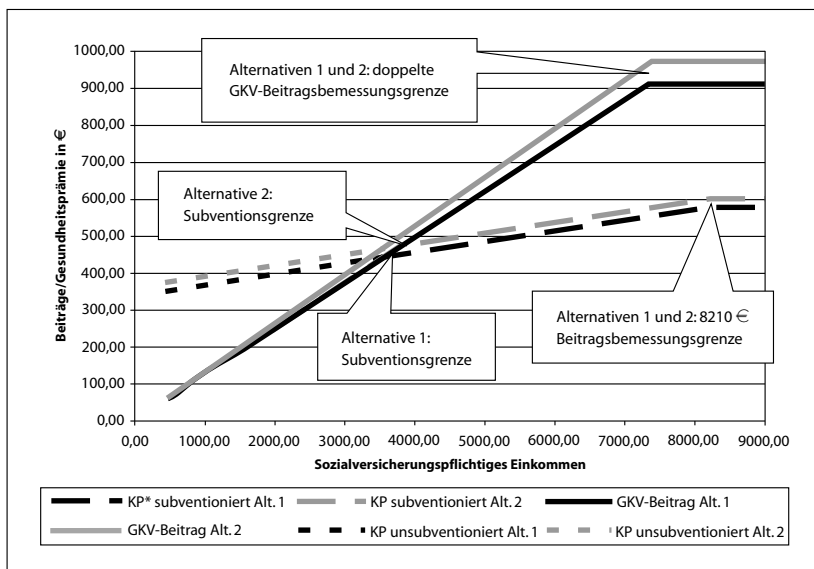
Abbildung 5: Beitragsverlauf nach geltendem Recht (2003) und bei Umstellung auf das Modell von Rürup und Wille mit GKV-interner Gegenfinanzierung für Alleinverdienerehepaare



KP – Kopfprämie
Quelle: eigene Darstellung.

Am deutlichsten fällt auch bei diesem Modell die Entlastung durch Kopfprämien bei der Gruppe der etwa gleich viel verdienenden Ehepaare mit hohem Einkommen aus, wie Abbildung 6 verdeutlicht. Aus Tabelle 3 wird ersichtlich, dass die maximale Entlastung ab einem Einkommen beider Partner ab oder über der Bemessungsgrenze von 4105 € auftritt. Angesichts der GKV-internen Gegenfinanzierung der Prämiensubventionen fällt sie jedoch mit 234 € (Alternative 1) bzw. 268 € (Alternative 2) wesentlich geringer als im CDU-Modell aus.

Abbildung 6: Beitragsverlauf nach geltendem Recht (2003) und bei Umstellung auf das Modell von Rürup und Wille mit GKV-interner Gegenfinanzierung für Zweiverdiener-ehepaare mit gleich hohem Einkommen



KP – Kopfprämie
Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 3 verdeutlicht einige Aspekte der beiden Modellalternativen für die drei gesondert untersuchten Gruppen. Bei der Festlegung der maximalen Beitragsbelastung, die in dieser Darstellung anders als in den Abbildungen 4 bis 6 neben den Kopfpauschalen auch die pauschale Finanzierung der Absicherung des Krankengeldes sowie die zu bezahlende Gegenfinanzierung der Prämiensubvention durch einen einkommensbezogenen Beitrag in Höhe von 2,9 % berücksichtigt, kommt es, wie bereits ausgeführt, zur Subventionierung der Prämien der alleinstehenden Einkom-

mensbezieher bis zu Einkommen in Höhe von 1876 € (bei Alternative 1) bzw. 1996 € (bei Alternative 2) monatlich. Danach steigt die Belastung im Kopfpauschalenmodell nur allmählich bis zu einem Höchstwert von 170 € (Alternative 1) bzw. 181,50 € (Alternative 2) zuzüglich maximal 119 € einkommensbezogener Beitrag ab einem Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze von 4105 € an. Die maximale Einsparung gegenüber geltendem Recht beläuft sich ab dieser Einkommensgrenze auf 167 € (Alternative 1) bzw. 183,50 € (Alternative 2). Hingegen ergeben sich für Alleinverdienerehepaare gegenüber dem Status quo unabhängig vom Einkommen praktisch keine Veränderungen in der Beitragsbelastung. Für Zweiverdienerehepaare fällt die maximale Entlastung zwar höher als für die anderen beiden Gruppen aus, allerdings deutlich geringer als im CDU-Modell.

Tabelle 3: Zusammenfassung wichtiger Auswirkungen des Gesundheitsprämienmodells von Rürup und Wille mit GKV-interner Gegenfinanzierung des Subventionsbedarfs, Rechnungsbasis 2003

Gruppen	Alleinstehende und einzelne sozialversicherungs-pflichtige Ehepartner		Alleinverdienerehepaare		Zweiverdienerehepaare mit gleich hohem Einkommen der Partner	
Indikatoren	Alternative 1	Alternative 2	Alternative 1	Alternative 2	Alternative 1	Alternative 2
Beitragsbemessungsgrenze 03*	3678	3692	3678	3692	7356	7384
Beitragsbemessungsgrenze Rürup/Wille*	4105	4105	4105	4105	8210 ⁺	8210 ⁺
Subventionsgrenze*	1876	1996	3647	3886	3752	3992
Maximaler Beitrag 03	456	484	456	484	912	969
Kopfprämie zuzgl. 2,9 % Einkommen	170 zuzüglich max. 119	181,50 zuzüglich max. 119	340 zuzüglich max. 119	363 zuzüglich max. 119	340 zuzüglich max. 338	363 zuzüglich max. 338
Maximale Entlastung**	167	183,50	-3	2	234	268

* Einkommen inkl. ausgezahltem Arbeitgeberbeitrag

+ Individuell gilt 4105 € als Bemessungsgrenze

** Beitrag 2003 abzüglich Gesundheitsprämie, ab Einkommen in Höhe der Beitragbemessungsgrenze

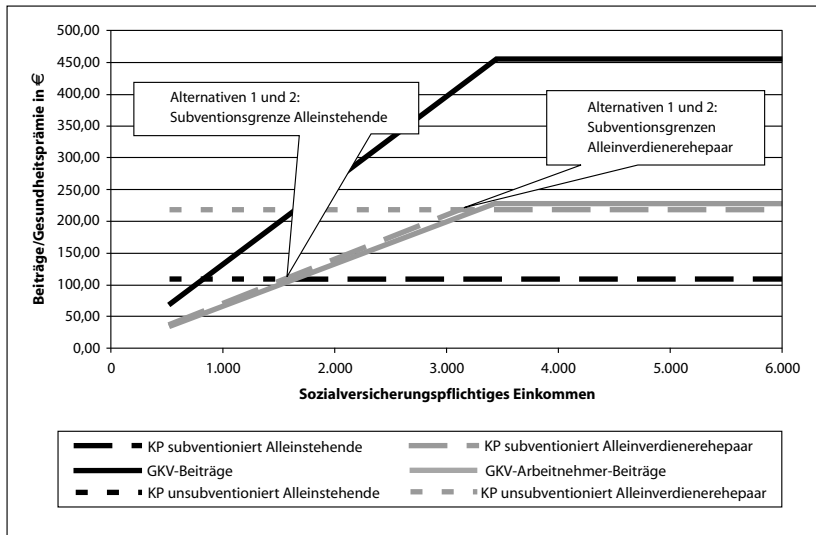
Quelle: eigene Berechnung.

2.2.3 Kompromissmodell der Unionsparteien

Wie zuvor für die Modelle von CDU und Rürup und Wille dargestellt, verändert auch eine Umsetzung des Unionskompromisses die Beitragsbelastung der unterschiedlichen Versichertengruppen.

Abbildung 7 stellt die Veränderung der Beitragsbelastung für Alleinstehende sowie in gewisser Weise für einzelne Ehepartner bei Zweiverdienerpaaren nach dem jeweiligen Haushaltsbruttoeinkommen dar. Dieses Modell weist eine deutlich andere Ausgestaltung als die beiden vorher dargestellten auf, da die Finanzierungsstruktur sich deutlich unterscheidet. Die bisherige individuelle Beitragsfinanzierung durch die Arbeitgeber entfällt; die Arbeitgeberbeiträge werden in einen gemeinsamen Fonds geleitet, um die sehr niedrig angesetzten Kopfpauschalen (Arbeitnehmerprämien) in Höhe von 109 €, die die tatsächlichen Ausgaben in Höhe von durchschnittlich 170 € (Alternative 1) bzw. 181,50 € (Alternative 2) bei Weitem nicht decken können, insgesamt zu subventionieren. Ein direkter Vergleich von heutigen Beiträgen (Arbeitnehmer und Arbeitgeberbeiträgen gemeinsam) zu den Arbeitnehmerprämien zeigt deshalb eine deutliche Entlastung für die Alleinstehenden in beiden Alternativen auf. Dies gilt auch für Alleinverdienerehepaare, die für zwei Personen Gesundheitsprämien zahlen müssen. Ihr Belastungsverlauf ist in der gleichen Grafik dargestellt, da sich in diesem Modell mit fixer Arbeitnehmerprämie keine Unterschiede zwischen Alternativen 1 und 2 aus Sicht der Versicherten ergeben.

Abbildung 7: Veränderung der Beitragsbelastung für Arbeitnehmer bei Umsetzung des Unionskompromisses im Vergleich zur derzeitigen Regelung für Alleinstehende und Alleinverdienerhepaare



KP – Kopfprämie

Quelle: eigene Darstellung.

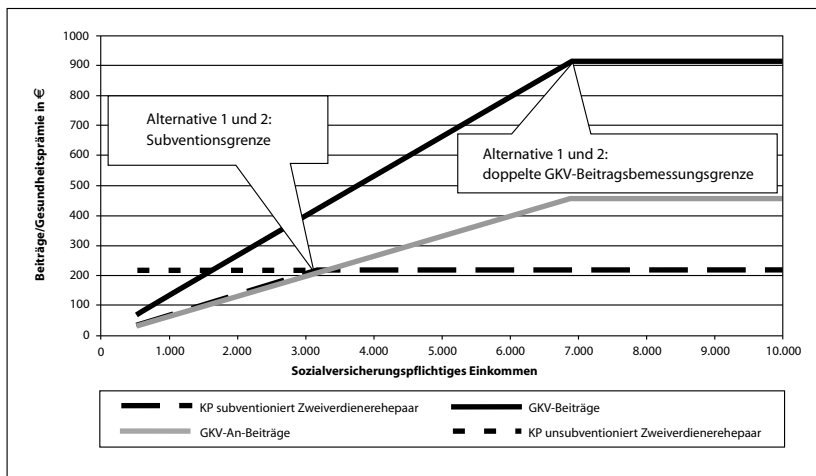
In diesem Modell muss jedoch zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberprämie unterschieden werden. Die der Maximalbelastungsgrenze unterliegende Kopfpauschale von 109 € entspricht eher dem Arbeitnehmerbeitrag, der deshalb in der Abbildung ebenfalls ausgewiesen wird. Hier zeigt sich in der Abbildung eine leichte Mehrbelastung durch die Kopfprämien, was aber lediglich daran liegt, dass für den geltenden Arbeitnehmerbeitrag der kostendeckende der Alternative 1 von 6,61 %, nicht der der Alternative 2 von 7,02 % gewählt wurde. De facto führt die Belastungsbegrenzung von 7 % im Kompromissmodell zu einer etwa gleichen Belastung wie im Referenzmodell.

Da in diesem Modell kein Arbeitgeberbeitrag ausgeschüttet wird, bleiben die Verläufe der Bruttoeinkommen gleich. Nach geltendem Recht würden lediglich die unterschiedlich hohen Beitragsätze in den beiden alternativen Leistungsabgrenzungen zu einem ganz leicht unterschiedlichen Beitragsverlauf mit etwas unterschiedlichen Maximalbeiträgen führen. Die identische Maximalbelastung von 7 % führt zu einem identischen Verlauf der Belastung Alleinstehender und von Alleinverdienerhepaaren in beiden Alternativen. Der Belastungsverlauf unterscheidet

sich lediglich zwischen Alleinstehenden und Ehepaaren, weil Ehepaare zwei Gesundheitsprämien zu entrichten haben.

Für gleich hoch verdienende Zweiverdienerehepaare wird der Belastungsverlauf in Abbildung 8 dargestellt. Die im Vergleich zu den tatsächlich erforderlichen Pauschalen von 170 € bzw. 181,50 € sehr niedrigen Prämien in Höhe von 109 € pro Person zeigen, verglichen mit der derzeitigen Arbeitnehmerbelastung, eine massive Entlastung der bislang besser verdienenden Ehepaare. Im Extremfall, wenn beide Partner Einkommen von oder über der Beitragsbemessungsgrenze beziehen, beläuft sich diese Entlastung auf etwa 700 € pro Monat, wie in Tabelle 4 dargestellt wird.

Abbildung 8: Veränderung der Beitragsbelastung für Arbeitnehmer bei Umsetzung des Unionskompromisses im Vergleich zur derzeitigen Regelung für Zweiverdienerehepaare



KP – Kopfprämie

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 4 fasst analog zu den Tabellen 2 und 3 für die beiden anderen Modelle einige wichtige Indikatoren zusammen.

Tabelle 4: Zusammenfassung wichtiger Auswirkungen des Unionskompromisses zu den Gesundheitsprämien, Rechnungsbasis 2003

Gruppen	Alleinstehende und einzelne sozialversicherungs-pflichtige Ehepartner		Alleinverdienerehepaare		Zweierdienerehepaare mit gleich hohem Einkommen der Partner	
Indikatoren	Alternative 1	Alternative 2	Alternative 1	Alternative 2	Alternative 1	Alternative 2
Beitragsbemessungsgrenze*	3450	3450	3450	3450	6900 ⁺	6900 ⁺
Subventionsgrenze*	1557	1557	1557	1557	1557	1557
Maximaler Beitrag 03	456	484	456	484	912	969
Kopfprämie	109 (zusätzlich erforderlich 61)	109 (zusätzlich erforderlich 72,50)	218 (zusätzlich erforderlich 122)	218 (zusätzlich erforderlich 145)	218 (zusätzlich erforderlich 122)	218 (zusätzlich erforderlich 145)
Maximale Entlastung**	347	347	238	266	694	751

* Einkommen ohne ausgezahltem Arbeitgeberbeitrag

+ Individuell gilt 3450 € als Bemessungsgrenze

** Beitrag 2003 abzüglich Gesundheitsprämie, ab Einkommen in Höhe der Beitragbemessungsgrenze

Quelle: eigene Berechnung.

Auch Alleinstehende werden angesichts der niedrigen Gesundheitsprämie vor-dergründig stärker entlastet als in den anderen Modellen. Am wenigsten werden Alleinverdienerehepaare begünstigt. Berücksichtigt man, dass diese Gruppe in höheren Anteilen auch Familien mit oft kleineren Kindern sind, erstaunt die scheinbar doch wenig familienfreundliche Ausgestaltung.

2.2.4 Zwischenfazit

Aus den vorangegangenen Betrachtungen zeigt sich, dass die unterschiedlichen Haushaltstypen in drei Modellen – dem der CDU, dem Unionskompromiss sowie dem Modell von Rürup und Wille mit GKV-interner Gegenfinanzierung der notwendigen Prämiensubventionen – ganz unterschiedlich be- und entlastet werden. Zudem werden in unterschiedlichem Maße die Auswirkungen einer alternativen Abgrenzung des Leistungskatalogs und damit der erforderlichen Gesundheitsprämien deutlich. Die zunächst erstaunlich hohen Entlastungen ohne entsprechende Mehrbelas-

tung anderer Gruppen ist allerdings auf den erheblichen zusätzlichen Subventionsbedarf und den resultierenden Finanzierungsbedarf aus Steuermitteln zurückzuführen, die erst im nächsten Abschnitt angesprochen werden.

Während im CDU-Modell aufgrund der mit 15 % recht hohen Belastungsgrenze die Bezieher niedrigerer Einkommen etwas höhere Beiträge als jetzt zu zahlen hätten, werden die Bezieher höherer Einkommen deutlich besser gestellt. Bis zu einer Grenze von etwa 3.700 € bei Alleinverdienern (gleichgültig ob verheiratet oder nicht) gilt: Je höher das Einkommen, desto höher die Entlastung. Für Ehepaare, bei denen beide Partner ein etwa gleich hohes Einkommen erzielen, liegt die Grenze entsprechend bei etwa 7.400 €.

Auch im Modell von Rürup und Wille trifft die mit steigendem Einkommen steigende Entlastung zu – allerdings nur für manche Gruppen. Die Alleinverdiener-ehepaare erfahren kaum Belastungsveränderungen. Die Bezieher niedrigerer Einkommen werden in Alternative 1 geringfügig besser gestellt und bleiben in Alternative 2 etwa gleich belastet, was sich aus der Wahl der Belastungsgrenze von 12,5 % ergibt.

Das Kompromissmodell der Unionsparteien zeigt vordergründig eine enorme Entlastung aller Gruppen im Vergleich zu der gesamten Belastung durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge. Dies ist jedoch darauf zurückzuführen, dass in den bisherigen Darstellungen die Arbeitgeberprämien für dieses Modell unberücksichtigt bleiben, weil sie als Gesamtbetrag der Gegenfinanzierung der durch die niedrigen Gesundheitsprämien auftretenden Deckungslücke erfasst werden. Vergleicht man die Belastung nach dem Unionskompromiss nur mit den Arbeitnehmerbeiträgen nach geltendem Recht 2003, so ergeben sich im unteren Einkommensbereich keine Veränderungen, während die alleinstehenden Bezieher höherer Einkommen entlastet werden. Wenig verändert sich für Alleinverdiener-ehepaare, Zweiverdiener-ehepaare mit gleichem Einkommen erfahren hingegen eine sehr hohe Entlastung.

Als erstaunlich erweisen sich die Unterschiede zwischen den drei untersuchten Modellen hinsichtlich der Reagibilität auf Veränderungen. So zeigt sich ein sehr unterschiedliches Zusammenwirken der Modellparameter. Dies wird umso deutlicher, wenn man die aggregierten Auswirkungen auf den Subventionsbedarf und die Zahl der Subventionsempfänger betrachtet.

Gleich welches Modell der Kopfprämien aber umgesetzt würde, es entstünde ein enormer Finanzbedarf zur Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs, der derzeit innerhalb der GKV stattfindet. Dies hätte – soweit allgemeine Steuermittel hierfür herangezogen werden sollten – u. a. die Konsequenz, dass zum Teil auch die heute nicht GKV-Versicherten zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben,

wie etwa der Abdeckung der Krankheitskosten der Kinder herangezogen würden. Je nachdem, aus welchen Steuerquellen dieser Ausgleich finanziert würde, ergäbe sich unter verteilungspolitischen Aspekten ein vollkommen neues Bild, wenn nicht nur die Gesundheitsprämienbelastungen mit ihrer vorgesehenen Maximalbelastung dargestellt werden, sondern die Gegenfinanzierung der erforderlichen Subventionen mit einbezogen werden.

Aber auch schon in diesem Schritt muss bedacht werden, dass die Trennung von Abdeckung der Krankheitsrisiken im Rahmen der Kopfpauschalenfinanzierung von der Finanzierung des Sozialen Ausgleichs über Steuermittel einen sehr unterschiedlichen Grad der Sicherheit und Verlässlichkeit aufweisen. Die teilweise nicht ungünstig aussehenden Verteilungseffekte für Bezieher geringer Einkommen weisen ein hohes Maß an Unsicherheit auf, während die Entlastungen der Bezieher höherer Einkommen insbesondere in den Modellen von CDU und im Unionskompromiss weit verlässlicher finanziert sind.

In den folgenden Abschnitten wird deshalb untersucht, wie hoch der Transferbedarf für die dargestellten Modelle sein wird, und welche Be- und Entlastungswirkungen sich für einzelne Finanzierungsarten ergeben.

2.3 BERECHUNG DES SUBVENTIONSBEDARFS

Da die dargestellten Kopfprämienmodelle zur Vermeidung sozialer Härten Ausgleichszahlungen an einkommensschwächere Versicherte vorsehen, sind gerade in Anbetracht der Finanzlage der öffentlichen Haushalte die Höhe und die Art ihrer Gegenfinanzierung von großer Bedeutung. Dies gilt, wie bereits angesprochen, ebenso, wenn die mit der Umstellung der Kopfprämien einhergehenden Verteilungswirkungen umfassend berücksichtigt werden sollen. Die drei Modelle, das der CDU, der Unionskompromiss und die Modell-Variante von Rürup und Wille unterscheiden sich durchaus, was die Höhe der erforderlichen Zuschüsse aus Steuern angeht. Zum einen liegt dies an der unterschiedlichen Kopfprämienhöhe, die sich aus der Kapitaldeckungskomponente im Modell der CDU ergibt. Zum anderen wirken sich aber auch die unterschiedlichen Belastungsgrenzen aus, die in den jeweiligen Modellen vorgesehen sind. Schließlich zeigen die Berücksichtigungen zweier Modellalternativen 1 und 2 mit unterschiedlichem Ausgabenvolumen und in der Folge unterschiedlicher erforderlicher Finanzierung, wie empfindlich die Modellparameter auf Veränderung des Leistungsvolumens reagieren.

Darüber hinaus muss bei allen drei Modellen berücksichtigt werden, dass die Ausgliederung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen für Kinder ebenfalls zu einem erheblichen Subventionsbedarf führt, der allerdings für alle drei Modelle identisch ist, da ein kostendeckender Zuschuss vorgesehen ist. Ein geringer Unterschied ergibt sich in den beiden Alternativausgestaltungen der drei Modelle nach der spezifischen Abgrenzung der Kosten für großjährige mitversicherte Kinder: Es wurde davon ausgegangen, dass für diese Gruppe die Prämie in gleicher Höhe wie für Erwachsene jedoch im CDU-Modell ohne Vorsorgepauschale fällig wird, diese jedoch ebenfalls aus Steuermitteln finanziert wird.

Im Unionskompromiss wirkt sich die niedrige Kopfpauschale verbunden mit der kompletten Nutzung der gedeckelten Arbeitsgeberbeiträge anders aus als in den beiden anderen Modellen, die lediglich die Versteuerung der ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge rechnerisch zur Gegenfinanzierung des Subventionsbedarfs heranziehen.

In den Berechnungen wurde ferner durch die differenzierte Leistungsabgrenzung in Alternative 1 und 2 simuliert, wie ein unterschiedliches Niveau der Höhe der Gesamtausgaben je nach Kopfprämienmodell unterschiedliche Auswirkungen auf die Höhe der Prämiensubventionen bzw. die entstehende Deckungslücke hat. Die Alternative 2 sieht – wie oben angesprochen – vor, dass zusätzlich zu den Ausgaben nach Alternative 1 die Ausgaben für den Zahnersatz in Höhe von etwa 3,7 Mrd. € sowie die Finanzierung des 2003 tatsächlich entstandenen Defizits in Höhe von 4,3 Mrd. € in die Leistungen eingeschlossen werden, wodurch die Kopfprämienhöhe ansteigen muss, und somit auch der Subventionsbedarf zunimmt.

Die Ergebnisse der Berechnungen sind in Tabelle 5 zusammengefasst. Bei einer Betrachtung der Ergebnisse zeigt sich, dass jedes der Modelle zunächst einen erheblichen Bedarf an Mitteln zur Gegenfinanzierung der Gesundheitskosten der Kinder sowie der Kopfpauschalensubventionen für Bezieher niedriger Einkommen bzw. der nicht ausgabendeckenden Kopfpauschalen erfordert. Zunächst ist allen Modellalternativen gemein, dass die Gesundheitskosten für die Kinder nicht mehr aus den Kopfpauschalen der GKV zu zahlen wären. Dies schlägt in allen Modellen gleich zu Buche – mit 17,7 Mrd. € in Alternative 1 und 18,0 Mrd. € in Alternative 2. Die Kopfpauschalensubventionen fallen aufgrund der unterschiedlich hohen Kopfpauschalen sowie der unterschiedlich hoch angesetzten Maximalbelastung in beiden Alternativen und in den drei Modelltypen ungleich hoch aus.

Tabelle 5: Subventionsbedarf der unterschiedlichen Modelle, Rechnungsbasis 2003, in Mrd. €

Modelle	CDU (Leipziger Parteitag 2003)		Rürup und Wille (GKV-interne Lösung)		Kompromiss von CDU und CSU	
	Alternative 1	2	Alternative 1	2	Alternative 1	2
Finanzierung der Gesundheitsleistungen für Kinder bis unter 18 Jahren	-12,8	-12,8	-12,8	-12,8	-12,8	-12,8
Finanzierung der Gesundheitsleistungen f. »Kinder« ab 18 Jahren	-4,9	-5,2	-4,9	-5,2	-4,9	-5,2
Zuschüsse an die gering verdienenden Versicherten der AKV	-6,0	-7,1	-11,5	-13,7	-4,9	-4,9
Zuschüsse an die gering Versicherten der KVdR	-9,9	-11,4	-15,1	-17,0	-7,8	-7,8
Einnahmenausfall auf- grund nicht kostende- ckender Kopfpauschale	nicht zutreffend	nicht zutreffend	nicht zutreffend	nicht zutreffend	-40,4	-48,0
Gesamtzuschussbedarf	-33,6	-36,5	-44,3	-48,7	-70,8	-78,7
Zusätzliches Steuerauf- kommen wegen ausge- schüttetem GKV-Arbeit- geberbeitrag ²⁵	17,8	17,8	18,1	19,1	nicht zutreffend	nicht zutreffend
Direkt an Kranken- versicherung gezahlte gedeckelte GKV- Arbeitgeberbeiträge	nicht zutreffend	nicht zutreffend	nicht zutreffend	nicht zutreffend	53,0	53,0
2,9 %ige einkommens- abhängige Beitrags- komponente	nicht zutreffend	nicht zutreffend	19,9	18,2	nicht zutreffend	nicht zutreffend
Verbleibende Deckungslücke	-15,7	-18,7	-6,3	-11,4	-17,6	-25,7
Subventionsempfänger bei GKV-Mitgliedern, in Mio.	15,8	16,7	24,3	26,9	19,7	19,7

Quelle: eigene Darstellung und Berechnung.

25 Zusätzliches Steueraufkommen nach derzeitigem EStG. Bei Zugrundelegung des Steuermodells der CDU, wie auf dem Leipziger Parteitag beschlossen (Merz-Modell) verringert sich dieser Betrag auf nur noch 14 Mrd. Euro.

Allen Modellen ist gemeinsam, dass der Fehlbetrag in Alternative 2 höher ist und dass der Subventionsbedarf der KVdR-versicherten Rentner weit über dem der AKV-Mitglieder liegt.

Der gesamte Gegenfinanzierungsbedarf liegt zwischen 33,6 Mrd. € in Alternative 1 des CDU-Modells und 78,7 Mrd. € in Alternative 2 des Unionskompromisses. Zu einem gewissen Teil ist allerdings eine »systemimmanente« Gegenfinanzierung in allen drei Modellen vorgesehen: Im CDU-Modell und im Modell von Rürup und Wille soll der Arbeitgeberbeitrag an die Arbeitnehmer ausbezahlt werden und sodann der Einkommenssteuer unterliegen, was zwischen 17,8 Mrd. € im CDU-Modell und 19,2 Mrd. € in Alternative 2 des Rürup-Wille-Modells einbringen sollte. Im Unionskompromiss soll der gesamte, auf 6,5 % gedeckelte Arbeitgeberbeitrag in Höhe von 53 Mrd. € als »Arbeitgeberprämie« zur Finanzierung herangezogen werden. Im Modell von Rürup und Wille sollen durch einen einkommensproportionalen GKV-Beitrag in Höhe von 19,9 € bzw. 18,2 Mrd. € Mittel in die Finanzierung der Gesundheitskosten fließen.

Dennoch verbleibt in allen Modellen eine Deckungslücke. In den beiden Alternativen der drei Modelle reichen die Einnahmen aus den Kopfprämien zuzüglich der »systemimmanenten« Gegenfinanzierung nicht aus, um die GKV-Ausgaben zu decken.

Besonders hoch fällt der Zuschussbedarf bei Umsetzung des Kompromissmodells aus, allerdings bleibt das CDU-Modell, wie es in Leipzig beschlossen wurde, nur geringfügig hinter diesem Bedarf zurück. Auffällig erscheint auf den ersten Blick der recht geringe (Rest-)Subventionsbedarf, der sich aus dem Modell von Rürup und Wille ergibt. Allerdings muss bei diesem Modell bedacht werden, dass es bereits zwei systemimmanente Gegenfinanzierungen enthält. Die GKV-internen einkommensbezogene Beitragsfinanzierung wie auch die Versteuerung der ausbezahlten Arbeitgeberbeiträge. Die trotzdem vergleichsweise hohe Gesamtfinanzierungslücke (inkl. dieser GKV-internen Finanzierung) folgt aus der gering angesetzten Höchstbelastung im Vergleich zum CDU-Modell sowie der Berücksichtigung der Belastungen durch den GKV-Umverteilungsbeitrag in diesem Modell.

Für das CDU-Modell, wie auf dem Leipziger Parteitag beschlossen, liegt der hohe Subventionsbedarf zum einen in der ausschließlichen Finanzierung des sozialen Ausgleichs über Steuermittel begründet. Des Weiteren fällt der Zuschussbedarf bei dem Modell der CDU recht hoch aus, weil dieses eine Kapitaldeckungskomponente enthält, die die Kopfpauschalen, die Zahl der Zuschussberechtigten und den erforderlichen Zuschussbedarf selbst ansteigen lässt.

Im Modell von Rürup und Wille zeigt sich, dass der genannte 2,9 %ige Aufschlag auf die kostendeckende Kopfprämie nicht ausreicht, um den sozialen Ausgleich

gänzlich zu finanzieren. Dazu müsste der GKV-Umverteilungsbeitrag mindestens um weitere 0,7 bis 0,8 Beitragssatzpunkte angehoben werden. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass durch die GKV-interne Finanzierung des sozialen Ausgleichs PKV-Versicherte diesen – anders als bei der Steuerfinanzierung – nicht mitfinanzieren müssen, sondern die Last der 2,9 %igen einkommensabhängigen Komponente ausschließlich von den GKV-Versicherten getragen werden muss. Neben den Steuer-subventionen für die Finanzierung der Krankenversicherung der Kinder ist weiterhin eine Finanzierung des sozialen Ausgleichs, zumindest partiell, über Steuern erforderlich.

Dass der Zuschussbedarf im Unions-Kompromissmodell am höchsten ist, mag auf den ersten Blick überraschen, da grundsätzlich eine niedrigere Kopfpauschale auch einen geringeren Subventionsbedarf nach sich ziehen würde und der volle gedeckelte Arbeitgeberbeitrag zur Verfügung steht. Allerdings ist die Begrenzung der Höchstbelastung auf 7 % deutlich geringer als in den beiden anderen Modellen. Vor allem aber ist die Kopfpauschale selbst nicht ausgabendeckend kalkuliert und muss deshalb für alle Mitglieder ergänzt werden.

Durch die zusätzliche Berücksichtigung weiterer Leistungsausgaben in Alternative 2 erhöht sich der Subventionsbedarf, allerdings ergeben sich auch für die einzelnen Modellvarianten doch deutliche Belastungsverschiebungen. Im CDU-Modell beträgt der zusätzliche Subventionsbedarf 3 Mrd. €, da aufgrund der nun berücksichtigten weiteren Leistungen die Kopfprämienhöhe ansteigt und dadurch auch mehr Versicherte Anspruch auf Prämiensubvention erhalten.

Im Modell von Rürup und Wille hätte eine Berücksichtigung der weiteren Ausgaben hingegen einen prozentual deutlich höheren Anstieg des Subventionsbedarfs von 6,3 Mrd. € auf 11,4 Mrd. € zur Folge. Auch in diesem Modell würden zusätzliche Ausgaben die Prämienhöhe und damit die Zuschüsse an die Versicherten der AKV bzw. KVdR erhöhen, jedoch erreichen mehr Versicherte bei erhöhten Kopfprämien und einer Berücksichtigung der 2,9 %igen einkommensabhängigen Beitragskomponente die Belastungsgrenze, wodurch weniger Geld von weniger Mitgliedern aus der GKV-internen Beitragskomponente zur Gegenfinanzierung zur Verfügung steht.

Im Unionskompromiss-Modell bleiben bei einer Berücksichtigung des Zahnersatzes und des 2003 tatsächlich vorhandenen Defizits die Zuschüsse an die AKV- bzw. KVdR-Versicherten gleich, da eine erhöhte Gesamtkopfprämie aufgrund der Modellausgestaltung keine Veränderung der von den Versicherten zu zahlenden Prämie in Höhe von 109 € nach sich zieht. Hingegen führt eine erhöhte Gesamtkopfprämie im Unions-Kompromissmodell durch einen erhöhten Einnahmenaus-

fall aufgrund der nicht kostendeckender Arbeitnehmerkopfpämien zu einem deutlichen Anstieg des Einnahmenausfalls und somit zu einem Anstieg des gesamten Subventionsbedarfs von 17,6 Mrd. € auf 25,7 Mrd. €.

Die Zahl der Subventionsempfänger wird auf Größen zwischen 15,8 Mio. in Alternative 1 des CDU-Modells und 26,9 Mio. in Alternative 2 des Modells von Rürup und Wille geschätzt. Betrachtet man die Reaktion dieser Zahl der Subventionsempfänger auf eine Ausweitung der Leistungen in den beiden Alternativen so reagieren sie in den drei Modellen gänzlich unterschiedlich auf ein steigendes Leistungsvolumen. Während der hohe Anstieg des Subventionsvolumens im Unionskompromiss von keinem Anstieg der Zahl der Subventionsempfänger begleitet wird, nimmt die Zahl in den beiden anderen Modellen deutlich zu – besonders stark im Rürup- und Wille-Modell. In diesem Modell würde in Alternative 2 mehr als die Hälfte aller GKV-Mitglieder zu Subventionsempfängern. Der Verwaltungsaufwand und die damit verbundenen Kosten einer solchen Umverteilungsbürokratie wären erheblich. Sie konnten hier allerdings nicht berechnet werden. Der von manchen Befürwortern der Kopfpauschalenmodelle beschworene positive Beschäftigungseffekt müsste jedoch mindestens in der öffentlichen Verwaltung des Umverteilungsparafiskus entstehen!

2.4 GEGENFINANZIERUNG DES SUBVENTIONSBEDARFS

Wie weiter oben bereits angemerkt, gibt es verschiedene Modelle zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs, die jeweils ganz unterschiedliche verteilungspolitische Implikationen beinhalten. Auch bei einer Umsetzung des Rürup und Wille-Modells, das wie oben dargestellt eine GKV-interne Finanzierung des sozialen Ausgleichs vorsieht, entsteht zusätzlich eine erhebliche Belastung für den Steuerhaushalt.

Wie bei der Betrachtung der Beitragssätze dargestellt wurde, sollen die unterschiedlichen Modelle nur geringe Veränderungen der Belastungen vor allem für die Bezieher niedrigerer Einkommen bringen. Im unteren Einkommensbereich findet teils eine geringe Besserstellung (Rürup und Wille) bzw. eine geringe Schlechterstellung (CDU) statt. Entscheidend bzgl. der Verteilungswirkungen wird die Frage sein, aus welchen Quellen die zusätzlich erforderlichen Mittel kommen sollen, da unterschiedliche Steuern mindestens idealtypisch sehr unterschiedliche Verteilungsmuster aufweisen. Sieht man von der Einführung einer radikal neuen »Umverteilungssteuer« ab und versucht zusätzliche öffentliche Einnahmen als Teil einer bestehenden Steuer oder in Anlehnung an eine bestehende Steuer zu generieren,

so bieten sich als die beiden aufkommensstärksten Steuern die Einkommensteuer und die Mehrwertsteuer an. Befürworter der ersteren stellen die (formal) progressive Wirkung der Einkommensteuer heraus. Der Mehrwertsteuer werden eher regressive Wirkungen zugeschrieben, wenngleich sie den Vorteil aufweist im internationalen Wettbewerb nicht nachteilig zu wirken, da sie nicht auf die Exportpreise überwälzt wird.

2.4.1 Finanzierung des sozialen Ausgleichs über einen Aufschlag auf die Einkommensteuer (Gesundheitssoli)

Eine Möglichkeit, die in den Kopfprämienmodellen entstehenden Fehlbeträge auszugleichen, besteht in der Einführung eines Aufschlags auf die Einkommensteuer eines sog. »Gesundheitssolis«. Legt man die Einnahmen aus Lohnsteuer und veranlagter Einkommensteuer von 2003 zugrunde, so ergibt sich für dieses Jahr ein Steueraufkommen aus diesen Steuern von rd. 177,4 Mrd. €²⁶. Gemessen an diesem Steueraufkommen ergeben sich, je nach Fehlbetrag des entsprechenden Kopfprämienmodells, unterschiedlich hohe Aufschläge auf diese Steuer, um die Fehlbeträge zu decken (vgl. Tabelle 6). So müsste im Modell der CDU zur Deckung des Subventionsbedarfs in Höhe von 15,7 Mrd. € ein Gesundheitssoli in Höhe von 11,4 % eingeführt werden. Bei Berücksichtigung der Leistungsabgrenzung der Alternative 2 würde der dadurch auf 18,7 Mrd. € ansteigende Subventionsbedarf einen Gesundheitssoli von 13,6 % nach sich ziehen. Im Unions-Kompromissmodell müsste zur Finanzierung des Subventionsbedarfs ein Aufschlag auf die Einkommenssteuer von 12,8 % erhoben werden, bei Alternative 2 würde dieser Satz auf 18,6 % ansteigen. Die Finanzierung des Subventionsbedarfs im Modell von Rürup und Wille würde einen Gesundheitssoli von 4,6 % erfordern, die zusätzliche Berücksichtigung der Leistungen in Alternative 2 würde einen Aufschlag auf die Einkommenssteuer in Höhe von 8,3 % nach sich ziehen.

26 Vgl. BMF (Hrsg.) (2004), S. 35.

Tabelle 6: Notwendige Aufschläge auf die Einkommenssteuer zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs der unterschiedlichen Modelle

Modelle	CDU (Leipziger Parteitag)		Rürup/Wille (GKV-interne Lösung)		Kompromiss von CDU und CSU	
	Alternative 1	2	Alternative 1	2	Alternative 1	2
Subventionsbedarf in Mrd. €	-15,7	-18,7	-6,3	-11,4	-17,6	-25,5
Gesundheitssoli, in % der Einkommensteuer	11,4	13,6	4,6	8,3	12,8	18,6

Quelle: eigene Darstellung und Berechnung.

Die Belastung durch einen Gesundheitssolidarzuschlag als prozentualer Aufschlag auf die Einkommensteuer entfaltet eine ähnliche Verteilungswirkung wie diese. Angesichts der höheren Abschreibungsmöglichkeiten bei den Beziehern höherer Einkommen ist davon auszugehen, dass sich die nominelle Steuerprogression keineswegs vollständig in der Steuerlast niederschlägt. Aber tendenziell ist davon auszugehen, dass die Belastung nicht regressiv, vielleicht sogar milde progressiv ist. Nicht auszuschließen ist allerdings, dass eventuell besonders die mittleren Einkommen belastet werden. Positiv ist in diesem Zusammenhang allerdings anzumerken, dass die Auswirkungen der Beitragsbemessungsgrenze der GKV deutlich regressiver sind.

2.4.2 Finanzierung des sozialen Ausgleichs über eine Mehrwertsteuererhöhung

Sollte eine Gegenfinanzierung über eine Mehrwertsteuererhöhung bewerkstelligt werden, so müsste der reguläre Steuersatz nach dem Modell von Rürup und Wille um 0,7 %-Punkte, im CDU-Modell um 1,8 %-Punkte und im Unionskompromiss um 2,1 %-Punkte angehoben werden. Der ermäßigte Satz müsste um 0,3 Punkte im Modell von Rürup und Wille, um 0,8 Punkte im CDU-Modell und um 0,9 Punkte im Unionskompromiss hinaufgesetzt werden (vgl. Tabelle 7).

Die zusätzlichen Leistungen in Alternative 2 würden zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs im Modell von Rürup und Wille eine Anhebung des regulären Mehrwertsteuersatzes um 1,3 %-Punkte, im Modell der CDU um 2,2 %-Punkte und im Kompromissmodell der Union gar um 2,9 %-Punkte erfordern. Zur Finanzierung des Subventionsbedarfs müsste der ermäßigte Mehrwertsteuersatz um 0,6 %-Punkte

im Modell von Rürup und Wille, um 1,0 %-Punkte im CDU-Modell und um 1,3 %-Punkte im Unions-Kompromissmodell angehoben werden.

Tabelle 7: Notwendige Mehrwertsteuererhöhung zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs der unterschiedlichen Modelle

Modelle	CDU (Leipziger Parteitag)		Rürup/Wille (GKV-interne Lösung)		Kompromiss von CDU und CSU	
	Alternative 1	2	Alternative 1	2	Alternative 1	2
Subventionsbedarf in Mrd. €	-15,7	-18,7	-6,3	-11,4	-17,6	-25,5
Notwendige Erhöhung des regulären Steuer- satzes in %-Punkten	1,81 %-Punkte	2,2 %-Punkte	0,7 %-Punkte	1,3 %-Punkte	2,1 %-Punkte	2,9 %-Punkte
Notwendige Erhöhung des ermäßigten Steuer- satzes in %-Punkten	0,8 %-Punkte	1,0 %-Punkte	0,3 %-Punkte	0,6 %-Punkte	0,9 %-Punkte	1,3 %-Punkte

Quelle: eigene Darstellung und Berechnung.

Von einer Gegenfinanzierung über die Mehrwertsteuer gehen sicher eher regressi-
ve Wirkungen aus. Im Vergleich zur Belastung durch die Einkommensteuer ist vor
allem die Tatsache von Bedeutung, dass sich dieser Finanzierungsform niemand ent-
ziehen kann, d. h. es gibt auch keine Befreiungen, wie den Grundfreibetrag im
Einkommensteuerrecht für Bezieher niedriger Einkommen, so dass ein erheblicher
Eigenfinanzierungseffekt der Prämiensubvention eintritt.

3. ZUSAMMENFASSUNG UND WERTUNG DER ERGEBNISSE

3.1 ZUSAMMENFASSUNG

Das Kopfpauschalenmodell der CDU zur Neugestaltung der GKV-Finanzierung, das Modell von Rürup und Wille (mit GKV-interner Teilfinanzierung der Prämiensubventionen) sowie der Kompromiss von CDU und CSU erfordern eine Prämie von monatlich 170 € (Alternative 1 unserer Modellrechnungen). Dabei sind die auf Rechnungsbasis 2003 im Leistungskatalog abgedeckte Leistungen – jedoch ohne Krankengeld, Zahnersatz und das 2003 aufgetretene Defizit – zu finanzieren. Sollen zusätzlich der Zahnersatz sowie das Defizit abgedeckt werden, so erhöht sich die kostendeckende Kopfpauschale auf 181,50 € (Alternative 2 unserer Rechnungen). Die von uns nicht untersuchte Ausweitung der Finanzierung auf das Krankengeld hätte die Kopfpauschale um weitere 10,10 € gesteigert. Darüber hinaus sieht das Modell der CDU – anders als die beiden anderen untersuchten Modelle – eine Vorsorgepauschale in Höhe von 20 € zur Bildung eines Teilkapitalstocks vor. Der Unionskompromiss begrenzt die von den Versicherten zu tragende Prämie auf 109 €.

Im Modell der CDU würden ohne eine Begrenzung der Kopfpauschalenbelastung auf die von der CDU vorgeschlagenen 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens Alleinlebende bis zu einem Einkommen von 1.267 € monatlich in Alternative 1 der oben dargestellten Rechnungen (mit einer Kopfprämie von insgesamt 190 €) bzw. bis 1.343 € (bei Alternative 2 mit einer Kopfprämie von insgesamt 201,50 €) gegenüber der jetzigen GKV-Finanzierung schlechter gestellt – und dies umso mehr – je niedriger ihr Einkommen ist. Für Alleinverdienerehepaare erhöht sich diese Grenze auf ein Monatseinkommen von 2.533 € (Alternative 1) bzw. 2.687 € (Alternative 2). Personen mit einem Verdienst über diesen Einkommensgrenzen werden dagegen deutlich besser gestellt, wobei die Begünstigung mit steigendem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 3450 € im Jahr 2003 zugenommen hätte. Am meisten würde sich die Besserstellung von Mitgliedern mit höherem Einkommen bei den Zweiverdienerehepaaren auswirken.

Da das Modell einen sozialen Ausgleich für die schlechter gestellten Gruppen vorsieht, sollen die negativen Auswirkungen weitestgehend durch die Begrenzung der individuell zu tragenden Belastung auf maximal 15 % des Bruttoeinkommens

(zuzüglich ausgeschütteter Arbeitgeberbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 6,5 %) abgedeckt werden. Da diese Prämiensubventionierung jedoch aus Steuermitteln, d. h. außerhalb der GKV erfolgen soll, scheint die längerfristige Sicherheit dieser Kopfpauschalensubventionierung jedoch nicht gewährleistet.

Die vorgesehene generelle Besserstellung der Bezieher höherer Einkommen soll durch die Besteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags abgemildert werden. Dennoch scheint diese Ausschüttung, verglichen mit der Transferzahlung an Bezieher niedriger Einkommen, deutlich verlässlicher und sicherer, weil sie nicht den Unwägbarkeiten der Lage öffentlicher Haushalte anheim gestellt ist. Arbeitgeber und Arbeitnehmer würden per Gesetz (längerfristig) an diese Auszahlungen und deren Versteuerung gebunden, der Finanzminister letztlich nur für die Laufzeit der Geltung eines Haushaltsjahres.

Der zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs notwendige Prämiensubventionsbedarf würde in Alternative 1 bei 33,6 Mrd. € (in Alternative 2 bei 36,5 Mrd. €) liegen, wovon allein knapp 13 Mrd. € auf die Finanzierung der Gesundheitskosten der Kinder unter 18 Jahren sowie 9,9 Mrd. € (Alternative 1) bzw. 11,4 Mrd. € auf den Subventionsbedarf der Rentner entfallen würden. Die zusätzlichen Steuererlöse durch die Besteuerung der ausgeschütteten Arbeitgeberanteile würden in beiden Alternativen bei knapp 17,8 Mrd. € liegen, so dass per Saldo eine Deckungslücke von 15,7 Mrd. € bei Alternative 1 bzw. 18,7 Mrd. € bei Alternative 2 verbliebe.

Der untersuchte Modellvorschlag von Rürup und Wille mit GKV-interner Teilgegenfinanzierung der erforderlichen Prämiensubventionen belastet aufgrund der gewählten niedrigeren maximalen Subventionsgrenze die Bezieher niedriger Einkommen gegenüber der jetzigen GKV-Finanzierung – mit Ausnahme Beschäftigter in der Gleitzone – sogar etwas weniger stark, allerdings fällt diese Entlastung im Vergleich zu einem Teil der Bezieher höherer Einkommen kaum ins Gewicht. Bei Alleinverdienerehepaaren ergibt sich aufgrund des einkommensbezogenen GKV-internen Ausgleichs kaum eine Veränderung der Belastung durch Kopfprämien.

Der für die Finanzierung des sozialen Ausgleichs notwendige Prämiensubventionsbedarf fällt im Vergleich zum CDU-Modell aufgrund der um 20 € niedrigeren Prämie niedriger aus, steigt jedoch andererseits durch die GKV Beiträge in Höhe von 2,9 % des Einkommens wiederum an. Es wären Subventionen in Höhe von 44,3 Mrd. € (Alternative 1) bzw. 48,7 Mrd. € (Alternative 2) erforderlich, wovon auf Kinder unter 18 Jahren analog zum CDU-Modell knapp 13 Mrd. € und für die Subventionierung der Prämien in der KVdR sogar 15,1 Mrd. € (Alternative 1) bzw. 17,0 Mrd. €

(Alternative 2) entfallen würden. Zur Gegenfinanzierung könnte mit Mehreinnahmen durch die Versteuerung des Arbeitgeberanteils von knapp über 18 Mrd. € (Alternative 1) bzw. 19,1 Mrd. € (Alternative 2) und durch die Erhebung eines einkommensbezogenen GKV-Beitrags in Höhe von 2,9 % mit weiteren 19,9 Mrd. € (Alternative 1) bzw. 18,2 Mrd. € (Alternative 2) gerechnet werden, so dass schlussendlich eine Deckungslücke von 6,3 Mrd. € (Alternative 1) bzw. 11,4 Mrd. € (Alternative 2) verbleiben würde.

Der Unionskompromiss sieht eine Kopfpauschale von nur 109 € und eine maximal dadurch zu tragende Belastung von 7 % des Bruttoeinkommens vor. Diese – nicht kostendeckende – Arbeitnehmerprämie soll durch eine aus den auf 6,5 % der beitragspflichtigen Einkommen begrenzte Ausschüttung des Arbeitgeberbeitrags in Höhe von ca. 53 Mrd. € als Arbeitgeberprämie ergänzt werden. Die Berechnungen haben ergeben, dass neben der Finanzierung der Krankheitskosten der Kinder in beiden berechneten Modellalternativen weitere 12,7 Mrd. € als Zuschüsse für die gering verdienenden Versicherten zur Vermeidung übermäßiger Prämienbelastungen zu finanzieren wären. Insgesamt verbleibt in der Finanzierung des Prämien-subventionsbedarfs eine Deckungslücke in Höhe von 17,6 Mrd. € bei Alternative 1 bestehen. Aufgrund der Eigenschaften des Unionskompromisses mit seiner niedrigen Gesundheitsprämie, die generell für alle Versicherten (nicht nur die mit niedrigen Einkommen!) ein Aufstocken durch die »Arbeitgeberprämie« erfordert, schlägt sich eine Anhebung der notwendigen Kopfpauschale ganz erheblich in der Steigerung des erforderlichen Subventionsbedarfs nieder. So würde bei Alternative 2 unserer Rechnungen der ungedeckte Subventionsbedarf sogar auf 25,7 Mrd. € ansteigen.

Es zeigt sich, dass keines der dargestellten Modelle trotz der vorgesehenen Teilgegenfinanzierung ohne erheblichen Subventionsbedarf aus Steuermitteln auskommt. Besonders hoch fällt der Zuschussbedarf bei Umsetzung des Modells der CDU bzw. des Kompromissmodells der Union aus. Dies liegt hinsichtlich des CDU-Modells zum einen an der ausschließlichen Finanzierung des sozialen Ausgleichs über Steuermittel, während beim Modell von Rürup und Wille auch ein GKV-interner Ausgleich erfolgen soll. Des Weiteren fällt der Zuschussbedarf bei dem Modell der CDU auch höher aus, weil dieses eine Kapitaldeckungskomponente enthält, die die Kopfpauschale und in der Folge die Zahl der Zuschussberechtigten und den Zuschuss selbst ansteigen lässt. Im Modell von Rürup und Wille zeigt sich, dass der vorgeschlagene GKV-interne Beitragszuschlag nicht ganz ausreicht, um den sozialen Ausgleich zu finanzieren; deswegen benötigt auch dieses Modell noch einen, wenn auch geringeren, weiteren Zuschuss aus Steuermitteln. Aufgrund des GKV-internen

Beitragszuschlags reduziert sich in diesem Modell aber der häufig genannte Vorteil der Einbeziehung *der gesamten Bevölkerung* in die Finanzierung des sozialen Ausgleichs. Diese erfolgt lediglich für die Finanzierung der restlichen Deckungslücke aus allgemeinen Steuermitteln, zu der dann auch PKV-Versicherte im Rahmen des Steuertransfermechanismus herangezogen würden. Das CDU-Modell hingegen zieht durch die alleinige Prämiensubvention über den Steuertransfermechanismus zwar alle Versicherten zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs heran. Allerdings weist dieses Modell durch die alleinige systemimmanente Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs über eine Besteuerung des Arbeitgeberanteils eine sehr hohe verbleibende Deckungslücke auf.

Beim Kompromissmodell der Union liegt der Zuschussbedarf für die Prämien der Versicherten in AKV und KVdR aufgrund der gewählten Prämienhöhe bzw. Belastungsgrenze zwar niedriger als in den anderen untersuchten Modellen. Da jedoch durch die Nichtbesteuerung des Arbeitgeberanteils, dessen Überführung in ein Sondervermögen und seiner Verwendung zur Kostendeckung der Kopfprämien insgesamt weniger Geld zur Prämiensubvention für andere Komponenten zur Verfügung steht, weist dieses Modell von allen untersuchten dennoch die höchste Deckungslücke auf.

Die Deckungslücken würden je nach Form der Gegenfinanzierung über einen Solidarzuschlag auf die Einkommensteuer oder eine Anhebung der Mehrwertsteuersätze erhebliche Mehrbelastungen bei unterschiedlichen Gruppen bewirken. So wäre im Falle der Alternative 1 im CDU-Modell ein Solidarzuschlag in Höhe von 11,4 %, im Modell von Rürup und Wille von 4,6 % und beim Unionskompromiss von sogar 12,8 % erforderlich. Für die höheren Kopfpauschalen nach Variante 2 wären analog Zuschläge von 13,6 %, 8,3 % und im Falle des Unionskompromisses sogar von 18,6 % der Einkommensteuer als Solidarzuschlag erforderlich.

Alternativ würde die Finanzierung durch eine erhöhte Mehrwertsteuer im Falle der Alternative 1 im CDU-Modell eine Anhebung des regulären Steuersatzes von 16 % auf 17,8 % und des begünstigten Satzes von 7 % auf 7,8 % erfordern. Das Modell von Rürup und Wille, mit einem geringeren Steuersubventionsbedarf, würde immerhin auch eine Steigerung auf 16,7 % und 7,3 % verlangen. Der Unionskompromiss schließlich benötigt sogar eine Anhebung des regulären Satzes von 16 % auf 18,1 % und des begünstigten Satzes von 7 % auf 7,9 %. Die Alternative 2 führt in den drei Modellen zu unterschiedlich starken Mehrbelastungen: Im CDU-Modell würden nunmehr entsprechende Steigerungen auf 18,2 % und 8 %, im Rürup-Wille Modell auf 17,3 % bzw. 7,6 % und im Unionskompromiss auf 18,9 % und 8,3 % fällig.

3.2 WERTUNG DER ERGEBNISSE

Die Schätzungen der quantitativen Auswirkungen einer Umstellung der GKV-Finanzierung von derzeit einkommensbezogenen Beiträgen auf Kopfpauschalen zeigen, dass die drei untersuchten Modelle deutliche Unterschiede aufweisen bzgl.

- der Verteilungswirkungen der Beitragsbe- und -entlastung auf Versichertengruppen,
- des resultierenden Subventionsbedarfs für Geringverdiener,
- der Struktur und Höhe der erforderlichen Gegenfinanzierung.

Daneben ist zu berücksichtigen, ob die Modelle geeignet sind, die mit den Kopfpauschalen von ihren Befürwortern assoziierten positiven Wirkungen und von ihren Gegnern benannten negativen Wirkungen zu entfalten.

Hinsichtlich der **Verteilungswirkungen** ist (a) die tatsächliche Belastung durch Kopfprämien unter Maßgabe der Maximalbelastung (Fomalinzidenz), (b) im Vergleich zur derzeitigen Beitragsbelastung (Differentialinzidenz) sowie (c) die kombinierte Auswirkung der Prämienbelastung mit ihrer kompletten Gegenfinanzierung (Budgetinzidenz) zu unterscheiden. Grundsätzlich ist die Budgetinzidenz für die Beurteilung der Verteilungsgerechtigkeit zwar am wichtigsten, allerdings ist hinsichtlich ihrer spezifischen Auswirkung ein hoher Grad an Unsicherheit gegeben. Veränderung bei einzelnen Stellschrauben der Modelle wirken sich oft ganz erheblich aus. So erweist sich die tatsächliche Steuerbelastung unterschiedlicher Gruppen als kritisch für die Beurteilung. Weder für das bestehende Steuerrecht noch für Reformvorschläge stehen letztlich genaue, aktuelle Informationen zur Auswirkung der tatsächlichen durchschnittlichen Belastung von Einkommen zur Verfügung – nicht zuletzt weil sich Deutschland angesichts der drei Stufen der letzten großen Steuerreform z. Z. in einer Übergangssituation befindet. Ganz allgemein besteht jedoch Konsens darüber, dass die vielfältigen Einzelregelungen kein wirklich »gerechtes« System im Sinne einer Besteuerung nach der Zahlungsfähigkeit schaffen.

Versucht man die Auswirkungen mit denen der »Bierdeckelreform«, die grundsätzlich am Leipziger Parteitag der CDU 2003 verabschiedet wurde, zu kombinieren, so steht man vor dem Problem, dass derzeit in keiner Weise klar ist, wie diese denn praktisch gestaltet werden kann und soll. Unter Maßgabe dieser Probleme kann jedoch gesagt werden, dass das Steueraufkommen für die ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge nach dem CDU-Modell deutlich geringer ausfallen würde als nach aktuellem Steuerrecht. Sehr vorsichtig geschätzt gehen wir bei Alternative 1 von einem Minderaufkommen in Höhe von mehr als 3 Mrd. € aus. Angesichts dieser Unwägbarkeiten lässt sich auch keinesfalls verlässlich beurteilen, welche Finan-

zierungswirkung ein Anheben der Besteuerung der dritten Einkommenstranche von 36 % auf 39 %, wie im Unionskompromiss vorgesehen, entfalten würde.

Maßgeblich für die unterschiedlichen Verteilungswirkungen der tatsächlich zu tragenden Kopfprämien, der Formalinzidenz und damit auch der Differenzialinzidenz bei den Versicherten, sind vor allem die Wahl der Belastungsgrenze sowie die Organisation einer eventuellen »systemimmanenten« Gegenfinanzierung des erforderlichen sozialen Ausgleichs.

Generell gesagt produziert die Kombination von **Höhe der Kopfprämie** und prozentuale Höchstbelastung der Einkommen ganz bestimmte Aufkommenseffekte und Defizite: Steigt die Kopfprämie, so steigt bei gegebener Maximalbelastung der Subventionsbedarf bei jedem ausgleichsberechtigten Versicherten; zudem nimmt dabei auch die Zahl der Ausgleichsberechtigten zu.

Die untersuchten Modelle unterscheiden sich diesbezüglich sehr deutlich: Die Prämie im CDU-Modell liegt um 20 € höher als die kurzfristige Kostendeckung es erfordern würde, weil der Aufbau eines Teilkapitalstocks mitfinanziert werden soll. Die Abdeckung des Krankengeldes, das im Leistungskatalog der Modelle nicht enthalten ist, würde eine Anhebung der Prämie um etwa weitere 10,10 € ausmachen. Nur im Modell von Rürup und Wille wird explizit darauf verwiesen, dass im Rahmen der Maximalbelastung von 12,5 % des Bruttoeinkommens neben der Gesundheitsprämie, die den sonstigen derzeitigen Leistungskatalogs abdeckt, auch die Ausgaben zur Finanzierung des Krankengeldes sowie die im Modell vorgesehenen 2,9 % des Bruttoeinkommens zur GKV-internen Gegenfinanzierung der Prämiensubventionen gemeinsam berücksichtigt werden müssen. Dies erklärt auch die vergleichsweise hohe Zahl der Subventionsempfänger, wenngleich die Kopfpauschale als solche in diesem Modell deutlich niedriger als im CDU-Modell festgelegt ist. Die von uns zugrunde gelegte Kopfpauschale selbst umfasst die Ausgaben für das Krankengeld allerdings nicht.

In allen Modellen wird mindestens implizit von einem geringeren Leistungskatalog als dem 2003 geltenden ausgegangen. Denn eine Kopfpauschale von 180 € monatlich, wie im CDU-Modell vorgesehen, würde auch ohne Abdeckung der Krankheitskosten der Kinder nicht ausreichen, um das Krankengeld mitzufinanzieren. Die Höhe der Prämie lässt darauf schließen, dass mindestens für 2003 die Abdeckung des Defizits und des Zahnersatzes eingeschlossen sein sollen. Gleiches dürfte somit auch im Unionskompromiss vorgesehen sein. Unsere Rechnungen gingen in Alternative 2 von einer solchen Annahme aus. Die Festlegung solcher Aspekte ist insofern wichtig, als durch den Ausschluss von Leistungen nicht nur die Gesundheitsprämie abgesenkt, sondern in der Folge auch der Subventionsbedarf und der damit

einhergehende erhebliche Verwaltungsaufwand – allerdings zu Lasten der erkrankten Versicherten – gesenkt werden kann. Auf den ersten Blick würde dies ein solches Modell – mindestens für die gesünderen Menschen – attraktiv machen. Berücksichtigt man, dass künftige Kostensteigerungen mit Prämiensteigerungen verbunden sein müssten, so ist zu befürchten, dass in einem Kopfpauschalenmodell ein doppeltes Motiv zur Leistungsausgrenzung vorhanden ist – stärker als im bestehenden System.

Betrachtet man die zweite Stellschraube, die **maximale Belastung der Einkommen durch die tatsächlich zu tragende Kopfpauschale**, so besteht zur Begrenzung des Subventionsbedarfs wie auch des damit verbundenen Verwaltungsaufwandes für die öffentlichen Haushalte eine Motivation, diese möglichst hoch zu halten. Denn mit steigender Maximalbelastungsgrenze sinken bei gleicher Kopfpauschale der Subventionsbedarf und die Zahl der Subventionsempfänger. Bezogen auf die künftige Entwicklung stellt sich sicher die Frage, ob Steigerungen – bzw. welche Steigerungen – der Belastungsobergrenzen als legitim anzusehen sind. Bei einem steigenden Anteil der Gesundheitsausgaben am Volkseinkommen, der ja auch nach geltendem Recht eine Steigerung der GKV-Beitragssätze nach sich ziehen würde, würde es keine relative Schlechterstellung der Bezieher geringer Einkommen im Vergleich zu geltendem Recht bedeuten, wenn diese Belastungsgrenze ebenfalls in gewissem Maße regelmäßig angehoben werden müsste. Eine solche Maßnahme alleine könnte eine Steigerung des Subventionsbedarfs zwar sicher nicht verhindern, jedoch dämpfen. Hier gilt unter der Annahme, die Prämiensubventionierung könnte gegen Haushaltsengpässe aufrechterhalten werden, dass eine darüber hinausgehende Anhebung der Belastungsobergrenze zur Sanierung oder Entlastung des Bundeshaushalts zu verhindern sein müsste – ebenso wie die Kürzung der Leistung zur Reduzierung der Kopfpauschale.

Hinsichtlich der **Gegenfinanzierung des in einem Kopfpauschalenmodell erforderlichen Subventionsbedarfs** für Geringverdiener sowie für die Gesundheitsausgaben der Kinder sind verschiedene Ansätze in den drei untersuchten Modellen vorhanden, um mindestens teilweise einen am jetzigen System orientierten »systeminternen« Ausgleich, d. h. ohne Anhebung von anderen Steuern oder Sozialversicherungsbeiträgen, zu erreichen:

- a) die Versteuerung der Auszahlung des bzw. eines Teils des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung (CDU sowie Rürup und Wille),
- b) die Überführung des kompletten Arbeitgeberbeitrags in einen Fonds zur Teilfinanzierung des erwünschten Umverteilungsprozesses (Kompromissmodell) sowie

- c) die GKV-interne einkommensabhängige Beitragsfinanzierung des Umverteilungsprozesses (Rürup und Wille).

Die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags führt auch bei Besteuerung in der Regel zu einem Nettovorteil der Bezieher von Einkommen, deren Kopfprämie(n) niedriger ausfallen als ihre bisherigen Beiträge inkl. GKV-Arbeitgeberanteil. Es spricht jedoch nichts dafür, ein gänzlich ungerechtfertigtes »Geschenk« an diese Gruppen zu machen, wenn öffentliche Mittel ohnehin knapp sind. Diesbezüglich wirkt die Überführung der gedeckelten gesamten Arbeitgeberbeiträge in einen Fonds zur Teilfinanzierung der Verteilung wie im Unionskompromiss zielgenauer und gestattet einen höheren Teil der Umverteilung ohne zusätzliche Steuermittel zu finanzieren. Die Verwendung für die Finanzierung der Umverteilung gestaltet sich allerdings komplizierter als im bestehenden System. Zudem wird der Fonds nach dem Unionskompromiss überwiegend ausgeschöpft, um für alle Versicherten die die Ausgaben nicht deckenden Pauschalen von 109 € durch eine »Arbeitgeberprämie« zu ergänzen.

Im Modell von Rürup und Wille ist vorgesehen, gesonderte einkommensbezogene Beiträge in der GKV zu erheben, um die daneben fälligen Kopfprämien für Bezieher niedriger Einkommen teilweise zu subventionieren und dies wiederum in der Belastungsbegrenzung zu berücksichtigen. Diese Vorgehensweise scheint absurd kompliziert. Den Vertretern dieses Modells ist zugute zu halten, dass dies nicht die eigentlich von ihnen bevorzugte Lösung ist. Vielmehr würden sie aus systematischen Gründen ebenfalls eine reine Steuerfinanzierung vorziehen. Der Umstand, dass sie ein solches Modell dennoch vorgestellt haben, weist jedoch darauf hin, dass sie wohl erkannt haben, dass aus pragmatischen Gründen der zwar formal eleganten und systematisch einfacheren Steuerlösung, vor allem angesichts der Unsicherheit dieser Einnahmenquelle, politisch keine Realisierungschancen einzuräumen sind. Will oder muss man die Umverteilung allerdings innerhalb der GKV finanzieren, so ist ein Wechsel zur Kopfpauschalenerfinanzierung in keiner Weise sinnvoll. Denn Vorteile, die von den Befürwortern mit Kopfpauschalen verbunden werden, können im bestehenden System ebenfalls erzielt werden; hierfür bietet ein so systematisch konfuse Modell mit erheblichen Verwaltungsmehraufwand keinen praktischen Ansatz.

In allen untersuchten Kopfprämienmodellen wird vorgeschlagen, die **Gesundheitsausgaben für Kinder** nicht innerhalb der GKV, sondern aus Steuermitteln zusätzlich zu finanzieren. Sieht man die Ausgaben für die nachwachsende Generation als gesamtgesellschaftliche Aufgabe an, so ist dies folgerichtig. Dazu müssten allerdings ebenfalls die Kosten der heute privat versicherten Kinder bzw. der eventuell gar nicht versicherten Kinder aus Steuermitteln getragen werden. Die Kosten

für Kinder ließen sich mit dieser Begründung allerdings auch im heutigen System ohne weiteres über Steuern finanzieren, so dass es dazu keiner Umstellung auf Kopfpauschalen bedarf. In der GKV wäre dabei – ausgehend von den Ausgabenansätzen in unseren Rechnungen – 2003 eine Minderung der Beitragssätze um durchschnittlich 1,8 %-Punkte möglich gewesen. Fraglich bleibt jedoch, woher die Mittel angesichts leerer öffentlicher Kassen kommen sollen. Relativ gleichgültig ist dabei, ob man die erforderlichen Steuermittel über einen eigenen Parafiscus, die Kinderkasse, verfügbar macht, oder ob das zuständige Bundesministerium die Kosten den Kassen(verbänden) direkt erstattet. Ein eigener Parafiscus wäre nur dann geboten, wenn generell verschiedene kinderbezogene Aufgaben dort effizient gebündelt werden. Ansonsten ist eine Ausweitung der Verwaltungsaufgaben und -ausgaben zur Befriedigung finanzwissenschaftlicher Eleganz kaum gerechtfertigt. Meint man, diese Aufgaben ohne Personalmehrung einer bestehenden Behörde auferlegen zu können, so sei an die Diskussion über die Aufgabenzuordnungen an die Bundesanstalt für Arbeit im Rahmen der »Hartz-Reformen« erinnert.

Hinsichtlich der Abgrenzung der Gesundheitsausgaben für Kinder ist auch die Frage zu klären, ob denn die Befürworter der Kopfpauschalen eine Steuerfinanzierung dieser Kosten für alle heute als Kinder unentgeltlich mitversicherte Kinder beabsichtigen oder nur für die bis 18-jährigen Kinder. In letzterem Fall würde sich nämlich für die Familien mit Kindern, die sich über dieses Alter hinaus in Ausbildung befinden, eine zusätzliche Finanzierungslast ergeben, die sich dann ebenfalls in einem höheren Subventionsbedarf für Familien mit Kindern niederschlagen müsste. Per saldo würde der Subventionsbedarf allerdings etwas zurückgehen, da ein Teil der Familien mit Kindern diese Kosten selbst zu tragen hätten. In unseren Rechnungen wurde allerdings davon ausgegangen, dass auch für großjährige, bislang familienversicherte Kinder die Kopfpauschalen aus allgemeinen Steuermitteln zu zahlen seien.

Als Vorteil einer GKV-Finanzierung über Kopfpauschalen wird auch die Vereinfachung bzw. die Abschaffung des **Risikostrukturausgleichs** genannt. Dazu ist zu vermerken, dass eine totale Abschaffung des RSA absurd wäre, würde doch ein absolut perverser Wettbewerb der Kassen ausgelöst – nämlich um junge Versicherte statt um die Förderung adäquater Versorgungsformen für Kranke. Wollte man nur den einkommensbezogenen Teil des sicher verwaltungstechnisch auch nicht einfachen Risikostrukturausgleichs einsparen, so würde dies um den Preis eines noch sehr viel komplizierteren Subventionsverfahrens geschehen.

Hinsichtlich der **Budgetinzidenz einer GKV-Finanzierung durch Kopfpauschalen** stellt sich neben der in diesem Beitrag untersuchten Auswirkung der sub-

ventionierten Kopfpauschalen auch die Verteilungswirkung der zur Gegenfinanzierung erforderlichen Steuern als wichtig dar. Die Union geht – soweit überhaupt – explizit oder implizit von einer Erhöhung (oder nicht erfolgten Senkung) der Einkommensteuer aus. So spricht der Unionskompromiss davon, die Gegenfinanzierung dadurch vornehmen zu wollen, dass der Spitzensteuersatz im Rahmen der von Merz propagierten und vom Leipziger Parteitag abgesegneten Einkommensteuerreform nicht auf 36 % sondern nur auf 39 % abgesenkt werden soll. Da eine auch nur in groben Zügen vorhandene Konzeption, wie man etwa die Steuerausfälle einer solchen Reform gegenfinanzieren wolle, und wie im einzelnen die steuerlichen Regelungen erfolgen sollen (Stichwort: Abschaffung der steuerlichen Eigenheimförderung!) fehlt, scheint sie ein eher unsolider Wechsel auf die Zukunft zu sein. Geht man aber davon aus, eine solche Reform könnte in einer »Naivvariante« realisiert werden, stellt sich die Frage, welche Leistungen (mit welchen Verteilungswirkungen) entfallen sollen um bei gemindertem Steueraufkommen die zusätzlich erforderlichen mehrfachen Milliardenbeträge aufzubringen. Rein formal wäre eine Einkommensteuer ohne jegliche Abschreibemöglichkeiten und Freibeträge progressiv und würde die Bezieher höherer Einkommen mit einem Grenzsteuersatz von 39 % nach dem Unionskompromiss belasten, während die Bezieher mittlerer Einkommen lediglich mit 24 % Grenzsteuersatz belastet wären, die niedrigeren Einkommen, soweit ihr Einkommen die Grundfreibeträge übersteigt, müssten noch 12 % ihres Einkommens beitragen. Nach geltendem Einkommensteuerrecht ist es eher schwierig zu beurteilen, ob bezogen auf den Gesamtbetrag der Einkünfte oder eine andere das »Bruttoeinkommen« wiedergebende Einkommensgröße eine tatsächlich progressive Belastung entfällt. Sehr viel wahrscheinlicher scheint, dass wohl die Bezieher niedriger Einkommen keine oder geringe durchschnittliche Steuerbelastungen wie auch Grenzsteuersätze aufweisen, während die Bezieher höherer Einkommen sehr oft ihre Einkommen »schönrechnen« können und ebenfalls eine vergleichsweise niedrige Steuerlast tragen. Vor allem hinsichtlich der »gerechten« Besteuerung hoher Kapitaleinkommen scheinen nach wie vor erhebliche Zweifel geboten.

Abgesehen von der Zweifelhaftigkeit einer solchen Naivvariante der Einkommensteuerreform scheint es sehr viel wahrscheinlicher, dass – auch im Interesse einer Steuerharmonisierung in Europa – eine Finanzierung sozialer Sicherungselemente durch eine Erhöhung der Umsatzsteuer erfolgen würde. Aufgrund der Steuerfreiheit mancher Umsätze und der Existenz eines begünstigten Mehrwertsteuersatzes erweist sich diese Steuer zwar sicher nur als abgemildert regressiv, wenn man die Belastung des Haushaltseinkommens als Referenzgröße ansieht. Dennoch kann wohl sicher nicht von einer progressiven oder auch nur proportionalen

Belastung des Einkommens ausgegangen werden. So ist im Falle einer solchen Gegenfinanzierung zwingend von einer erheblichen Selbstfinanzierung der Kopfpauschalensubventionen durch eigene Steuermehrlasten der Bezieher niedriger Einkommen auszugehen. Denn hinsichtlich der Mehrwertsteuer gibt es keinen »Grundfreibetrag« für Bezieher niedriger Einkommen!

Selbst bei den eher konservativ angesetzten Schätzungen der Variante 1 oben haben sich jedoch ganz erhebliche steuerliche Konsequenzen errechnen lassen: So ist eine notwendige Anhebung der Mehrwertsteuer zur Gegenfinanzierung des Unionskompromisses von (mindestens) 2,1 %-Punkten auf 18,1 % und von 7 % auf 7,9 % nicht als gering anzusehen. Alternativ einen Gesundheitssolidarzuschlag von mehr als 12 % auf die Einkommensteuer zu erheben wäre ebenfalls nicht leicht umzusetzen – zumal dieser Satz bei einer Finanzierung des etwas höheren Leistungsvolumens der oben gerechneten Variante 2 sogar zu einem Solidarzuschlag von über 18 % führen würde.

Zwar wird von Befürwortern der Kopfprämie argumentiert, dass die im heutigen GKV-System eingebaute Umverteilung bei weiteren Leistungskürzungen im Interesse der Arbeitsplätze nicht mehr viel wert sei. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass die Arbeitsplatzproblematik weniger ein Problem der Finanzierungsmodalitäten über Sozialversicherungsbeiträge vs. einkommensteuerbezogene Zahlungen als vielmehr der Kosten insgesamt sowie ein Festhalten an der Paritätik ist, die grundsätzlich weniger kompliziert und mit weniger unerwünschten Nebenwirkungen auch im heutigen GKV-System aufgehoben bzw. modifiziert werden könnte. Steigende Gesundheitskosten würden dann – betrachtet man nur die Formalinzidenz – nur von den Versicherten zu tragen sein. Vor Steigerung der Gesundheitskosten würde dies allerdings ebenso wenig wie in einem paritätisch finanzierten einkommensbezogenen System bewahren.

Wenn jedoch Ausgabensteigerungen und in der Folge Steigerungen der erforderlichen Kopfpauschalen oder Beitragssätze auftreten, so stellt diese Entwicklung eine Zunahme der Lebenshaltungskosten dar – ebenso wie dies der Fall wäre, wenn die Arbeitgeberbeiträge ausgezahlt würden und formal direkte Arbeitskosten werden. Zu einem erheblichen Teil würden solche Steigerungen jedoch auch in Tarifverhandlungen eine Rolle spielen und als »normale« Arbeitskosten in die Löhne eingehen.

Besonderes Anliegen einer ökonomischen Betrachtung muss es sein, wahrscheinliche **Verhaltensreaktionen auf Reformen** zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob unterschiedliche Finanzierungsformen wohl zu unterschiedlichen Reaktionen auf Ausgabensteigerungen führen würden. In

diesem Zusammenhang scheint es eher wahrscheinlich, dass bei einer GKV-Finanzierung über Kopfpauschalen eine Leistungsausgrenzung politisch leichter durchsetzbar wäre. So ließe sich argumentieren, dass für alle Einkommensgruppen die durchschnittlichen Kosten, die aus der Summe von Kopfpauschale und Eigenleistung resultieren, gleich blieben. Diese Gleichheit gilt allerdings nicht im Vergleich von Gesunden und Kranken, da nur letztere die Leistungsausschlüsse und gestiegenen Selbstbeteiligungen zu finanzieren hätten. Es gilt zudem nicht, wenn man die Bezieher niedriger Einkommen mit subventionierten Kopfprämien im Vergleich zu den Beziehern höherer Einkommen ohne solche Subventionen betrachtet: Die Subventionen würden sich wohl kaum auf die aufgrund von neuen Leistungsausschlüssen entstehenden Eigenleistungen erstrecken!

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Forderungen nach einer GKV-Finanzierung über Kopfpauschalen kombiniert mit einem steuerfinanzierten Subventionsverfahren zur Vermeidung der Schlechterstellung unterer Einkommensgruppen zwar unter unrealistischen Annahmen theoretisch elegant erscheint. Die verwaltungstechnisch komplizierte und teure Umsetzung wie auch die Unsicherheiten, ob tatsächlich negative Verteilungswirkungen in einer Gesellschaft, die zunehmend stärker auf Ausgrenzung und Spreizung der Verteilung angelegt ist, verhindert werden können, spricht in der Praxis aber deutlich gegen eine solche Reform.

Schließlich muss beachtet werden, dass die Art der Finanzierung keinen Einfluss auf die Höhe der Ausgaben entfalten wird. So können Probleme, wie etwa die zu erwartenden Steigerungen der Ausgaben aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und des demografischen Wandels, weder von einer Kopfpauschalenfinanzierung noch von einer einkommensbezogenen Finanzierung verhindert werden. Die Finanzierungsform als solche entfaltet weder maßgebliche Steuerungs- noch Finanzierungswirkungen. Ein ganz wesentlicher Unterschied liegt allerdings in der Automatik der Anpassung an Veränderungen des Systems und seine damit verbundenen Belastungswirkungen sowie der Unterschiede in der Struktur der Verwaltungsaufwendungen: Im Gegensatz zum bestehenden Finanzierungssystem setzt die Kopfpauschalenfinanzierung zum einen darauf, bestimmte Gruppen von automatischen Auswirkungen von Veränderungen zu isolieren – vor allem die Arbeitgeber, die Rentenversicherung und die Arbeitslosenversicherung. Zum anderen führt die scheinbar klare Trennung der Absicherung des Krankheitsrisikos von Aufgaben der vertikalen und der horizontalen Umverteilung potentiell zu einer nicht von der Hand zu weisenden Gefahr, dass der soziale Ausgleich stärker zur Disposition gestellt wird und verbunden mit einer zunehmenden Leistungsausgrenzung die Gesundheitsversorgung der Bezieher niedriger Einkommen gefährdet wird.

LITERATURVERZEICHNIS

- BDA (2004): Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.): BDA-Finanzierungskonzept zum Gesundheitsprämienmodell, Pressekonferenz am 13.09.2004 in Berlin;
- Beske, F. (2003): Gesundheitspolitik ist mehr, in: Deutsches Ärzteblatt 100, S. A-818;
- BMF (2004): Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.): Fachblick Finanz- und Wirtschaftspolitik. Datensammlung zur Steuerpolitik – Ausgaben 2004, Berlin;
- BMGuSS (2004): Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Kennzahlen und Faustformeln, online im www unter http://www.http://www.bmgs.bund.de/downloads/Kennzahlen_und_Faustformeln.pdf [Zugriff 25.10.2004];
- BMuSS (o.J.): Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Rechenergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2003, KJ1, online im www unter www.bmgs.de/downloads [Zugriff 10. November 2004];
- CDU (2003): Christlich Demokratische Union (Hrsg.): Deutschland fair ändern. Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands 2003, Berlin;
- CDU/CSU (2004): Christlich Demokratische Union/Christlich Soziale Union (Hrsg.): Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell, o.O.
- Deutscher Bundestag (2004): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN – Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 06.09.2004, Berlin;
- Henke, K.-D.; Johannßen, W.; Neubauer, G.; Rumm, U.; Wasem, J. (2002): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, München;
- Knappe, E.; Arnold, R. (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung, München;
- Pfaff, A.B.; Pfaff, M.; Kern, A.O.; Langer, B. (2003): Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland. Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe des Instituts für VWL an der Universität Augsburg; Beitrag Nr. 246, Augsburg;
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, Bern;
- Rürup, B.; Wille, E. (2004): Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, o.O.;

- Schneider, W. (2003): Kopfprämien zur Kassenfinanzierung – Ein Rückschritt, in: Gesundheit und Gesellschaft, Nr. 2, S. 42-48;
- SVR (2004): Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland – Jahresgutachten 2004/2005, Wiesbaden;
- SVRKAIG (2003): Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003 Langfassung, Bonn;
- Wagner, G. G. (2003): Pauschalprämien setzen das Konzept der Bürgerversicherung am besten um, in: ifo Schnelldienst, 17, S. 3-6.

Bernhard Langer
Anita B. Pfaff
Jürgen Wasem
Heinz Rothgang
Stefan Greß

Ausgestaltung und sozialpolitische Auswirkungen des Kopfpauschalen- systems in der Schweiz

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für Erwachsene im Jahr 2003 (in Schweizer Franken)	194
Abbildung 2: Anstieg der monatlichen Durchschnittsprämie 1996 bis 2003, Angaben in sFr.	195
Abbildung 3: Förderquote der Prämiensubventionen nach Kantonen im Jahr 2001	198
Abbildung 4: Mittlere verbleibende Prämienbelastung der vier Beispielfälle nach Prämiensubvention in Prozent des verfügbaren Einkommens 1998 und 2000	204

Die in Deutschland diskutierte Umstellung der Finanzierung der GKV auf versichertenbezogene Kopfprämien orientiert sich am so genannten »Schweizer Modell«,¹ mit dem in der Schweiz durch Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 das freiwillige, private Krankenversicherungssystem von einem System aus obligatorischer Grund- und freiwilliger Zusatzversicherung abgelöst wurde. Die Grundversicherung sieht eine generelle Versicherungspflicht sowie einen einheitlichen Leistungskatalog vor. Die Finanzierung des Grundleistungskatalogs erfolgt über eine risikounabhängige einheitliche Kopfprämie, die von den jeweiligen Krankenkassen für die Kantone bestimmt wird. Infolge der einheitlichen Kopfprämie entstehen für Versicherte zwischen 26 und 55 Jahren durchschnittlich Überschüsse und für Versicherte über 55 Jahren durchschnittlich Defizite.

Da ein derartiges Finanzierungssystem aber zu hohen finanziellen Belastungen für einkommensschwache Personen führt, soll ein komplexes System zur Subventionierung der Kopfprämien den sozialen Ausgleich gewährleisten. Der Umfang der Subventionen wird von den Kantonen bestimmt. Die Prämiensubvention wird zu zwei Dritteln aus Bundesmitteln und zu einem Drittel aus Kantonsmitteln finanziert. Zur Vermeidung von Risikoselektion seitens der Krankenkassen wurde ein bis zum 01.01.2006 befristeter Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Da er aber nur mit Hilfe der Variablen Alter und Geschlecht versucht die Morbidität der Versicherten abzubilden, kann er den Selektionsanreizen nicht wirksam begegnen.²

Für die Schweiz wird im Ergebnis festgestellt, dass die Ziele des KVG:

- Solidarität zwischen den Versicherten,
- Sicherstellung einer hoch stehenden, finanziell tragbaren medizinischen Versorgung sowie
- eine maßvolle Kostenentwicklung

teilweise erreicht wurden. Gerade in Bezug auf das Ziel der Solidarität sind jedoch Defizite zu konstatieren. So entlastet die Prämienvorbilligung zwar die unteren Einkommensschichten. In Kantonen mit hohen Versicherungsprämien sind die Entlas-

1 Vgl. Henke (2002): S. 6.

2 Vgl. Stillfried (2003): S. 3 f. Deshalb konnten Versicherer mit Risikoselektion ihre Prämie um 40 % senken, während Versicherer ohne Selektion einen Prämienanstieg um 20 % zu verzeichnen hatten. Der RSA weist demnach in der Schweiz ähnliche Probleme wie in Deutschland auf (zu den Problemen des RSA in Deutschland vgl. Jacobs et al. [2001]).

tungen jedoch nur ungenügend.³ Zudem wird die Information der Bevölkerung über das Recht auf Prämienverbilligung zum Teil als mangelhaft erachtet. Darüber hinaus gelten die Ausgestaltungen der Prämienverbilligungen als Einflussfaktor für die Motivation der Versicherten, einen günstigen Versicherer und ein günstiges Versicherungsmodell zu wählen.⁴

3 Vgl. BSV (2001): S. 113.

4 Vgl. BSV (2001): S. 113.

2. AUSGESTALTUNG DER KOPFPRÄMIEN

Jeder Bürger der Schweiz bezahlt eine eigene Prämie, die so genannte Kopfprämie, die jährlich vom Bundesamt für Sozialversicherung neu zu genehmigen ist.⁵ Diese wird unabhängig vom Einkommen, dem Eintrittsalter und dem Geschlecht einer Person bestimmt. Zugleich besteht eine Kostenbeteiligung, die sich zusammensetzt aus der »ordentlichen« für Krankenbehandlung in Höhe von 230 sFr. pro Jahr und dem Selbstbehalt in Höhe von 10 % des verbleibenden Rechnungsbetrages bis zu einer Höchstgrenze von 600 sFr. pro Jahr.⁶ Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre entfällt die Franchise, der Selbstbehalt beträgt 300 sFr. Freiwillig kann eine höhere Franchise vereinbart werden. Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre und junge Erwachsene im Alter zwischen 19 und 25 Jahren haben die Krankenkassen reduzierte Prämien zu gewähren. Personen, die nicht über ausreichende finanzielle Mittel zur Finanzierung der Kopfprämie verfügen, haben Anspruch auf eine Verbilligung der Krankenversicherungsprämie.

Die Krankenversicherer erheben regional sowohl inter- als auch intrakantonal unterschiedlich hohe Kopfprämien. Innerhalb der Kantone ist eine Differenzierung in bis zu drei – von den Kantonen inzwischen einheitlich vorgegebene – Versorgungsregionen möglich.⁷ Darüber hinaus ist eine Differenzierung der Kopfprämien je nach Versicherungstarif möglich.⁸ Prämienrabatte gibt es vor allem für wählbare Selbstbehalte sowie für die Teilnahme an den so genannten besonderen Versicherungsformen (HMOs, Hausarzttarife). Die Prämien müssen jährlich durch das Bundesamt für Sozialversicherung auf Antrag der Krankenversicherer neu genehmigt werden.

5 Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht jeweils im Oktober jeden Jahres eine Übersicht über die Grundversicherungsprämien pro Kanton.

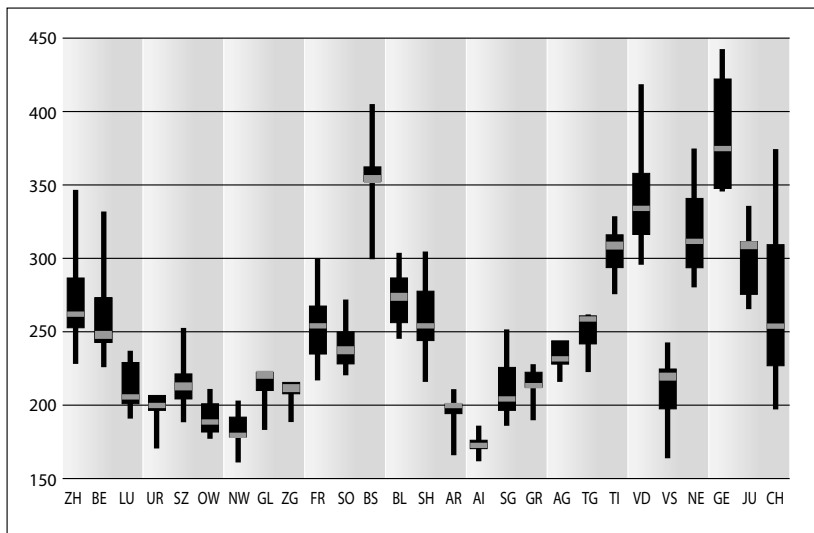
6 Wenn die Behandlungskosten (Arzt, Arzneimittel, Krankenhaus oder Hilfsmittel) 2000 sFr. in einem Jahr betragen, so sind vom Versicherten 230 sFr. und 10 % des Restbetrages von 1770 sFr. zu tragen, d. h. insgesamt 407 sFr.

7 Anreize zur Risikoselektion sollen durch einen regionalen – innerhalb der Kantone durchgeführten – Risikostrukturausgleich mit den Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht verringert werden.

8 Vgl. Kocher et al. (2002): S. 300.

Abbildung 1 zeigt die inter- und intrakantonalen Spannbreiten für die Durchschnittsprämien⁹ bei Erwachsenen.¹⁰

Abbildung 1: Verteilung der kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien für Erwachsene im Jahr 2003 (in Schweizer Franken)



Quelle: BSV (2003): S. 161.

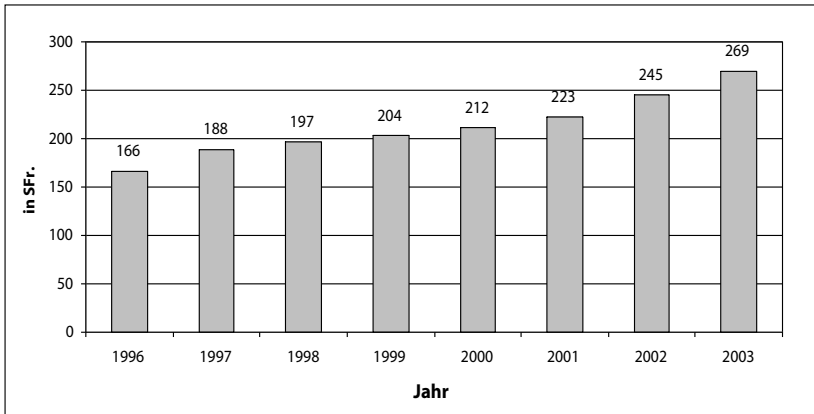
Die Spannbreite innerhalb der Kantone variiert erheblich – ebenso wie die Medianwerte zwischen den Kantonen. Bei einer durchschnittlichen Prämienhöhe im Jahr 2003 von 269 sFr. (Im Jahr 2002: 245 sFr.) beläuft sich die höchste Prämie auf 389 sFr. im Kanton Genf (Im Jahr 2002: 364 sFr.), während die günstigste Prämie im Jahr 2003

9 Die Durchschnittsprämie wird für den Basistarif ohne Berücksichtigung von Prämienrabatten für besondere Versicherungsformen oder wählbare Selbstbehalte gezahlt.

10 Die Abbildungen enthalten Box-Diagramme. Die waagrechte Linie innerhalb der Rechtecke gibt dabei die Höhe der Medianprämie wieder – d. h. 50 % der Versicherten im Kanton zahlen mehr und 50 % weniger als diese Prämie. Die Höhe des Rechteckes (Quartilsabstand) gibt die Prämienverteilung zu dieser Medianprämie wieder (25 % der Prämien liegen darunter und 25 % liegen darüber). Die Linien außerhalb des Rechtecks geben die Prämientarife der übrigen Versicherer an (um Verzerrungen aufgrund von Extremwerten zu vermeiden, beschränkt sich die Darstellung auf 90 % der Versicherer; je 5 % der Versicherer mit den höchsten und den tiefsten Prämientarifen werden ausgeklammert.) Der Unterschied zwischen den effektiven Prämienzahlungen der Versicherten innerhalb eines Kantons fällt weniger deutlich aus, je kleiner das Rechteck ist. Und je kürzer die vertikale Linie ist, desto kleiner sind die Abweichungen zwischen den Prämien.

bei 173 sFr. (im Jahr 2002: 159 sFr.) im Kanton Appenzell Innerrhoden lag.¹¹ Die Variation würde bei Berücksichtigung der Prämienrabatte für besondere Versicherungsformen oder wählbare Selbstbehalte noch erheblich größer werden. Die durchschnittliche Monatsprämie hat sich zwischen 1996, dem Jahr des Inkrafttretens des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sowie des Systems der Kopfpauschalen, und dem Jahr 2003 von 166 sFr. kontinuierlich auf 269 sFr. erhöht. Die Entwicklung der Höhe der durchschnittlichen Kopf-Monatsprämie ist in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Anstieg der monatlichen Durchschnittsprämie 1996 bis 2003, Angaben in sFr.



Quelle: eigene Darstellung auf Basis BSV (2003): S. 160.

Aus dieser Entwicklung wird auch deutlich, dass das Ziel des KVG, eine Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu bewirken, nicht realisiert werden konnte. Vielmehr ist festzustellen, dass die Prämien im Jahr 2002 im Vergleich zum Vorjahr um rund 10 %, die Gesundheitskosten jedoch nur um rund 5 % stiegen.¹²

¹¹ Vgl. o.V. (2003a): S. 41, Hebermann (2003).

¹² Vgl. o.V. (2003a): S. 6.

3. SYSTEM DER PRÄMIENVERBILLIGUNG

Mit dem KVG wurden die Kantone dazu verpflichtet, Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämiensubventionen zu gewähren. Der Bund beteiligt sich zwar an den Kosten, schreibt aber den Kantonen kein einheitliches Verfahren zur Ausgestaltung dieses Transfermechanismus vor. Der »Bundesrat« (= Bundesregierung) ging jedoch davon aus, dass die individuelle Prämiensubvention auf Kantonsebene so festgelegt werden sollte, dass die Ausgaben eines Haushaltes für die Prämien der Krankenversicherung 8 Prozent des zu versteuernden Einkommens nicht übersteigen.¹³ Die vom Bund für die Prämienverbilligung vorgesehenen Mittel werden nach der Bevölkerungszahl, der Finanzkraft und der Prämienhöhe auf die Kantone verteilt. Die Kantone müssen ihrerseits einen Komplementärbeitrag (50 Prozent des Bundesbeitrags) leisten, den sie um bis zu maximal 50 Prozent kürzen können, wenn die Prämiensubvention trotzdem sichergestellt ist. Der Beitrag des Bundes an diese Kantone wird dann allerdings im gleichen Verhältnis gekürzt. Von dieser Möglichkeit machten 2001 insgesamt 15 Kantone Gebrauch, so dass der tatsächliche Subventionsbetrag mit 2,67 Mrd. Franken um 20,7 Prozent niedriger ausfiel als das ursprüngliche Subventionsziel von 3,37 Mrd. Franken.¹⁴

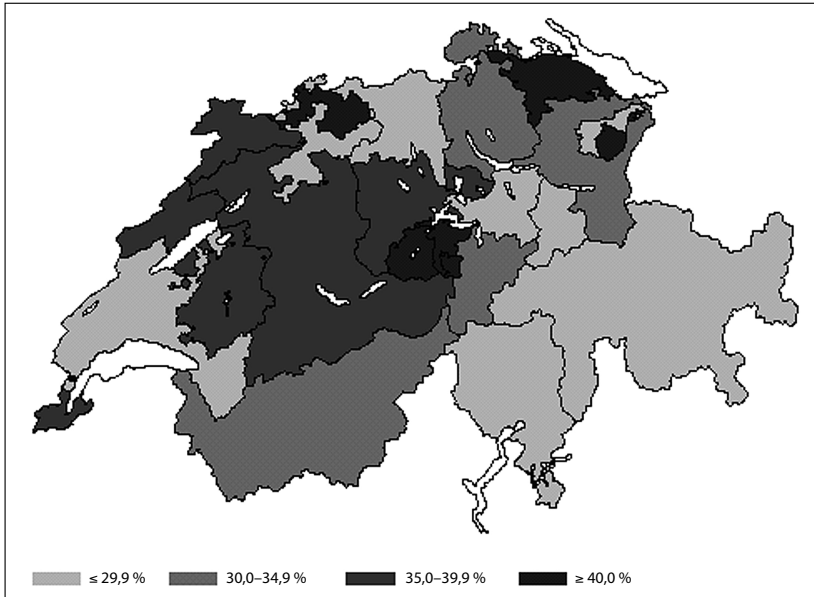
Insgesamt haben im Jahr 2001 rund 2,4 Mio. Menschen in der Schweiz Prämiensubventionen erhalten. Bezogen auf die gesamte Wohnbevölkerung sind dies rund 32 Prozent. Diese Förderquote unterscheidet sich erheblich nach Kantonen (vgl. Abbildung 3). Im Durchschnitt betrug die Prämiensubvention gut 90 Franken pro Monat pro Person – was bei den Geförderten einer Subvention von durchschnittlich etwa 60 Prozent und einer Selbstzahlung von durchschnittlich 40 Prozent entspricht.¹⁵

13 Das Parlament folgte diesen Vorstellungen der Regierung jedoch nicht. Insofern ist im KVG auch keine Belastungsgrenze vorgeschrieben.

14 Vgl. BSV (2003): S. 157.

15 Vgl. BSV (2003): S. 157 ff.

Abbildung 3: Förderquote der Prämiensubventionen nach Kantonen im Jahr 2001



Quelle: BSV (2003): S. 161.

Da der Bund kein einheitliches Verfahren vorschreibt, sind in der Schweiz 26 verschiedene Verfahren entstanden, die sich vor allem im Hinblick auf die Ermittlung der Anspruchsberechtigten und die Auszahlungsmodalitäten unterscheiden.¹⁶

3.1 BERECHNUNG DER PRÄMIENVERBILLIGUNG

Die Ermittlung der Anspruchsberechtigung erfolgt in der Regel auf Basis der Daten aus der Steuerveranlagung, lediglich im Kanton Basel-Stadt dienen die aktuellen Einkommensverhältnisse¹⁷ als Berechnungsgrundlage. Darüber hinaus unterscheiden sich die kantonalen Berechnungsmethoden in diversen Abzugsmöglichkeiten,¹⁸

¹⁶ Vgl. BSV (2001): S. 28.

¹⁷ Bei Unselbstständigen dient die Lohnsteuerkarte und bei Selbstständigen die Erfolgsrechnung als Datengrundlage.

¹⁸ Im Kanton Obwalden kann bspw. ein Zweitverdienerabzug, ein Lehrlingsabzug oder ein Abzug von Renten aus beruflicher Vorsorge und privater Versicherung geltend gemacht werden (vgl. SDK (2001): S. 8).

der Berücksichtigung des Vermögens¹⁹, der sozialen Stellung²⁰ und der Haushaltsgröße. Darüber hinaus hat jeder Kanton noch diverse Sonderregelungen für bestimmte Personengruppen (z. B. Sozialhilfeempfänger, Quellenbesteuerte). Im Kanton Solothurn kommt eine Härtefallregelung zur Anwendung, die Personen mit niedriger Zahlungsfähigkeit eine Prämienverbilligung entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zuerkennt.²¹

Die Ermittlung der Einkommensgrenzen erfolgt in den Kantonen auf zwei unterschiedliche Arten. Beim Einkommensstufenmodell erhalten die Anspruchsberechtigten beim Unterschreiten der jeweils relevanten Einkommensgrenzen einen festen Betrag an Prämienverbilligung. Dieses Modell wird in 12 Kantonen angewendet. Das von 14 Kantonen verwendete Prozentmodell legt einen bestimmten Anteil der Prämie am maßgeblichen Einkommen fest, bei deren Überschreiten ein Anspruch auf Prämienverbilligung eintritt.²²

Es wird inzwischen allerdings vorgeschlagen, zur Ermittlung der Prämienverbilligung generell auf Daten aus der Steuerveranlagung zurückzugreifen, da dies den administrativen Aufwand senkt. Darüber hinaus sollte die Berechnung der Prämiensubventionen nur auf Basis des Einkommens und der Haushaltszusammensetzung erfolgen.²³

3.2 GEWÄHRUNG UND AUSZAHLUNG DER PRÄMIEN- VERBILLIGUNG

Für die Ermittlung der Berechtigten der Prämienverbilligungen existieren in der Schweiz drei je nach Kantonen unterschiedliche Formen. Im System der automatischen Ermittlung und Auszahlung werden die Berechtigten von den jeweils zuständigen Behörden auf der Basis von Steuerdaten ermittelt. Die Auszahlung der Subventionen erfolgt ebenfalls ohne weitere Formalitäten. Dieses Modell wird in fünf Kantonen angewendet.

19 Im Kanton Basel-Stadt bspw. wird die Bemessungsgrundlage um 10 % des steuerbaren Vermögens über 50.000 sFr. erhöht (vgl. SDK (2001): S. 14).

20 Bspw. verringert sich das für die Prämienverbilligung maßgebende Einkommen von Familien mit Kindern oder Jugendlichen in Ausbildung im Kanton Appenzell Ausserrhodens um je 5.500 sFr. (vgl. SDK (2001): S. 18).

21 Vgl. SDK (2001): S. 13. Hier zeigen sich Parallelen zur Härtefallregelung in der GKV, allerdings nicht auf der Leistungs-, sondern auf der Finanzierungsseite (vgl. Pfaff et al. [2002]).

22 Vgl. BSV (2001): S. 28, Balthasar et al. (2001): S. 29 f.

23 Vgl. BSV (2001): S. 33.

Im System der individuellen Benachrichtigung werden die Anspruchsberechtigten von den zuständigen Behörden angeschrieben. Anschließend müssen von den Berechtigten Anträge auf Prämienverbilligung gestellt werden. Dieses System ist das am weitesten verbreitete in der Schweiz und wird von 19 Kantonen angewendet.

Im System ohne individuelle Benachrichtigung erfolgt die Information der Anspruchsberechtigten über die Medien, öffentliche Plakate oder den Versand an alle Haushalte. Dieses System kommt in zwei Kantonen zur Anwendung.²⁴

Da in den beiden letztgenannten Modellen keine automatische Subventionsgewährung verankert ist, spielen Informationsdefizite der Anspruchsberechtigten eine wichtige Rolle für die Antragstellung und Auszahlung der Prämienverbilligung.²⁵ Der im Rahmen einer repräsentativen Haushaltsbefragung ermittelte Bekanntheitsgrad der Prämienverbilligung in der Schweiz liegt bei 85 %. Jedoch weisen gerade die Kantone mit einem Antragssystem einen unterdurchschnittlichen Bekanntheitsgrad der Prämienverbilligung in der Bevölkerung (Basel-Stadt) bzw. eine Nichtantragstellung möglicherweise berechtigter Personen (Basel-Stadt und Luzern) auf. Vertiefte Analysen für das Jahr 2000 haben gezeigt, dass gerade in diesen Kantonen im Vergleich zu Kantonen ohne Antragssystem die Quote der Nichtantragsteller mit Berechtigung mit 24 % (Luzern) bzw. 21 % (Basel-Stadt) überdurchschnittlich hoch liegt.²⁶ Als wichtigste Gründe einer Nichtantragstellung wurden in den beiden Kantonen die Nachlässigkeit, der Wunsch nach Eigenständigkeit sowie der ungenügende Informationsstand der potentiell Berechtigten ermittelt. In beiden Kantonen werden berechtigte Personen in unteren Altersklassen sowie Rentner von der Prämienverbilligung gut erfasst, wohingegen Erfassungsdefizite bei über 50-Jährigen bis zur Pensionierung festgestellt wurden.²⁷ Zur Beseitigung der angesprochenen Defizite wird ein für alle Kantone einheitliches Antragssystem mit individueller Benachrichtigung vorgeschlagen.²⁸

24 Vgl. Balthasar et al. (2001): S. 29 ff.

25 Dabei sind Parallelen zu den Härtefallregelungen in der GKV erkennbar, wo der Informationsstand der Versicherten ebenfalls ein wichtiges Kriterium für die Inanspruchnahme ist (vgl. Pfaff et al. (2002): S. 26 ff.).

26 Aufgrund der bestehenden Automatismen bei der Antragstellung liegt die Zahl der Anspruchsberechtigten ohne Subventionsbezug in den Kantonen Genf, Zürich, Neuenburg und Appenzell Auser rhoden unter 5 % (vgl. Balthasar et al. (2001): S. 79).

27 Vgl. Balthasar et al. (2001): S. 66 f.

28 Vgl. Balthasar et al. (2001): S. 126.

Hinsichtlich der Möglichkeit der Antragstellung haben sich in den Kantonen zwei unterschiedliche Systeme etabliert. Bei dem von 15 Kantonen angewendeten Modell einer fixen Antragstellung können während des Jahres keine neuen Anträge auf Prämienverbilligung gestellt werden. In 12 Kantonen können hingegen während des ganzen Jahres Anträge auf Prämiensubvention gestellt werden.²⁹ Dieses System gewährleistet am besten die Forderung des Gesetzgebers³⁰ nach einer Berücksichtigung der aktuellen wirtschaftlichen und familiären Verhältnisse, gleichzeitig ist es aufgrund der laufenden Antragsbearbeitung sehr kostenintensiv.³¹

Die Auszahlung der Prämienverbilligungen erfolgt in der Schweiz auf zwei Arten. Eine Auszahlung an die Versicherer erfolgt in 16 Kantonen. 10 Kantone zahlen die Subventionsleistungen an die Versicherten aus.³² Da Krankenversicherer und Gemeinden über eine zunehmende Zahl an Privatinsolvenzen berichten, steigt die Gefahr, dass bei einer Auszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherten die Subventionsleistungen nicht zielgerichtet verwendet werden und dadurch die Prämienverbilligung im Rahmen der Sozialhilfe noch einmal bezahlt werden muss.³³ Deshalb wird eine Auszahlung der Subventionsleistungen an die Versicherer befürwortet.³⁴ Bei einer Abwicklung der Zahlungen über die Krankenversicherer erhalten diese für ihre im Zusammenhang mit der Abwicklung stehenden Aufwendungen eine finanzielle Entschädigung. Allerdings haben Vertreter der Versicherungswirtschaft auf die den Versicherungsunternehmen dann zusätzlich entstehenden Kontrollkosten hingewiesen, welche die Höhe der Ausgleichszahlungen übersteigen würden.³⁵

3.3 KOSTEN DES PRÄMIENVERBILLIGUNGSSYSTEMS

Für die Beurteilung der ökonomischen Effizienz eines Prämienverbilligungssystems ist es notwendig, die Höhe der Abwicklungskosten eines derartigen Systems zu kennen. Eine Untersuchung in den Kantonen Basel-Stadt und Luzern ermittelte für einen

29 In den zwei Kantonen Bern und Schaffhausen sind laufende Anträge nur bei neuer Steuerveranlagung (Bern) bzw. bei veränderten Steuerfaktoren (Schaffhausen) möglich.

30 Vgl. Art. 65, Abs. 3, Satz 1 KVG.

31 Vgl. Balthasar et al. (2001): S. 31 f. bzw. S. 103 ff., SDK (2001): S. 2 bzw. S. 17.

32 Vgl. BSV (2001): S. 29.

33 Vgl. Balthasar et al. (2001): S. 123.

34 Vgl. Balthasar et al. (2001): S. 131.

35 Vgl. BSV (2001): S. 31.

Antrag eine durchschnittliche Bearbeitungszeit von ca. 20 Minuten. Die Berücksichtigung aller Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit dem Prämienverbilligungsgesuch stehen, führt sogar zu einer durchschnittlichen Bearbeitungszeit von ca. 40 Minuten. Die kantonalen Vollzugssysteme unterscheiden sich beträchtlich hinsichtlich der Abwicklungskosten. Generell wenden die Kantone zwischen 1,3 % und 2,9 % der Prämiensubventionen für die Abwicklung auf. Auch die Kosten pro Bezieher, pro bewilligtem Gesuch bzw. pro eingereichtem Gesuch differieren zwischen den Kantonen ganz erheblich. Die Kosten hängen stark von der Flexibilität der Vollzugssysteme in den einzelnen Kantonen ab, wobei laufende Antragsbearbeitungen kostensteigernd wirken.³⁶ Daneben sind die Anzahl der involvierten Behörden, die EDV-technische Vernetzung sowie der Informationsaufwand weitere Kriterien für kantonal unterschiedliche Kostenbelastungen.³⁷ Grundsätzlich wägen die Kantone sehr genau ab zwischen »einem Vorgehen, das die tatsächlichen sozialen und ökonomischen Verhältnisse der Betroffenen sehr genau erfasst und einer möglichst rationellen Abwicklung.«³⁸ Auf Basis von fünf Kantonen³⁹ errechnen sich pro Subventionsbezieher durchschnittliche gewichtete Vollzugskosten in Höhe von 18,4 sFr.⁴⁰ Bezogen auf die von Breyer et al. (2001) geschätzte Zahl von 35,7 Mio. GKV-Subventionsempfängern wäre bei ähnlichen Kostenstrukturen in Deutschland mit Abwicklungskosten für ein Prämienverbilligungssystem in Höhe von rund 434 Mio. Euro zu rechnen.

3.4 SOZIALPOLITISCHE WIRKSAMKEIT

Für die Beurteilung der sozialpolitischen Wirksamkeit der Prämienverbilligung sind vor allem zwei Fragen relevant:

1. Sind die Haushalte durch die Kopfprämien übermäßig belastet?

Schon 1991 wurde in der Schweiz vorgeschlagen, eine individuelle Prämienverbilligung zu gewähren, wenn die Prämienbelastung einen bestimmten Prozentsatz des

36 Vgl. Balthasar et al. (2001): S. 113 ff.

37 Vgl. Balthasar et al. (2001): S. 110 ff.

38 Balthasar et al. (2001): S. 131.

39 Im Einzelnen sind dies die Kantone Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Zürich, Luzern und Appenzell Auser rhoden.

40 Diese Kosten beinhalten die Kosten der Kantone, Gemeinden und Versicherer (vgl. Balthasar et al. [2001]: S. 114).

Einkommens übersteigt. In der politischen Debatte kam schnell die Forderung auf, die Kopfprämienbelastungen auf 8 % des steuerbaren Einkommens zu begrenzen.⁴¹ Gesetzlich verankert wurde diese Forderung allerdings nicht. Da die Steuerbelastung in der Schweiz kantonal sehr unterschiedlich ausfällt, ist es besser, als Wirksamkeitsindikator das verfügbare Einkommen (Steuerbares Einkommen abzüglich anfallender Bundes-, Kantons- und Gemeindesteuern) zu verwenden.⁴² Auf Basis dieses Indikators liegt im Jahr 2000 in fast der Hälfte aller Kantone die mittlere verbleibende Prämienbelastung nach Abzug der Subventionsleistungen über der sozialpolitisch angestrebten 8%-Marke.⁴³ In den Kantonen Zürich, Genf und Tessin liegen die Prämienbelastungen sogar bei über 10 % des steuerbaren Einkommens. Da nur ein Drittel der Bevölkerung eine Prämiensubvention erhält, wurde die vom Bundesrat bei der Einführung des KVG formulierte Zielsetzung nicht erreicht, wonach 50 Prozent der Bevölkerung von der Prämienverbilligung profitieren sollten.⁴⁴

2. Profitieren alle anspruchsberechtigten Personengruppen in gleichem Maße von der Prämienverbilligung?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde in sämtlichen Kantonen für vier einheitliche Beispielfälle die individuelle Prämienbelastung errechnet.⁴⁵ Für alle Beispielfälle zusammengenommen zeigt sich eine Belastung mit Krankenversicherungsprämien, die nicht in allen Kantonen unter der angestrebten »Sechs-Prozent-Marke« liegt (vgl. Abbildung 4). Es ist wenig überraschend, dass es zwischen denjenigen Kantonen mit einer überdurchschnittlich hohen Durchschnittsprämie (vgl. Abbildung 1) und denjenigen Kantonen mit einer nach Abzug der Prämiensubvention überdurchschnittlich hohen verbleibenden Prämienbelastung (vgl. Abbildung 4) eine hohe Korrelation gibt. Die interkantonal unterschiedlichen Prämienhöhen bestimmen zu einem wesentlichen Teil wie gut die sozialpolitische Zielsetzung erreicht wird.⁴⁶

41 Vgl. BSV (2001): S. 31.

42 8 % des steuerbaren Einkommens entsprechen durchschnittlich 6 % des verfügbaren Einkommens (vgl. BSV (2001): S. 32).

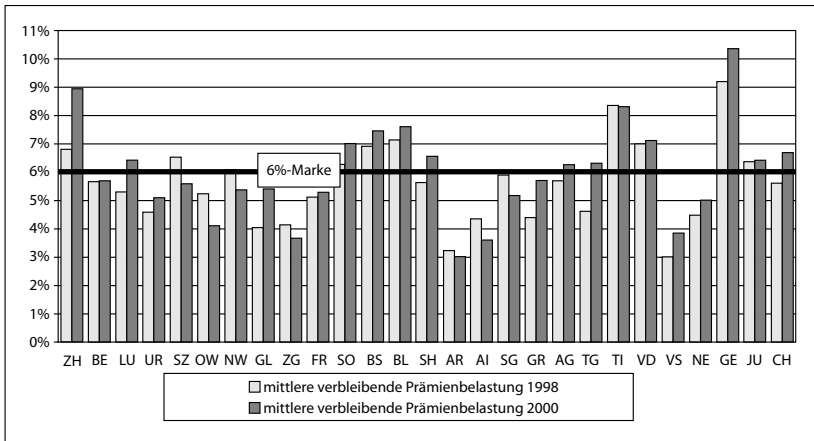
43 Vgl. o.V. (2003a): S. 9, BSV (2001): S. 32.

44 Vgl. o.V. (2003a): S. 9.

45 »Rentnerin«: Alleinstehende Rentnerin mit einem Renteneinkommen von 35.000 Franken ohne Vermögen; »Mittelstandfamilie«: Familie mit zwei Kindern, einem Einkommen von 70.000 Franken und einem Vermögen von 100.000 Franken; »Alleinerziehende«: Alleinerziehende mit zwei Kindern und einem Einkommen von 40.000 Franken ohne Vermögen; »Großfamilie«: Familie mit zwei Kindern, einem Einkommen von 70.000 Franken und einem Vermögen von 100.000 Franken.

46 Vgl. Balthasar (2001): S. 87 f.

Abbildung 4: Mittlere verbleibende Prämienbelastung der vier Beispielfälle nach Prämiensubvention in Prozent des verfügbaren Einkommens 1998 und 2000



Quelle: (Balthasar 2001): S. 86.

Alle untersuchten Personengruppen (Rentner, Alleinerziehende, vierköpfige Familien, Großfamilien) profitieren vom System der Prämienverbilligung, allerdings verbilligen sich die Prämien der Alleinerziehenden und der Großfamilien in allen Kantonen weitaus mehr als bei den übrigen Personengruppen. Insbesondere für Rentner hat sich die Situation zwischen 1998 und 2000 verschlechtert, da sich ihre Prämienbelastung im genannten Zeitraum in 22 Kantonen erhöht hat. Mitttelgroße Familien konnten ihre Prämienbelastungen gegenüber 1998 zwar verringern, jedoch liegen die Belastungen in 20 Kantonen immer noch über der 8-%-Marke. Obwohl Alleinerziehende wie schon 1998 von der Prämienverbilligung stark profitieren, hat sich ihre finanzielle Belastung gemessen als Anteil am steuerbaren Einkommen deutlich erhöht.⁴⁷

Die Festlegung einer verbindlichen Obergrenze der Prämienbelastung würde zu einer Erhöhung der sozialpolitischen Wirksamkeit beitragen.⁴⁸ Andererseits könnten die Subventionsleistungen an den Prämien für eine beschränkte Wahl der Leistungserbringer (HMO-Konzepte, Hausarztmodelle) orientiert werden, wodurch Anreize insbesondere für Geringverdiener geschaffen werden könnten, kostengünstige Versicherungen zu wählen.⁴⁹

47 Vgl. BSV (2001): S. 32.

48 Vgl. BSV (2001): S. 34.

49 Vgl. BSV (2001): S. 119.

4. FAZIT UND SCHLUSSBEMERKUNGEN

Im Jahr 2000 wurden in der Schweiz zur Reduktion der Prämienbelastungen insgesamt 1,7 Mrd. sFr. vom Bund und 850 Mio. sFr. von den Kantonen aufgewendet. Das System der Prämienverbilligung sorgt zwar für spürbare Prämienreduktionen, insgesamt bleibt die Belastung für bestimmte Versichertengruppen dennoch hoch. Unter sozialpolitischen Gesichtspunkten ist die Situation in sechs Kantonen besonders bedenklich. Dort liegen die durchschnittlichen Prämienbelastungen über der bundesratlich angestrebten 8 % Belastungsobergrenze, obwohl noch Bundesmittel zur Prämienverbilligung verfügbar wären.⁵⁰

Wie das BSV (2001) feststellt, ist in diesen Kantonen »die Solidarität zwischen Arm und Reich auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen steuergesetzlichen Regelungen vergleichsweise unterdurchschnittlich.«⁵¹ Insgesamt muss festgestellt werden, dass die Prämienverbilligung ihrer Zielsetzung einer sozialen Abfederung der Belastungen aus der Kopfprämienfinanzierung nicht gerecht werden konnte, vor allem bei Haushalten mit mittleren Einkommen und Versicherten in Kantonen mit hoher Prämienbelastung. Trotz dieser Probleme wird von Experten empfohlen, am System der Prämienverbilligung festzuhalten, dabei allerdings bestimmte Modifikationen vorzunehmen.⁵² Im Einzelnen bestehen diese Vorschläge aus folgenden Elementen:⁵³

- Festlegung eines verbindlichen Anteils der Kopfprämienbelastung am steuerbaren Einkommen nach direkter Bundessteuer;
- Einheitliche Auszahlung der Beiträge direkt an die Versicherer;
- Einheitliche Verwendung der Steuerveranlagung als Datengrundlage der Prämienverbilligung;
- Abschaffung des Antragssystems in den betroffenen Kantonen und Einführung eines in allen Kantonen einheitlichen Systems mit individueller Benachrichtigung;
- Für bestimmte Veränderungen familiärer Gegebenheiten sollte in allen Kantonen die Möglichkeit einer ganzjährigen Antragsstellung geschaffen werden.

50 Vgl. BSV (2001): S. 75.

51 BSV (2001): S. 75.

52 Vgl. BSV (2001): S. 128.

53 Vgl. BSV (2001): S. 33 f. bzw. S. 128 f.

Die Vorschläge zielen auf eine Verringerung der Unterschiede in den kantonalen Vollzugssystemen ab, da ein Hauptproblem des Schweizer Subventionssystems in kantonal völlig zersplitterten Prämienverbilligungssystemen liegt.

Das zweite große Problem der bisher nicht ausreichend realisierten sozialpolitischen Zielgerechtigkeit soll durch die einheitliche und verbindliche Vorgabe einer Obergrenze der Prämienbelastung gelöst werden. Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG hat der Ständerat daher beschlossen, eine Belastungsobergrenze von 8 % des Haushaltseinkommens gesetzlich zu verankern. Als Bemessungsgrundlage sollte das reine Einkommen gemäß direkter Bundessteuer – ergänzt um 10 % des nach kantonalem Recht zu versteuernden Vermögens – dienen. Da dieses System für den Bund jedoch mit Belastungen in Höhe von 2,7 bis 2,8 Mrd. sFr. verbunden gewesen wäre, wurde diese Zielsetzung inzwischen wieder aufgegeben.⁵⁴ Stattdessen soll die maximale Prämienbelastung in Abhängigkeit vom Einkommen und Familienstand in Zukunft zwischen 2 und 12 Prozent des Einkommens betragen.⁵⁵

Radikalere Reformvorschläge fordern, das System der Kopfprämien komplett abzuschaffen und das Schweizer Krankenversicherungssystem zur Hälfte aus Steuereinnahmen (Mehrwertsteuer) und zur Hälfte aus einkommens- und vermögensbezogenen Beiträgen zu finanzieren. Dieser auch von der Sozialdemokratischen Partei getragene Vorschlag konnte sich allerdings in einer Volksabstimmung am 18. Mai 2003 nicht durchsetzen.⁵⁶

54 Vgl. <http://www.nzz.ch/2003/01/28/il/page-newzzDBHTICJT-12.html>[24.04.2003]

55 Vgl. o.V. (2003b).

56 Vgl. <http://www.gesundheit-sante.ch/d/default.htm>[09.10.2004]

LITERATURVERZEICHNIS

- Balthasar (2001): Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000 – Beiträge zur sozialen Sicherheit Forschungsbericht Nr. 2/01; Bern;
- Balthasar, A.; Bieri, O.; Furrer, C. (2001): Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung – Eine Untersuchung in den Kantonen Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Zürich, Luzern und Appenzell Auser Rhoden, BSV-Forschungsbericht Nr. 5, Luzern;
- BSV (2001): Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz – Synthesebericht, Bern;
- BSV (2003): Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.): Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2003; Bern;
- Hebermann, J. D. (2003): Billig ist es in Appenzell, in: Die Zeit, online im www unter http://www.zeit.de/2003/03/Gesundheit_schweiz[28.01.2003];
- Henke, K.-D. (2002): Revolution oder Evolution im Gesundheitswesen, Vortrag auf dem Kongress der Union der leitenden Angestellten am 27.02.2002 in Berlin;
- Jacobs, K.; Reschke, P.; Cassel, D.; Wasem, J. (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn;
- Kocher, R.; Greß, S.; Wasem, J. (2002): Das KVG – Vorbild für einen regulierten Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung?; in: Soziale Sicherheit CHSS 5/2002; S. 299 – 307;
- o.V. (2003a): Sozialdemokratische Partei, Schweizer Gewerkschaftsbund, Verein »Gesundheit muss bezahlbar bleiben« (Hrsg.): Argumentarium Gesundheitsinitiative – Gesundheit muss bezahlbar sein, online im www unter http://www.gesundheit-sante.ch/d/argumentarium_dt.pdf [23.04.2003];
- o.V. (2003b): Neuer Anlauf zur KVG-Revision – Ständeratskommission zählt auf Sukkurs aller Akteure, Pressemitteilung des Schweizer Parlaments vom 24.02.2003, online im www unter http://www.parlament.ch/D/Pressemitteilungen/03_02/PM27_24_02_03_D.htm?servlet=get_content[23.04.2003];

Pfaff, M.; Pfaff A. B.; Langer, B.; Mielck, A.; Eller, M. (2002): Härtefall-Regelungen nach §§ 61 f.: Art, Umfang und Folgen von tatsächlicher Inanspruchnahme und potentieller Berechtigung, Endbericht des Teilantrages C6 des Bayerischen Forschungsverbundes Public Health – Öffentliche Gesundheit, Augsburg;

SDK (2001): Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (Hrsg.): Kantonale Prämienvverbilligungssysteme: Synoptische Übersicht 2001, Bern;

Stillfried, D. G. v. (2003): Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Bericht über eine Studienreise zum Stand des Schweizer Gesundheitssystems, Köln.

*Johannes Leinert
Markus M. Grabka
Gert G. Wagner*

Bürgerprämien für die Krankenversicherungen als Alternative zu den Reformvorschlägen Kopfpauschale und Bürgerversicherung

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens in den jeweiligen Reformmodellen gegenüber dem Status quo	233
Tabelle 1:	Einnahmeseitige Ausgestaltungsoptionen einer gesetzlich regulierten Krankenversicherungspflicht	217
Tabelle 2:	Arbeitnehmer im Alter bis zu 40 Jahren mit einem Lohn-einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (VPG)	218
Tabelle 3:	Versichertenstatus nach Geschlecht	219
Tabelle 4:	Versichertenstatus nach Bruttoerwerbseinkommen, Angaben in Prozent	219
Tabelle 5:	Durchschnitt und Median des monatlichen verfügbaren Haushaltseinkommens, Angaben in €	221
Tabelle 6:	Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (VPG), Angaben in 1.000	224
Tabelle 7:	Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens in den jeweiligen Reformmodellen gegenüber dem Status quo	232
Tabelle 8:	Solidarausgleich im Pauschalprämienmodell (Bürgerprämie)	236
Tabelle 8a:	Eckwerte zum Solidarausgleich beim Bürgerprämien-Modell mit 12,7 % Lastbegrenzung	237
Tabelle 9:	Beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige in der GKV 2001	244
Tabelle 10a:	Reformvorschläge im Vergleich: Lauterbach-Modell und Rürup-Modell	256
Tabelle 10b:	Reformvorschläge im Vergleich: Herzog-Modell und Rürup/Wille-Modell	258
Tabelle 11:	Verteilungs-, Wachstums- und Nachhaltigkeitswirkungen für verschiedene GKV-Optionen	263
Tabelle 12:	Weitere Ausgestaltungsoptionen nach ihrer prinzipiellen Vereinbarkeit mit verschiedenen Krankenversicherungssystemen	265
Tabelle 13:	Modellparameter	271
Tabelle 14:	Prämienhöhe in den Varianten eines Pauschalprämienmodells	273

Die derzeitigen Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind nicht nur durch steigende Gesundheitsausgaben, sondern auch durch eine erodierende Beitragsbasis verursacht. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen verdeutlicht dies mit einer einfachen Beispielrechnung: Zwischen 1980 und 2000 blieb in den alten Bundesländern das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied um 31 % hinter dem Wachstum des Bruttoinlandsproduktes je Erwerbstätigem¹ zurück. Hätten die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in diesem Zeitraum mit der Steigerungsrate des Bruttoinlandsproduktes pro Erwerbstätigem zugenommen, wären die Einnahmen der GKV im Jahr 2000 um 35,6 Mrd. DM höher ausgefallen. Durch diese fiktiven Mehreinnahmen hätten sich die Gesundheitsausgaben mit einem fiktiven Beitragssatz von 11,6 % decken lassen, was den tatsächlichen Beitragssätzen zu Beginn der 1980er Jahre entspricht.²

Auch künftig ist damit zu rechnen, dass mit der lohnbezogenen Finanzierung der GKV in ihrer jetzigen Form die Entwicklung der Beitragseinnahmen je GKV-Mitglied deutlich hinter dem BIP-Wachstum zurückbleibt. Dazu tragen eine Abkehr der Erwerbsbiografien vom versicherungspflichtigen »Normalarbeitsverhältnis«, ein steigender Rentneranteil und eine hohe Arbeitslosenzahl in Verbindung mit Kürzungen der Lohnersatzleistungen, der Lohndruck im internationalen Wettbewerb sowie die zunehmend genutzte beitragsfreie Entgeltumwandlung in der betrieblichen Altersvorsorge bei. Diese Entwicklung verdeutlicht, dass sich künftig die Existenz der GKV nur sichern lässt, wenn neben einer Effizienz steigernden Reform der Ausgabenseite auch eine nachhaltige Reform der Einnahmeseite erfolgt.

Sowohl die von SPD und Grünen eingesetzte Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (im Folgenden kurz als »Rürup-Kommission« bezeichnet)³ als auch die von der CDU eingesetzte Kommission »Soziale Sicherheit« zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (im Folgenden als »Herzog-Kommission« bezeichnet)⁴ haben Vorschläge zur einnahmeseitigen

1 Zur Vereinfachung wird in diesem Gutachten die männliche Form verwendet, auch wenn Personen beiderlei Geschlechts gemeint sind.

2 Vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003

3 Vgl. Rürup-Kommission 2003, S. 143–184.

4 Vgl. Herzog-Kommission 2003, Ziff. 13–26.

Reform der GKV unterbreitet. Nach Vorlage ihrer Berichte stehen sich in der öffentlichen Diskussion zwei Modelle scheinbar unversöhnlich gegenüber: die Kopfprämie und die Bürgerversicherung. Es ist zu befürchten, dass diese Polarisierung einen notwendigen Konsens für eine grundlegende einnahmeseitige Reform verhindert. Einen Ausweg aus diesem Dilemma kann eine dritte Option zur einnahmeseitigen Reform der gesetzlichen Krankenversicherung bieten: Die Bürgerprämie, die mit dem einbezogenen Personenkreis und der Finanzierungsart wesentliche Elemente von Bürgerversicherung und Kopfprämie kombiniert.

Die Idee der Bürgerprämie ist bereits im Gutachten der Rürup-Kommission zu finden (Rürup-Kommission 2003, S. 167), konnte sich dort jedoch nicht durchsetzen. Sie basiert auf einem Konzept, das im Rahmen eines Gutachtens für das BMGS und das BMWi Ende des Jahres 2001 vom DIW Berlin entwickelt und erstmals durchgerechnet wurde (vgl. Breyer et al. 2002).⁵ Die Idee der Bürgerprämie wurde unmittelbar im Anschluss an die Rürup-Kommission immer wieder ins Spiel gebracht (vgl. Wagner 2003a, b) und im Jahr 2004 von der Bertelsmann-Stiftung aufgegriffen (Breyer et al. 2004). Schließlich wurde das Konzept vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 2004/05 unter dem Namen »Bürgerpauschale« aufgegriffen und als favorisierter Reformvorschlag empfohlen (Sachverständigenrat 2004, Kapitel 5).

Die Bürgerversicherung wird hier in ihrer reinen Form analysiert, nicht jedoch in einer bereits modifizierten Version durch die »Nahles-Kommission« der SPD, die schwer nachvollziehbare Entlastungen für die Klientel der Facharbeiter mit Kapital- und Mieteinkünften vorschlägt (vgl. dazu genauer Sachverständigenrat 2004, Ziffer 543).

Auch auf das Kompromiss-Modell der CDU/CSU wird hier nicht explizit eingegangen. Für eine abgewogene Bewertung vgl. den Sachverständigenrat (2004, Ziffer 544: Ein Hybridmodell).

Eine eingehende Betrachtung der beiden letzt genannten Reformmodelle findet sich in den Ausführungen des Beitrags von Pfaff und Langer dieses Buches.

Ziel dieses Gutachtens, dessen Simulationsrechnungen im Frühherbst 2004 abgeschlossen wurden, ist es, die Bürgerprämie als Alternative zu Kopfprämie und Bürgerversicherung näher zu untersuchen und unter Verteilungs-, Wachstums- und Nachhaltigkeitsgesichtspunkten zu bewerten. Dazu wird zunächst in Kapitel 2 analysiert, welche Ausgestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich des einbezogenen Perso-

5 Die Idee der Bürgerprämie wird von einem breiten Konsens vieler Gesundheitsökonomien getragen. Vgl. zum Beispiel auch Buchholz et al. (2001).

nenkreises und der Finanzierungsart bestehen. Vor diesem Hintergrund wird in Kapitel 3 untersucht, mit welchen Verteilungs-, Wachstums- und Nachhaltigkeitswirkungen bei unterschiedlichen Ausgestaltungen dieser zentralen Charakteristika zu rechnen ist. In Kapitel 4 wird untersucht, welche weiteren einnahmeseitigen Ausgestaltungsmöglichkeiten bestehen. In einem synoptischen Überblick wird in Kapitel 5 ergänzend veranschaulicht, welche Ausgestaltungsoptionen die in der politischen Reformdiskussion wichtigsten Reformvorschläge vorsehen. Darauf aufbauend erfolgt in Kapitel 6 eine zusammenfassende Bewertung.

Diese Überlegungen werden um Simulationsberechnungen ergänzt, die sich auf das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) stützen. Das SOEP ist eine seit 1984 durchgeführte, groß angelegte repräsentative Längsschnittsbefragung, die 2001 knapp 12.000 Haushalte mit mehr als 22.300 Befragungspersonen und 6.000 Kinder umfasste. Grundlage war die Datenbasis aus dem Jahr 2001.⁶

Das vorliegende Gutachten wurde im Wesentlichen redaktionell abgeschlossen, bevor der Sachverständigenrat für die Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sein Jahresgutachten 2004/05 vorgelegt hat. Wir weisen ausdrücklich auf das lesenswerte Kapitel 5 dieses Gutachtens hin.

6 Der Bezugszeitpunkt für die folgenden Simulationsrechnungen ist der Stichtag 31.12.2001. Das SOEP stellt zwar regelmäßig aktuelle Informationen zum Krankenversicherungsstatus und zur Einkommenssituation zur Verfügung, so dass eine Aktualisierung der Ergebnisse möglich erscheint, doch bedarf es eines sehr komplexen und umfangreichen Mikrosimulationsmodells zur Bestimmung der Beitragsbelastung in einem Bürgerversicherungs- bzw. Kopfprämienmodell, welches aufgrund der einzuhaltenden Fristen für dieses Gutachten nicht aktualisiert werden konnte. Die generelle Struktur der Ergebnisse hinsichtlich des betroffenen Personenkreises und der Verteilungs-, Wachstums- und Nachhaltigkeitswirkungen bei den alternativen Ausgestaltungsmöglichkeiten der Finanzierung von Krankenversicherungsschutz bleibt davon weitgehend unbeeinflusst.

2. EINNAHMESEITIGE AUSGESTALTUNGSOPTIONEN EINER GESETZLICH REGULIERTEN KRANKENVERSICHERUNG

Sowohl das gegenwärtige System der GKV als auch die Reformvorschläge Bürgerversicherung, Kopfpauschale und Bürgerprämie können im Kern durch die Kriterien »einbezogener Personenkreis« und »Finanzierungsart« charakterisiert werden (siehe Tabelle 1). Für eine einnahmeseitige Reform der GKV ist daher entscheidend, welche Ausgestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich dieser Kriterien bestehen.

Tabelle 1: Einnahmeseitige Ausgestaltungsoptionen einer gesetzlich regulierten Krankenversicherungspflicht

Finanzierungsart	Einbezogener Personenkreis	
	Arbeitnehmer	Alle
(Lohn-)Einkommensabhängige Beiträge Einheitsprämie	Status quo Kopfprämie	Bürgerversicherung Bürgerprämie

2.1 PERSONENKREIS

Derzeit sind etwa neun von zehn Bürgern in der GKV versichert. Eine Versicherungspflicht besteht nach § 5 SGB V insbesondere für abhängig Beschäftigte, für Bezieher von Lohnersatzleistungen und für Rentner. Die Versicherungspflicht endet, sobald das sozialversicherungspflichtige Einkommen die Versicherungspflichtgrenze von jährlich 46.350 € bzw. monatlich 3.862,50 € übersteigt (Stand 1.1.2004). In diesem Fall besteht ein Wahlrecht zwischen freiwilliger Versicherung in der GKV und Versicherung in der PKV. Aufgrund der Beitragsgestaltung in der PKV kommt ein Wechsel insbesondere für gesunde, jüngere Versicherte in Frage.⁷ Ein Verbleib in der

7 Bei älteren Personen liegen in der Regel mehr Vorerkrankungen vor als bei jüngeren Versicherten, was aufgrund der vom individuellen Krankheitsrisiko abhängigen Beitragskalkulation in der PKV zu höheren Prämien führt. Darüber hinaus verbleibt für ältere Personen, die sich in der PKV versichern, weniger Zeit zum Aufbau der Altersrückstellung, was sich ebenfalls prämienerhöhend auswirkt.

GKV lohnt sich aufgrund der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen insbesondere für Verheiratete und Versicherte mit Kindern. Wie Tabelle 2 verdeutlicht, sind jüngere Arbeitnehmer mit einem Lohneinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze tatsächlich seltener in der PKV versichert, wenn sie verheiratet sind oder Kinder haben.

Tabelle 2: Arbeitnehmer im Alter bis zu 40 Jahren mit einem Lohneinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (VPG) ^a

Personengruppe	Familienstatus			Kind	
	verheiratet	ledig	verwitwet/ geschieden	mit Kind	ohne Kind
Insgesamt, in Tsd.	1.175	666	51	937	955
davon in der GKV versichert	969	527	36	811	721
davon in der PKV versichert	206	139	15	126	234
Insgesamt, in Prozent	100	100	100	100	100
davon in der GKV versichert	82,5	79,1	70,6	86,6	75,5
davon in der PKV versichert	17,5	20,9	29,4	13,4	24,5
Quellen: SOEP; eigene Berechnungen.					
a Berechnet für die Versicherungspflichtgrenze des Jahres zum 31.12.2000 in Höhe von 77.400 DM in Westdeutschland und 63.900 DM in Ostdeutschland.					
Voraussetzung: Lohneinkommen des gesamten Vorjahres liegt über der jährlichen Versicherungspflichtgrenze. d. h., dass Pflichtversicherte i.d.R. nur durch sogenannte Einmalzahlungen (13., 14. Monatsgehalt, Urlaubs-, Weihnachtsgeld, Boni) die Versicherungspflichtgrenze überschreiten und mit ihrem regulären monatlichen Einkommen unterhalb der VPG bleiben.					

Wie sich der Versichertenstatus in der Bevölkerung insgesamt verteilt, verdeutlichen die Tabellen 3 und 4. Frauen (90 %) sind häufiger in der GKV versichert als Männer (84 %). Sie sind seltener pflichtversichert, aber wesentlich häufiger beitragsfrei mitversichert als Männer. Zudem sind Frauen deutlich seltener PKV-versichert. Die Aufschlüsselung nach Bruttoerwerbseinkommen zeigt in den unteren drei Einkommensquartilen einen GKV-Versichertenanteil von gut 90 % und einen PKV-Versichertenanteil von 5 % bis 6 %. Im obersten Einkommensquartil sind dagegen nur noch 77 % der Bevölkerung GKV-versichert, während 21 % PKV-versichert sind.

Tabelle 3: Versichertenstatus nach Geschlecht

Versichertenstatus	N	nach Geschlecht				Insgesamt	
		Frauen in Tsd.	in %	Männer in Tsd.	in %	in Tsd.	in %
GKV-versichert insgesamt	25.272	38.625	(89,9)	33.341	(84,3)	71.966	87,2
davon pflichtversichert	10.599	15.112	35,2	14.631	37,0	29.743	36,0
davon freiwillig versichert	2.107	2.382	5,5	4.316	10,9	6.698	8,1
davon beitragsfrei mitversch.	8.107	11.650	27,1	8.073	20,4	19.723	23,9
davon Rentner u. Renten- antragsteller	4.459	9.481	22,1	6.321	16,0	15.802	19,2
PKV-versichert	2.256	3.022	7,0	4.652	11,8	7.674	9,3
Anspruchsberechtigt über Sozialamt ^a	519	1.013	2,4	765	1,9	1.778	2,2
Gar nicht versichert	159	162	0,4	396	0,9	558	0,7
Sonstige (Freie Heilfürsorge etc.)	162	127	0,3	414	1,0	541	0,6
Insgesamt	28.368	42.949	100	39.568	100	82.517	100

Quellen: SOFEP; eigene Berechnungen.

- a Für Sozialhilfeempfänger besteht nach SGB V keine Versicherungspflicht. Es steht im Ermessen des Sozialhilfeträgers, ob er im Krankheitsfalle die Kosten übernimmt oder ob er eine bereits bestehende GKV-Mitgliedschaft weiterführt. Die Weiterführung einer etwaigen GKV-Mitgliedschaft ist allerdings von bestimmten Vorversicherungszeiten abhängig. Eine genaue Bestimmung zum Krankenversicherungsstatus von Sozialhilfeempfängern ist damit im SOEP nicht möglich.

Tabelle 4: Versichertenstatus nach Bruttoerwerbseinkommen^a, Angaben in Prozent

Versichertenstatus	nach Einkommensquartilen				Insgesamt
	1. Quartil	2. Quartil	3. Quartil	4. Quartil	
GKV-Versicherte insgesamt	90,5	90,7	90,4	77,3	87,2
davon pflichtversichert	7,9	7,5	71,0	57,8	36,0
davon freiwillig versichert	3,3	2,7	7,3	19,3	8,1
davon beitragsfrei mitverschert	42,6	44,7	8,1	(0,2)	23,9
davon Rentner u. Rentenantragsteller	36,7	35,8	4,0	–	19,2
PKV-versichert	5,0	5,4	5,9	21,0	9,3
Anspruchsberechtigt über Sozialamt ^b	3,8	3,4	1,4	–	2,2
Gar nicht versichert	(0,4)	(0,4)	0,9	1,0	0,7
Sonstige	(0,3)	(0,3)	1,6	(0,4)	0,6
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100

Quellen: SOEP; eigene Berechnungen.

a ohne Arbeitgeberanteil

b siehe Anmerkungen zu Tab. 2

Werte in Klammern geben Fallzahlen von weniger als 30 Personen an, – Fallzahl < 10

Die Abgrenzung des GKV-Pflichtversichertenkreises ist historisch gewachsen, aber willkürlich. Ihre Aufrechterhaltung ist – unter den derzeitigen Rahmenbedingungen – nur schwer mit dem Argument des Systemwettbewerbs begründbar (siehe Kapitel 4.4.1). Eine Alternative stellt daher der Einbezug der gesamten Bevölkerung in die GKV dar. Eine solche Versicherungspflicht für alle muss mit einem verpflichtenden (Standard-) Leistungskatalog kombiniert werden, da sie sonst durch den Abschluss von Minimalverträgen faktisch umgangen werden könnte.

Eine Ausweitung des in der GKV pflichtversicherten Personenkreises kann durch zwei Maßnahmen erreicht werden: durch die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und durch den Einbezug von Beamten, Selbstständigen und Sozialhilfeempfängern. Von Kritikern einer Ausweitung der GKV auf die gesamte Bevölkerung (vgl. Zipperer 2003) werden gegen diese Maßnahmen verfassungsrechtliche Bedenken geäußert, die von Befürwortern (vgl. Bieback 2003) zurückgewiesen werden. An dieser Stelle wird davon ausgegangen, dass der Einbezug aller Bürger in die GKV langfristig realisierbar ist, sofern Bestandsschutzregelungen für den Versichertenbestand der PKV getroffen werden (vgl. Kapitel 4.4). Von einer Ausweitung der GKV auf die gesamte Bevölkerung wären mit den heutigen PKV-Versicherten insbesondere Männer und Bezieher hoher Einkommen betroffen (vgl. Tab. 3 und 4).

Der Einbezug aller Personengruppen hat aus verteilungspolitischer Sicht zunächst eindeutige Vorteile. Denn an der Einkommensumverteilung innerhalb der GKV, die gegenwärtig von reich zu arm und von Single zu Familie erfolgt, müssen sich gerade die Personengruppen nicht beteiligen, die ein überdurchschnittlich hohes Einkommen haben (vgl. Tab. 5). Dieses verteilungspolitische Manko wird jedoch bei näherer Betrachtung nicht durch die Abgrenzung des GKV-Versichertenkreises per se verursacht, sondern ergibt sich erst im Zusammenspiel mit der derzeitigen einkommensabhängigen Finanzierung. Bei einer Finanzierung der GKV über Pauschalprämien mit steuerfinanziertem Solidarausgleich würden auch Privatversicherte zur Finanzierung einer verteilungspolitisch gewünschten Umverteilung von arm zu reich und von Single zu Familie herangezogen (siehe dazu Kapitel 3.1).

Tabelle 5: Durchschnitt und Median des monatlichen verfügbaren Haushaltseinkommens, Angaben in €

Personengruppe	Insgesamt	Geschlecht des Haushaltsvorstands	
		männlich	weiblich
Durchschnitt des Einkommens			
GKV-Pflichtige	2.411	2.607	2.050
Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der VPG ^a	3.610	3.658	3.480
Beamte	3.584	3.730	3.281
Selbstständige	3.698	3.933	3.149
Median des Einkommens			
GKV-Pflichtige	2.285	2.478	1.894
Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der VPG ^a	3.519	3.507	3.551
Beamte	3.467	3.567	3.219
Selbstständige	3.328	3.472	3.019
Quellen: SOEP; eigene Berechnungen.			
a Berechnet für die Versicherungspflichtgrenze des Jahres zum 31.12.2000 in Höhe von 77.400 DM in Westdeutschland und 63.900 DM in Ostdeutschland.			

Unabhängig von der Frage der Finanzierungsart hat eine Ausweitung der GKV-Pflicht auf alle Personengruppen den Vorteil, einer Risikoentmischung zwischen GKV und PKV entgegenzuwirken. Damit wird der zentralen Aufgabe einer Krankenversicherung, dem Ausgleich zwischen gesund und krank, besser Rechnung getragen. Die derzeitige Versicherungspflichtgrenze führt dazu, dass sich bei Überschreiten dieser Einkommensgrenze vor allem »gute Risiken«, d. h. junge und gesunde Personen, für einen Wechsel in die PKV entscheiden, die ihnen risikoabhängige und damit günstige Tarife bietet. Ähnlich wirkt der Einbezug von Beamten, Selbstständigen und Sozialhilfeempfängern einer Risikoentmischung zu Lasten der GKV entgegen. Denn die beiden erstgenannten Personengruppen weisen in der Regel eine unterdurchschnittlichen Morbidität auf. So ist bei PKV-Versicherten über die meisten Alterskohorten und Krankheitsgruppen ein selteneres Auftreten von Erkrankungen feststellbar als bei GKV-Versicherten.⁸ Durch den Einbezug der gesamten Bevölkerung würden folglich die Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV sinken. Dieser entlastende Effekt könnte allerdings – je nach Verhandlungsposition der Akteure im Gesundheitswesen – abgeschwächt werden. Derzeit zahlen privat Versicherte für die gleiche Behandlung höhere Honorare als gesetzlich Versicherte. Entfiele für die Leistungserbringer die Möglichkeit der Privatliquidation, würden sie versuchen, kompensierend höhere Honorare bei der Behandlung von GKV-Versicherten durchzusetzen.

8 Vgl. zu entsprechenden empirischen Daten Rürup-Kommission 2003, S. 153.

Bei einem Einbezug aller Bevölkerungsgruppen in eine einheitlich regulierte Versicherungspflicht ist mit positiven Auswirkungen auch jenseits der verteilungspolitischen Effekte zu rechnen. So kommt es zu einer Verstetigung der GKV-Einnahmen, weil diese nicht mehr von der Zusammensetzung der Beschäftigungsstruktur (Arbeiter, Angestellte, Selbstständige, Beamte etc.) abhängen. Auch verringert eine allgemeine Versicherungspflicht die Anreize für eine – aus gesamtwirtschaftlicher Sicht unproduktive – Suche nach Ausweichmöglichkeiten, wie der Versicherungspflicht beispielsweise durch die Umwandlung von abhängigen Beschäftigungsverhältnissen in (schein-)selbstständige Tätigkeiten entgangen werden kann. Schließlich hat die Ausweitung des Personenkreises noch einen schwer zu quantifizierenden, aber nicht zu unterschätzenden polit-ökonomischen Vorteil. Der Einbezug aller Bürger in die GKV erhöht die Akzeptanz von unpopulären, aber sachlich notwendigen ausgabenseitigen Reformen des Gesundheitswesens. Denn zum einen treffen Reformen der GKV dann auch und gerade diejenigen Verbandsvertreter, Wissenschaftler und Politiker, die sie fordern bzw. beschließen. Zum anderen erfassen sie auch besser Verdienende und nicht mehr nur Bezieher von geringen und mittleren Einkommen, wie bei GKV-Versicherten derzeit typischer Weise der Fall.

2.2 FINANZIERUNGSART

Eine beitragsbezogene Finanzierung der GKV kann grundsätzlich über einkommensabhängige Beiträge oder über Pauschalprämien erfolgen.⁹ Mit einer Entscheidung über die Finanzierungsart wird gleichzeitig eine verteilungspolitische Grundsatzentscheidung getroffen. Einkommensabhängige Beiträge implizieren, dass innerhalb der GKV ein über den Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken hinausgehender Solidarausgleich zwischen Beziehern hoher und geringer Einkommen stattfindet. Pauschale Prämien sehen keinen Einkommensausgleich innerhalb der GKV vor. Sie eröffnen vielmehr die Möglichkeit, die Einkommensumverteilung über das Steuer-Transfer-System zu organisieren und damit zielgerichteter auszugestalten.

⁹ Zwar besteht auch die Möglichkeit, die einkommensunabhängigen Prämien nicht pauschal, sondern entsprechend dem individuellen Krankheitsrisiko auszugestalten. Für eine GKV erscheint diese Option jedoch unrealistisch (vgl. Kapitel 2.2.2).

2.2.1 Einkommensabhängige Beiträge

Die Ausgestaltung einkommensabhängiger GKV-Beiträge ist in dreierlei Hinsicht zu konkretisieren. Es muss darüber entschieden werden,

- welche Einkommen
- in welcher Höhe
- auf welche Art und Weise

zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben herangezogen werden sollen. Derzeit werden die GKV-Beiträge in der Regel nur auf das Arbeitseinkommen erhoben.¹⁰ Alternativ könnte auch das Gesamteinkommen als Beitragsbemessungsgrundlage herangezogen werden; dies ist derzeit bei der Ermittlung von Beiträgen für freiwillig GKV-Versicherte bereits der Fall. Bezüglich der »Verbeitragung« des Gesamteinkommens bestehen daher langjährige Erfahrungen, an die angeknüpft werden kann.¹¹ Allerdings ist die ausschließlich lohnabhängige Beitragsbemessung verwaltungstechnisch einfacher zu handhaben, da das Inkasso über den Arbeitgeber allein abgewickelt werden kann. Ein Einbezug aller Einkommensarten erfordert zusätzlich die Beteiligung des Finanzamtes und ist daher zwangsläufig mit einem höheren Verwaltungsaufwand verbunden. Auch sind weitere Einkommensarten nicht so einfach abzugrenzen wie das sozialversicherungspflichtige Erwerbseinkommen.

Eine Entscheidung für Beiträge, die sich am Gesamteinkommen des Versicherten orientieren, trägt zu einer Stabilisierung der Einnahmenseite der GKV bei, wenn im langfristigen Trend Vermögenseinkünfte höhere Zuwachsraten haben als Arbeitseinkommen. Wenn die Versicherungspflichtgrenze nicht angehoben oder auf Arbeitseinkommen beschränkt wird, erhalten dadurch zwar weitere Versicherte das Recht zum Wechsel in die PKV. Allerdings dürfte dies nur zu einer geringfügigen Ausdünnung des Versichertenbestandes der GKV führen. 2001 hätte der Einbezug von Kapital- und sonstigen Einkommen in die Beitragspflicht dazu geführt, dass – bei unveränderter Versicherungspflichtgrenze – das verbeitragte Einkommen von 0,4 Mio. GKV-Versicherten erstmalig die Versicherungspflichtgrenze überschritten hätte. Damit wären sie zu einem Wechsel in die PKV berechtigt gewesen. Bei Frauen hätte sich der Anteil der Wechselberechtigten deutlich stärker erhöht als bei Männern.

10 Bei Mitgliedern der Krankenversicherung der Rentner und Beziehern von Arbeitslosengeld werden Beiträge auf die Lohnersatzleistungen erhoben.

11 Vgl. dazu sowie zu weiteren Vorschlägen zur Beitragserhebung bei einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf das Gesamteinkommen Rürup-Kommission 2003, S. 154 ff.

Bislang haben allerdings gut 80 % der Wechselberechtigten keinen Gebrauch von diesem Recht gemacht (Tabelle. 6).

Tabelle 6: Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (VPG)¹, Angaben in 1.000

Arbeitnehmer mit einem ...	Insgesamt	Frauen	Männer
Lohneinkommen oberhalb der VPG	4.866	1.008	3.858
GKV-Versicherte	3.944	848	3.096
PKV-Versicherte	922	160	762
Gesamteinkommen oberhalb der VPG	5.295	1.202	4.093
GKV-Versicherte	4.357	1.036	3.321
PKV-Versicherte	938	166	772

Quellen: SOEP; eigene Berechnungen.

1 Berechnet für die Versicherungspflichtgrenze des Jahres zum 31.12.2000 in Höhe von 77.400 DM in Westdeutschland und 63.900 DM in Ostdeutschland.
Voraussetzung: Lohneinkommen des gesamten Vorjahres liegt über der jährlichen Versicherungspflichtgrenze. d. h., dass Pflichtversicherte i.d.R. nur durch sogenannte Einmalzahlungen (13., 14. Monatsgehalt, Urlaubs-, Weihnachtsgeld, Boni) die Versicherungspflichtgrenze überschreiten und mit ihrem regulären monatlichen Einkommen unterhalb der VPG bleiben

2 Kapitaleinkünfte wurden haushaltsbezogen erfasst und waren daher bei Mehrpersonenhaushalten nicht eindeutig zuzurechnen. Für die Berechnungen wurden diese Einkommen auf allen Erwachsenen (ab 16 Jahren) des Haushaltes zu gleichen Teilen aufgeteilt.

Welcher Anteil des Einkommens beitragspflichtig ist, hängt davon ab, ob Beitragsbemessungsgrenzen existieren und wenn ja, welche Einkommensbestandteile dadurch nicht verbeitragt werden müssen. Derzeit gilt eine Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 3.487,50 € bzw. jährlich 41.850 € (Stand 01.01.2004). Um den Anteil des beitragspflichtigen Einkommens zu erhöhen, könnte diese Grenze erhöht oder ganz abgeschafft werden.

Für die Beitragsfestsetzung ist schließlich zu klären, auf welche Weise das beitragspflichtige Einkommen herangezogen werden soll. Eine einkommensproportionale Beitragsbemessung wie derzeit realisiert, ist nicht zwangsläufig. Prinzipiell könnte auch ein progressiver oder regressiver Beitragssatz verwendet werden. Auch könnten die Beiträge anhand eines Stufentarifes bemessen werden.

2.2.2 Pauschalprämien

Anstelle von einkommensbezogenen Beiträgen können auch einkommensunabhängige Prämien zur Finanzierung des Gesundheitssystems verwendet werden. Prinzipiell gibt es zwei Möglichkeiten zur Ausgestaltung einkommensunabhängiger

ger Prämien. Sie können erstens als individualisierte, risikoabhängige Prämien für jeden *Versicherten* festgesetzt werden, wie dies bei der PKV der Fall ist. Menschen mit einem höheren Gesundheitsrisiko zahlen dann höhere Prämien als Menschen mit einem niedrigeren Gesundheitsrisiko. Diese Variante wird als verteilungspolitisch nicht akzeptabel und politisch nicht durchsetzbar angesehen und daher im Folgenden nicht näher diskutiert. Zweitens können die Prämien pauschal pro *Versicherung*, also unabhängig vom individuellen Gesundheitsrisiko, ausgestaltet werden.

Pauschalprämien zeichnen sich dadurch aus, dass sie für alle Versicherten derselben Krankenkasse gleich hoch sind. Zwischen den Krankenkassen müssen die Pauschalprämien allerdings im Wettbewerb variieren können. Anderenfalls entfallen für die Krankenkassen die Anreize, effizient zu wirtschaften, um sich mit niedrigeren Prämien einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen. Um eine individuelle Differenzierung der Prämien nach Risiken (z. B. Gesundheitszustand, Alter, Geschlecht) zu vermeiden, müssen pauschale Prämien mit Kontrahierungszwang und einem Diskriminierungsverbot verbunden werden. Zudem müssen die teilnehmenden Krankenkassen in einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einbezogen werden. Sonst ergibt sich für sie ein Anreiz, schlechte Risiken durch gezielte Hindernisse beispielsweise bei der Bearbeitung von Aufnahmeanträgen trotz formellem Kontrahierungszwang, faktisch auszuschließen.

Bei einer Finanzierung der Gesundheitsausgaben über Pauschalprämien ist die Grundsatzentscheidung zu treffen, ob, in welchem Umfang und auf welche Weise ein steuerfinanzierter Sozialausgleich stattfinden soll. Ist die Entscheidung für einen Sozialausgleich gefallen, muss der Gesetzgeber zunächst festlegen, welcher Eigenanteil an der Pauschalprämie dem Versicherten finanziell zuzumuten ist. Ist der zumutbare Eigenanteil geringer als die Pauschalprämie, wird ein steuerfinanzierter Zuschuss in Höhe der Differenz gezahlt. Für die Berechnung des Zuschusses ist der durchschnittliche Betrag aller Pauschalprämien anzusetzen, nicht die vom Versicherten tatsächlich gezahlte Prämie. Anderenfalls würde für den Versicherten kein Anreiz entstehen, in eine kostengünstigere Krankenkasse zu wechseln.

Bezüglich des zumutbaren Eigenanteils sind mehrere Ausgestaltungsmöglichkeiten denkbar. Er kann als Prozentsatz des Bruttoeinkommens festgelegt werden. So könnte er sich beispielsweise am derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatz der GKV von rund 14 % orientieren. Denkbar ist auch ein nach Einkommen stufenweise gestaffelter Eigenanteil. Durch die Einführung von Freigrenzen, unterhalb derer Niedrigeinkommensbezieher von der Zahlung befreit werden, kann in beiden Fällen eine progressiv wirkende Komponente eingeführt werden. Unterschiedliche

Haushaltsgrößen können mit einer Orientierung des zumutbaren Eigenanteils am Äquivalenzeinkommen berücksichtigt werden.¹²

- 12 Das Äquivalenzeinkommen berücksichtigt, dass sich die Bedarfe der Haushaltsmitglieder unterscheiden und dass jede zusätzliche Person in einem gemeinsamen Haushalt nicht dieselben Mehrkosten verursacht wie die erste Person. Ausgehend vom Haushaltseinkommen wird das Äquivalenzeinkommen als gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen berechnet. Dabei wird die Anzahl der Personen im Haushalt und deren Alter berücksichtigt.

3. AUSWIRKUNGEN DER FINANZIERUNGSARTEN IM VERGLEICH

3.1 VERTEILUNGSWIRKUNGEN

Die Kernaufgabe einer Krankenversicherung ist es, extreme Belastungen einzelner Versicherter im Falle von Krankheit dadurch zu verhindern, dass die Versicherten in einem Risikokollektiv zusammengefasst und dadurch nicht mit ihren individuellen, sondern mit den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben belastet werden. Somit kommt es zu einem Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken. Diese Art von Ausgleich findet in jeder Krankenversicherung statt, gleichgültig, ob privat oder gesetzlich, und gleichgültig, welche Regulierungen bezüglich der Beitrags- und Prämienkalkulation gelten.

Vom Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken zu unterscheiden ist der Ausgleich zwischen Menschen mit einem hohen und einem geringen Krankheitsrisiko. Sofern dem keine Regulierungen entgegenstehen, wird eine Krankenversicherung im Wettbewerb diese Menschen unterschiedlichen Risikokollektiven zuordnen. Dadurch kann die Krankenversicherung ihre Prämien nach dem Äquivalenzprinzip kalkulieren, demzufolge die Summe der eingezahlten Prämien der Summe der erwarteten und damit risikoabhängigen Gesundheitsleistungen (zuzüglich der Ausgaben für die Verwaltung) entspricht. Für Personen mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko resultieren daraus unterschiedlich hohe Prämien.¹³ Lässt der Gesetzgeber eine Differenzierung der Beiträge nach Krankheitsrisiko nicht zu, muss er einen *Kontrahierungszwang* verfügen und einen *Risikostrukturausgleich* einrichten, da die Versicherer sonst große Anreize haben, Personen mit hohem Krankheitsrisiko formell oder faktisch auszuschließen. Werden die Prämien unabhängig vom Krankheitsrisiko kalkuliert, wird der Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken um einen Aus-

13 Würde ein Versicherer die Prämien nicht nach Krankheitsrisiko differenzieren, könnte er im Wettbewerb nicht bestehen, da es zu einer adversen Selektion käme. Für Versicherte mit geringem Gesundheitsrisiko wäre die für alle gültige Durchschnittsprämie zu hoch; sie würden zu einem Versicherer mit risikoadäquaten und damit für sie niedrigeren Prämien wechseln. Dadurch würde das durchschnittliche Krankheitsrisiko des Risikokollektivs des ursprünglichen Versicherers steigen. Er müsste seine Durchschnittsprämie erhöhen, wodurch weitere Versicherte zu einem konkurrierenden Anbieter wechseln würden, was das durchschnittliche Krankheitsrisiko wiederum erhöhen würde etc.

gleich zwischen Menschen mit niedrigem und hohem Krankheitsrisiko erweitert. Dieser Ausgleich ist einkommensunabhängig.¹⁴

Ein zusätzlicher Einkommensausgleich ist in zweierlei Hinsicht möglich. Erstens kann eine indirekte Einkommensumverteilung von Ledigen und Kinderlosen zu Verheirateten und Familien mit Kindern erfolgen, wenn Familienangehörige beitragsfrei mitversichert werden können. Zweitens kann eine Einkommensumverteilung von Beziehern hoher Einkommen zu Beziehern niedriger Einkommen erfolgen, wenn die Beiträge einkommensabhängig gestaltet werden, sei es direkt oder indirekt über steuerfinanzierte Zuschüsse. Wenn die Finanzierung des Gesundheitssystems mit dieser zweiten Art des Einkommensausgleichs verbunden werden soll, kann als Bewertungsmaßstab für die Verteilungsgerechtigkeit herangezogen werden, inwieweit die finanzielle Belastung nach Leistungsfähigkeit erfolgt. Für die Bewertung der Verteilungswirkungen ist es dabei unerheblich, ob die Einkommensumverteilung innerhalb der GKV oder über das Steuer-Transfer-System erfolgt. Entscheidend ist aus verteilungspolitischer Sicht vielmehr die Frage, ob sämtliche Einkommen aller Bürger in voller Höhe in den Einkommensausgleich einbezogen werden oder nicht.

3.1.1 Einkommensbezogene Beiträge

Bei einer einkommensbezogenen Finanzierung findet der Einkommensausgleich innerhalb der GKV statt. Als verteilungspolitisch problematisch anzusehen ist dieser Ausgleich immer dann, wenn nur ein Teil der Bürger, nur ein Teil der Einkommensarten oder nur ein Teil der Einkommen mit Beiträgen zur GKV belegt wird. Folglich entscheiden die Ausgestaltungsoptionen »Versicherungspflichtgrenze«, »berücksichtigte Einkommensart« und »Beitragsbemessungsgrenze« darüber, inwiefern einkommensbezogenen Beiträge zur GKV als »gerecht« gelten können.

Im derzeitigen System haben GKV-Versicherte, deren beitragspflichtiges Einkommen die Versicherungspflichtgrenze von monatlich 3.862,50 € übersteigt, das Recht, in die private Krankenversicherung zu wechseln. Damit können sich Bezieher hoher Einkommen dem Solidarausgleich innerhalb der GKV entziehen. Der Solidarausgleich beschränkt sich dann auf Einkommensstransfers zwischen Beziehern mittlerer und niedriger Einkommen. Ähnlich wirkt die Befreiung von der Versicherungspflicht für Selbstständige und Beamte. Auch diese Personengruppen haben

14 Eine indirekte Einkommensabhängigkeit ist bei einem solchen Ausgleich allerdings in dem Maße gegeben, in dem das Krankheitsrisiko vom Einkommen abhängt.

überdurchschnittliche Einkommen und sind nicht in den Solidarausgleich der GKV einbezogen¹⁵ (Tabelle 5).

Werden – wie im Status quo – nur Lohn Einkommen bzw. Lohnersatzleistungen bei der Festsetzung der Beiträge zur GKV berücksichtigt, entspricht die Beitragsbelastung nicht der Leistungsfähigkeit. Der zu zahlende Beitrag hängt vielmehr von der Zusammensetzung des Gesamteinkommens des Versicherten ab. Bezieher von Kapitaleinkünften werden bei gleichem Gesamteinkommen gegenüber Beziehern von Lohn Einkommen oder Lohnersatzleistungen begünstigt. Daraus resultieren auch intergenerative Umverteilungen zu Lasten jüngerer Versicherter, da ältere Versicherte in der Regel höhere Kapitaleinkommen haben als jüngere Versicherte. In dem Maße, in dem künftig kapitalgedeckten Elementen der Altersvorsorge eine steigende Bedeutung zukommt und Rentner folglich höhere Kapitaleinkommen beziehen, verstärkt sich dieser Effekt. Da die resultierende Umverteilung keinen solidarischen Einkommensausgleich bewirkt, sondern lediglich durch die unterschiedlichen Zusammensetzung der Einkommen bedingt ist, widerspricht sie dem Leistungsprinzip.

Um unerwünschte Verteilungswirkungen zu unterbinden, kann die Beitragspflichtigkeit auf alle Einkommensarten ausgeweitet werden. Sofern die Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3.487,50 € pro Monat bestehen bleibt, werden dadurch die verteilungspolitisch problematischen Wirkungen dennoch nicht unterbunden. Denn bei einem Einbezug aller Einkommensarten werden Einkünfte aus Kapital und Vermögen faktisch nur bei Beziehern geringer und mittlerer Einkommen verbeitragt. Bei allen Versicherten, deren Lohn Einkommen bereits über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, werden keine zusätzlichen Krankenversicherungsbeiträge fällig. Durch eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze wird diese Schwelle nach oben verschoben, die grundsätzliche Problematik bleibt aber bestehen.

Die Einführung einer zweiten Beitragsbemessungsgrenze für Einkünfte aus Kapital und Vermögen führt dazu, dass entsprechende Einkünfte auch bei Beziehern hoher Lohn Einkommen verbeitragt werden. Allerdings ändert sich dadurch nichts an der grundsätzlich regressiven Wirkung von Beitragsbemessungsgrenzen; Bezieher von Einkommen oberhalb der Grenze werden nach wie vor in Relation zu ihrem

15 Zwar besteht für Selbstständige die Möglichkeit, sich in der GKV freiwillig zu versichern. Allerdings werden nur Selbstständige mit einem geringen Einkommen die Möglichkeit nutzen. Bei Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt derzeit der GKV-Höchstbeitrag mit einem maximalen Beitragsatz von 15,7 % (IKK Bayern) bei monatlich 547,54 € und damit in der Regel über der Prämie für eine private Krankenversicherung.

Gesamteinkommen unterproportional stark belastet. Wenn der Gesetzgeber diese regressive Wirkung nicht anstrebt, muss er die Beschränkung der Beitragspflichtigkeit abschaffen. Sofern eine Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern besteht, kann durch die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ein weiteres verteilungspolitisches Problem gelöst werden. Denn wenn eine Beitragsbemessungsgrenze existiert, werden Ehepaare mit einem Gesamteinkommen oberhalb dieser Grenze je nach Aufteilung der Verdienste unterschiedlich belastet. Im Extremfall zahlt bei Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze ein Alleinverdiener-Ehepaar nur halb so hohe Beiträge zur GKV wie ein Doppelverdiener-Ehepaar mit gleichem Gesamteinkommen (siehe auch Kapitel 4.1).

3.1.2 Pauschalprämien

Wird das Gesundheitssystem über Pauschalprämien finanziert, ohne dass gleichzeitig ein steuerfinanzierter Einkommensausgleich gewährt wird, ergeben sich stark regressive Verteilungswirkungen. Ein derartiges Finanzierungssystem würde das Leistungsfähigkeitsprinzip eklatant verletzen, wäre politisch nicht durchsetzbar und wird daher an dieser Stelle nicht näher besprochen. In den folgenden Überlegungen wird vielmehr davon ausgegangen, dass den Versicherten einkommensabhängige, steuerfinanzierte Zuschüsse zu den Pauschalprämien gezahlt werden. In einem solchen System bestimmen folgende drei Komponenten die Verteilungseffekte:

- Behandlung des bisherigen Arbeitgeberanteils zur GKV;
- Bemessung der einkommensabhängigen Zuschüsse bzw. Definition des zumutbaren Eigenanteils an der Pauschalprämie;
- Art und Weise der Erhebung der Steuermittel, die für den Solidarausgleich benötigt werden.

Als ein Vorteil des Solidarausgleichs über das Steuer-Transfer-System erweist sich dabei, dass bei der Steuerbemessung im Prinzip schon heute alle Einkommensarten aller Personengruppen in unbeschränkter Höhe berücksichtigt werden. Eine entsprechende Bemessungsgrundlage könnte bei einem Solidarausgleich innerhalb der GKV erst realisiert werden, wenn sowohl alle Einkommensarten mit Beiträgen belegt als auch die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze abgeschafft würden.

Bei einem Solidarausgleich über das Steuer-Transfer-System sind grundsätzlich alle politisch gewollten Verteilungswirkungen erzielbar. Je nach Ausgestaltung des Steuertarifs kann ein entsprechender Einkommensausgleich dem Leistungsfähig-

keitsprinzip deutlich besser, deutlich schlechter oder gleich gut entsprechen wie ein Einkommensausgleich innerhalb der GKV. Welche Finanzierungsart aus verteilungspolitischer Sicht überlegen ist, hängt daher ausschließlich von der jeweiligen konkreten Ausgestaltung ab. Beispielsweise könnten bei einer GKV-Finanzierung über Pauschalprämien die Arbeitgeberbeiträge als Bruttolohn ausbezahlt und versteuert werden. Aufgrund des progressiven Steuertarifs würde Beziehern niedriger Einkommen der Arbeitgeberanteil nahezu vollständig ausbezahlt, während Beziehern hoher Einkommen rund die Hälfte an den Fiskus abtreten müssten. Durch die Besteuerung des ausbezahlten Arbeitgeberanteils würde ein großer Teil der für den Solidarausgleich benötigten Mittel gedeckt.¹⁶ Zur Deckung des verbleibenden Ausgleichsbedarfs schlagen Rürup und Wille (2004, S. 16-20) drei Varianten vor.

Erstens kann der verbleibende Teil des Solidarausgleichs innerhalb der GKV erfolgen, indem ein einkommensabhängiger prozentualer Zuschlag auf die beitragspflichtigen Einkommen erhoben wird. Damit werden jedoch nicht alle Einkommen für den Solidarausgleich erfasst (vgl. zu dieser Problematik auch Kapitel 3.1.1). Zudem werden die erfassten Einkommen proportional und nicht progressiv belastet. Zweitens können die benötigten Mittel über eine Anhebung des Mehrwertsteuersatzes aufgebracht werden. Bei dieser Finanzierung werden zwar alle Einkommen aller Bürger in voller Höhe erfasst und proportional belastet, wenn sie in den Konsum fließen. In dem Maße, in dem Bezieher geringer Einkommen eine höhere Konsumquote haben als Besserverdiener, entsteht jedoch eine regressive Wirkung. Die regressive Wirkung kann abgemildert werden, wenn nicht der ermäßigte Mehrwertsteuersatz, der beispielsweise auf Lebensmittel gilt, sondern nur der Normalsatz der Mehrwertsteuer angehoben wird. Drittens kann zur Finanzierung des Solidarausgleiches der Solidaritätszuschlag erhöht werden. Dieser »Gesundheitszuschlag« wirkt progressiv, da er als Prozentsatz der Steuerschuld erhoben wird, die sich aus dem progressiven Einkommenssteuersystem ergibt. In einer Simulation anhand der SOEP-Daten zeigt sich tatsächlich, dass bei dieser dritten Finanzierungsart des Solidarausgleichs untere Einkommensgruppen in einem Pauschalprämienmodell besonders stark entlastet werden, während die höchsten Einkommensgruppen besonders stark belastet werden (Tabelle 7).

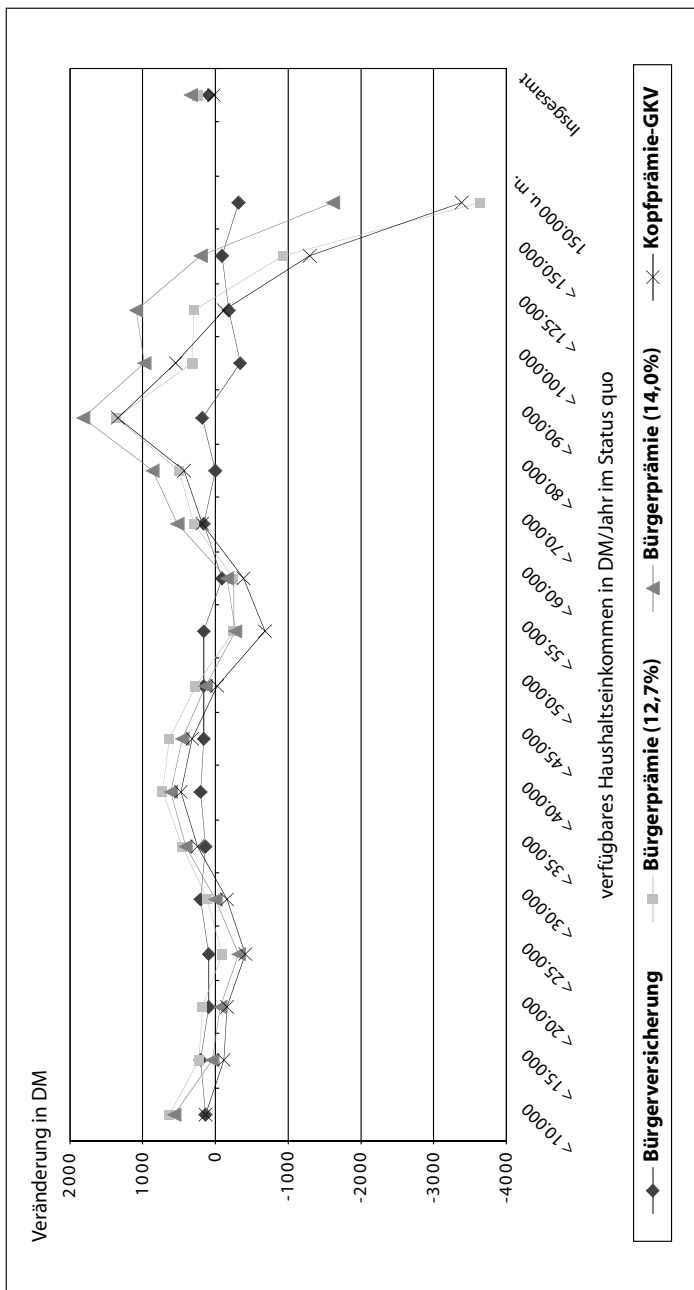
16 In den vorliegenden Modellrechnungen werden durch Besteuerung der Arbeitgeberbeiträge zwischen 41 % und 82 % der für den Solidarausgleich benötigten Mittel gedeckt. Im Modell mit dem Deckungsgrad von 41 % beträgt der zumutbare Eigenanteil 12,5 % des Gesamteinkommens; Prämien für Kinder werden über das Steuer-Transfer-System finanziert (vgl. Rürup und Wille 2004, S. 14-16). Im zweiten Modell steigt der zumutbare Eigenanteil in Verbindung mit einer vorgeschalteten Freigrenze von 210 € je Monat von 13,3 auf 16 % des Bruttoeinkommens an; Kinder sind in der GRV beitragsfrei mitversichert (vgl. Rürup-Kommission 2003, S. 171 f.)

Tabelle 7: Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens in den jeweiligen Reformmodellen gegenüber dem Status quo

Jährliches verfügbares Haushaltsnettoeinkommen	N in Tsd.	N in %	Brutto- Einkom- men aus abhängiger Beschäf- tigung	Finanzierungsart			
				Einkommensbezogene Beiträge		Pauschalprämie	
				Status Quo (1)	Veränderungen gegenüber Status quo		Kopf- prämie in der GKV (4)
					Bürger- versiche- rung (2)	Bürgerprämie mit zumutbarem Eigenanteil (3)	
					12,7 %	14 %	14 %
unter 10.000 DM	1.219	3,0	2.284	6.444	130	645	136
10.000 bis unter 15.000 DM	1.552	3,9	2.696	12.827	194	232	-123
15.000 bis unter 20.000 DM	2.600	6,5	4.326	17.493	87	190	-166
20.000 bis unter 25.000 DM	3.203	7,9	9.182	22.463	80	-86	-416
25.000 bis unter 30.000 DM	3.283	8,1	14.497	27.496	196	106	-165
30.000 bis unter 35.000 DM	3.562	8,8	23.023	32.438	133	465	260
35.000 bis unter 40.000 DM	3.103	7,7	28.191	37.551	196	730	474
40.000 bis unter 45.000 DM	2.857	7,1	31.142	42.512	167	631	314
45.000 bis unter 50.000 DM	2.511	6,2	39.178	47.469	157	264	-27
50.000 bis unter 55.000 DM	2.251	5,6	44.943	52.459	164	-250	-676
55.000 bis unter 60.000 DM	2.095	5,2	52.250	57.509	-87	-258	-387
60.000 bis unter 70.000 DM	3.598	8,9	67.367	64.904	167	303	185
70.000 bis unter 80.000 DM	2.672	6,6	77.657	74.644	-10	507	436
80.000 bis unter 90.000 DM	1.883	4,7	93.719	84.885	187	1.359	1.342
90.000 bis unter 100.000 DM	1.295	3,2	107.251	94.875	-344	322	546
100.000 bis unter 125.000 DM	1.546	3,8	105.241	110.413	-187	302	-124
125.000 bis unter 150.000 DM	0.561	1,4	129.170	135.319	-81	-943	-1.286
150.000 und mehr	0.509	1,3	122.083	192.985	-322	-3.635	-3.394
Insgesamt	40.299	100,0	43.313	49.802	91	260	30

Quellen: SOEP; eigene Berechnungen (Mikrosimulation).

Abbildung 1: Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens in den jeweiligen Reformmodellen gegenüber dem Status quo



Quellen: SOEP; eigene Berechnungen (Mikrosimulation).

In der Legende geben die Prozentangaben bei den Modellen einer Bürgerprämie die unterstellte maximale Prämienbelastung durch die Pauschalprämie nach dem sozialen Ausgleich an.

Entscheidend für die Sozialverträglichkeit von Pauschalprämien ist nicht nur, dass der Solidarausgleich entsprechend ausgestaltet ist, sondern auch, dass er auf Dauer Bestand hat. Kritiker plädieren daher für einen – weniger zielgerichteten – Sozialausgleich innerhalb der GKV, weil dieser sicherer als ein – zielgerichteter – Solidarausgleich über das Steuer-Transfer-System, bei dem immer die Gefahr bestünde, dass der Finanzminister ihn »nach Kassenlage« kürze. Die Argumente für ein Festhalten an der Umverteilung innerhalb der GKV sind jedoch fragwürdig (vgl. Wagner 2005). Zum einen ist auch eine GKV-immanente Umverteilung nicht mehr viel Wert, wenn der Leistungskatalog der GKV im Interesse geringerer Lohnnebenkosten immer weiter gekürzt wird. Denn für die private Absicherung ausgelagerter Risiken wird überhaupt kein Sozialausgleich gewährt. Zum anderen unterliegt ein steuerfinanzierter Solidarausgleich nicht zwangsläufig einer größeren Kürzungsgefahr als ein Solidarausgleich innerhalb der GKV. Der Solidarausgleich kann vielmehr in einem Leistungsgesetz festgeschrieben werden, für dessen Kürzung parlamentarische Mehrheiten nur schwer zu organisieren sind. Beispielsweise könnten mit dem Solidarausgleich Kinder und Familien gezielt gefördert werden, was auch sachlich auf der Hand liegt. Kürzungen eines kinderbezogenen Solidarausgleichs wären extrem unpopulär. Zudem könnte für den Solidarausgleich – ähnlich wie in Frankreich – eine eigene Familienkasse etabliert werden, die als Parafiskus und mit eigener Selbstverwaltung ausgestaltet wird (vgl. Spieß und Thomasius 2004). Darüber hinaus dürfte es schwer sein, politische Mehrheiten für die Kürzung eines Solidarausgleichs zu organisieren, von dem rund 60 Prozent der Haushalte profitieren.

3.1.3 Verteilungswirkungen im Vergleich

Die Verteilungseffekte der unterschiedlichen finanzierungsseitiger Ausgestaltungsoptionen der GKV im Vergleich werden in Tabelle 7 veranschaulicht. Für verschiedene jährliche Haushaltsnettoeinkommen wird nach Einkommensklassen dargestellt, wie hoch die jeweilige monatliche Gesamtbelastung durch das Gesundheitssystem einschließlich Solidarausgleich ausfällt. Die Belastung durch das Gesundheitswesen wird im Status quo (1) und in Bürgerversicherungsmodellen (2) bestimmt durch

■ einkommensproportionale GKV-Beiträge.

In Pauschalprämienmodellen wie der Bürgerprämie (3) oder Kopfpauschale (4) wird die Belastung bestimmt durch

■ Pauschalprämie,

■ zumutbaren Eigenanteil und

- Steuern, die für den Solidarausgleich über das Steuer-Transfer-System zu zahlen sind.

Verdeutlicht werden die Verteilungswirkungen anhand von vier unterschiedlichen einnahmeseitigen Ausgestaltungsoptionen der GKV. Dies sind zunächst zwei Varianten einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung. Für den Status quo (1) wird das Arbeitseinkommen bis zu einer jährlichen Beitragsbemessungsgrenze von 77.400 DM in Westdeutschland und 63.900 DM in Ostdeutschland mit einem durchschnittlichen Beitragssatz von 13,5 % in Westdeutschland und 13,8 % in Ostdeutschland verbeitragt. Für das Bürgerversicherungs-Modell (2) wird angenommen, dass alle Einkommen bei unveränderter Beitragsbemessungsgrenze sozialversicherungspflichtig werden. Alle sonstigen Einkunftsarten werden mit dem vollen ermäßigten Beitragssatz (12,7 % im Westen und 13,0 % im Osten) belastet, da durch den Einbezug dieser Einkunftsarten kein weiterer Anspruch auf Krankengeld besteht.

Anschließend wird die Belastung durch die Pauschalprämienmodelle Bürgerprämie (3) und Kopfpauschale (4) vorgestellt. In beiden Fällen wird angenommen, dass das Bruttoeinkommen um den bisherigen Arbeitgeberanteil zur GKV erhöht wird, die Pauschalprämie für alle Erwachsenen monatlich 341,30 DM beträgt und die Prämien für Kinder in Höhe von 134,50 DM vollständig aus Steuermitteln finanziert werden.

Um eine finanzielle Überforderung der Versicherten durch die Bürgerprämie zu vermeiden, ist die Einführung eines sozialen Ausgleichs notwendig. Hier wird ein zumutbarer Eigenanteil von 12,7 bzw. 14,0 % des Gesamthaushaltseinkommens bei den Varianten der Bürgerprämie (3) und von 14,0 % bei der Kopfpauschale (4) unterstellt. Liegt die Pauschalprämie oberhalb dieses Eigenanteils wird ein sozialer Ausgleich gewährt. Die Finanzierung des sozialen Ausgleichs erfolgt in diesen Modellen größtenteils durch Besteuerung von ausbezahlten Arbeitgeberanteilen und Beitragszuschüssen; verbleibende Finanzierungslücken werden durch eine Anhebung des Solidaritätszuschlages finanziert (Tabelle 8). Ausführlichere Angaben zu den Berechnungen finden sich im Anhang.

Tabelle 8: Solidarausgleich im Pauschalprämienmodell (Bürgerprämie)

	Zumutbarer Eigenanteil		
	Bürgerprämie		Kopfpauschale
	12,7 %	14,0 %	in der GKV 14,0 %
Für den Solidarausgleich benötigte Steuermittel in Mrd. €	32,74	27,85	25,27
Steuermehreinnahmen durch Besteuerung des Arbeitgeberanteils in Mrd. €	17,05	17,05	17,05
Zusätzlich benötigte Steuermehreinnahmen in Mrd. €	15,69	10,80	8,23
Notwendige Erhöhung des Solidaritätszuschlages für die zusätzlich benötigten Steuermehreinnahmen in Prozentpunkten	7,22	4,97	3,73

Quellen: SOEP 2001; eigene Berechnungen (Mikrosimulation).

Tabelle 8a gibt für das Bürgerprämien-Modell, bei dem die Belastung 12,7 % des Haushaltseinkommens nicht überschreiten darf, einige zentrale Eckwerte zu den betroffenen Haushalten an. In der letzten Zeile wird die Zahl der insgesamt vom sozialen Ausgleich profitierenden Haushalte mit etwa 24 Millionen gezeigt. Dies entspricht etwa 60 % aller Haushalte in Deutschland. Diese Zahl kann man zweifach interpretieren: eine sehr große Zahl von Haushalten wird zu »Fürsorgeempfängern«, was die meisten nicht wollen; man kann aber auch argumentieren, dass der soziale Ausgleich im Gesundheitswesen damit zur Normalität wird und dadurch die Gefahr reduziert wird, dass die Leistungen des sozialen Ausgleichs vom Finanzminister arbiträr gekürzt werden.

Die Zeilen 2 und 3 der Tabelle machen im Übrigen deutlich, dass über 40 % der begünstigten Haushalte solche mit Kindern sind. Auch dies stabilisiert den sozialen Ausgleich politisch, da Kürzungen nicht nur bei Eltern, sondern auch Großeltern unbeliebt wären.

Tabelle 8a: Eckwerte zum Solidarausgleich beim Bürgerprämien-Modell mit 12,7 % Lastbegrenzung

	in Millionen Haushalten
Zahl der Haushalte mit Erwachsenen, die sozialen Ausgleich beziehen	16,850
darunter nur mit Niedrigeinkommenssubvention von Erwachsenen	13,684
Zahl der Haushalte, die beitragsfrei geführte Kinder oder Jugendliche aufweisen	10,610
darunter Haushalte mit Kinderprämie und Niedrigeinkommenssubvention	3,167
Gesamtzahl unterstützter Haushalte	24,294
<i>Nachrichtlich: Zahl der Haushalte insgesamt</i>	<i>40,357</i>

Quellen: SOEP; eigene Berechnungen (Mikrosimulation)

3.2 WACHSTUMS- UND BESCHÄFTIGUNGSWIRKUNGEN

Als Bewertungsmaßstab für die Wachstumswirkungen der einnahmeseitigen Ausgestaltung der GKV kann gelten, inwieweit die Einnahmeseite den Faktor Arbeit belastet und dadurch beschäftigungshemmend ausgestaltet ist.

3.2.1 Einkommensbezogene Beiträge

Die lohneinkommensbezogene GKV-Finanzierung in ihrer jetzigen Form hat beschäftigungsfeindliche Wirkungen. Denn überdurchschnittlich steigende Gesundheitsausgaben oder eine unterdurchschnittliche Entwicklung der Beitragsbasis führen zu einer Erhöhung der Beitragssätze. Da die Beiträge zur Hälfte vom Arbeitgeber getragen werden,¹⁷ führt dies automatisch zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten. Dadurch wird ein Teufelskreis in Gang gesetzt. Wenn aufgrund steigender Lohnnebenkosten Arbeitsplätze abgebaut werden, verringert sich die Beitragsbasis der GKV, was eine Anhebung der Beitragssätze erforderlich werden lässt, wodurch wiederum die Lohnnebenkosten weiter steigen und die Arbeitslosigkeit weiter zunimmt.

Um diesem Mechanismus entgegenzuwirken, könnten weitere Einkommensarten zur Finanzierung der GKV herangezogen werden. Die Koppelung an das Arbeits-

17 Zur Frage, inwieweit diese Hälfte tatsächlich oder nur formal vom Arbeitgeber getragen wird, vgl. Kapitel 4.2.

einkommen wird dadurch schwächer, bleibt aber bestehen. Ähnliches gilt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze erhöht oder abgeschafft wird. Wie sich die Grenzbelastung des Faktors Arbeit dadurch verringert, hängt von der Höhe der Arbeits- bzw. Gesamteinkommen ab. Einerseits können durch die breitere Bemessungsgrundlage die Beitragssätze abgesenkt werden, wodurch die Grenzbelastung geringer und mittlerer Einkommen sinkt. Andererseits werden auf Einkommen oberhalb der alten Beitragsbemessungsgrenze erstmalig GKV-Beiträge fällig, wodurch die Grenzbelastung hoher Einkommen deutlich steigt. Die Rürup-Kommission hat entsprechende Berechnungen für den Fall einer Ausweitung auf alle Einkommen bis zu einer erhöhten Beitragsbemessungsgrenze von 5.100 € monatlich durchgeführt. Demnach verringern sich die Beitragssätze bei einer Ausweitung der Beitragspflichtigkeit auf alle Einkommen um 0,5 Prozentpunkte und durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um 0,8 Prozentpunkte. Während sich dadurch für geringe und mittlere Einkommen die Grenzbelastung um 1,3 Prozentpunkte verringert, steigt sie für Einkommen zwischen der alten und neuen Beitragsbemessungsgrenze um 13,1 Prozentpunkte an.¹⁸

Je nach Ausgestaltung der Beteiligung des Arbeitgebers an den GKV-Beiträgen ist nicht nur eine Abschwächung, sondern auch eine Beendigung der automatischen Koppelung der Lohnnebenkosten an die Entwicklung der Beitragssätze möglich (siehe Kapitel 4.2). Eine solche Entkoppelung ist bei einer Finanzierung der GKV über pauschale Prämien ohnehin gegeben. Wenn bei einer Umstellung auf Pauschalprämien der Bruttolohn des Arbeitnehmers um den Arbeitgeberbeitrag zur GKV erhöht wird, ändern sich die Kosten des Faktors Arbeit dadurch zunächst zwar nicht. Bei einer Erhöhung der Beitragssätze kommt es aber zu keiner automatischen Verteuerung des Faktors Arbeit mehr, da zunächst die volle Mehrbelastung beim Arbeitnehmer anfällt (siehe Kapitel 4.2).

3.2.2 Pauschalprämien

Werden einkommensunabhängige Pauschalprämien ohne Solidarausgleich eingeführt, ist aufgrund der deutlich regressiven Verteilungswirkung bei kollektiven Lohnverhandlungen mit Forderungen nach kompensierenden Lohnerhöhungen bei den unteren Einkommensgruppen zu rechnen. Werden entsprechende Sockelbeträge

18 Ein Einbezug aller Bürger, also auch von Selbstständigen und Beamten, in die GKV würde zu einer zusätzlichen Senkung des Beitragssatzes um 0,7 Prozentpunkte führen (vgl. Rürup-Kommission 2003, S. 159). Diese Berechnungen gehen vom zum Berechnungszeitpunkt gültigen durchschnittlichen Beitragssatz der GKV von 14,4 % aus.

in den Tarifverträgen vereinbart, ergibt sich eine verteilungspolitisch erwünschte, jedoch beschäftigungsfeindliche Stauchung der Lohnstrukturen im unteren Einkommensbereich.

Der Druck zu entsprechenden Lohnstrukturen wird entschärft, wenn die Regressionswirkung durch staatliche Umverteilung abgefedert oder aufgehoben wird. Insofern hat bei Einführung von Pauschalprämien ein sozialpolitisch begründeter Solidarausgleich über das Steuer-Transfer-System auch positive Wachstumswirkungen. Dem sind allerdings die negativen Wachstumseffekte gegenüber zu stellen, die sich aus der benötigten Steuererhöhung für die Finanzierung des Solidarausgleichs ergeben. Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein einkommensabhängiger Prämienzuschuss ökonomisch wie eine Einkommenssteuer wirkt. Steigt das Bruttoeinkommen, verringern sich die Zuschüsse, so dass der Anstieg des verfügbaren Einkommen über den Steuerabzug hinaus geschmälert wird. Dadurch sinken bei gegebenem Lohnniveau die Anreize, die Arbeitsleistung auszuweiten. In den unteren Einkommensgruppen können daher, je nach Ausgestaltung der Systeme, die Beschäftigungseffekte einer GKV-Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge und über Pauschalprämien mit Solidarausgleich identisch sein.

3.3 NACHHALTIGKEITSWIRKUNGEN

Als (einnahmeseitig) nachhaltig können Krankenversicherungssysteme dann gelten, wenn ihre Einnahmen unabhängig von der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur langfristig sichergestellt sind. Wird dieser Bewertungsmaßstab herangezogen, ergeben sich je nach Finanzierungsart der GKV deutliche Unterschiede in der Nachhaltigkeit.

3.3.1 Einkommensbezogene Beiträge

Bei einer einkommensbezogenen Finanzierung wird die Nachhaltigkeit durch die Entscheidungen darüber bestimmt, welche Einkommensarten in welcher Höhe für die Beitragsfestsetzung herangezogen werden. Werden nur Lohn- bzw. Lohnersatzeinkommen verbeitragt, bleiben bei sinkender Lohnquote die Einnahmen hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes zurück.

Bei einem wachsendem Rentneranteil ist damit zu rechnen, dass sich diese Problematik noch verschärft. Jüngere Versicherte beziehen hauptsächlich Lohn-einkommen. Ältere Versicherte beziehen mehr Kapitaleinkommen, so dass bei ihnen

ein geringerer Anteil ihres Gesamteinkommens verbeitragt wird. Künftig ist damit zu rechnen, dass der Anteil der Lohnersatzeinkommen am Gesamteinkommen der Rentner noch geringer ausfällt. Denn zum einen werden die Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, die als Lohnersatzleistungen verbeitragt werden, künftig geringer ausfallen, als bislang prognostiziert. Insbesondere durch den »Nachhaltigkeitsfaktor«, der im Juni 2004 mit dem Rentenversicherungs-Nachhaltigkeitsgesetz beschlossen wurde, wird das Rentenniveau nach derzeitiger Gesetzeslage langfristig um gut ein Sechstel sinken.¹⁹ Zum anderen ist mit einem Anstieg der Kapitaleinkommen künftiger Rentner zu rechnen, da mit dem Altersvermögensgesetz und dem Alterseinkünftegesetz eine massive Förderung kapitalgedeckter Altersvorsorge beschlossen wurde.

Bei Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze kann ein steigender Rentneranteil aber selbst dann zu einnahmeseitigen Problemen der GKV führen, wenn auch Kapitaleinkommen mit Beiträgen belegt werden. Dies ist der Fall, wenn die Einkommen der Rentner niedriger sind als die Einkommen der Erwerbstätigen, wenn also der Anteil nicht verbeitragter Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bei Erwerbstätigen höher ausfällt als bei Rentnern. Zudem führt jede Beitragsbemessungsgrenze dazu, dass – falls es zu einer zunehmenden Einkommensspreizung in der Gesellschaft kommt – ein immer größerer Teil des gesamtgesellschaftlichen Einkommens nicht zur Finanzierung des Gesundheitssystems herangezogen wird, weil er bei Versicherten anfällt, deren Einkommen bereits oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

Eine zunehmende Einkommensspreizung kann bei Existenz einer Versicherungspflichtgrenze auch dann zu einnahmeseitigen Problemen führen, wenn die Beitragsbemessungsgrenze abgeschafft wird. Ergibt sich durch die Einkommensspreizung für mehr (ehemals) Pflichtversicherte als bislang die Option, in die PKV zu wechseln, verliert die GKV Versicherte, die überdurchschnittlich hohe Beiträge leisten.

19 Vgl. Reimann 2004, S. 331.

3.3.2 Pauschalprämien

Bei einer Finanzierung der GKV über Pauschalprämien sind diese Probleme nicht gegeben. Da die Prämien für alle Versicherten gleich sind, sind die Einnahmen der GKV per Definition unabhängig von der Bevölkerungsstruktur.²⁰ Eine einkommensbezogene Finanzierung ist dagegen nur dann immun gegen Änderungen der Bevölkerungsstruktur, wenn alle Einkommensarten verbeitragt sowie die Beitragsbemessungs- und Pflichtversicherungsgrenze abgeschafft werden. In diesem Fall steigen die GKV-Einnahmen automatisch mit dem Wachstum des Bruttoinlandsproduktes. Bei einer Finanzierung über Pauschalprämien wird ein Einnahmewachstum in Höhe des BIP-Wachstums erreicht, wenn die Prämienhöhe regelmäßig angepasst wird.

20 Abhängig von der Bevölkerungsstruktur sind dagegen die Steuereinnahmen. In diesem Zusammenhang wird diskutiert, inwieweit ein steuerfinanzierter Solidarausgleich in einem Pauschalprämienmodell »sicher« ist. Diese Frage ist verteilungspolitisch relevant und wurde daher in Kapitel 3.1.2 diskutiert; für die Einnahmen der GKV in einem Pauschalprämienmodell spielt sie jedoch keine Rolle.

4. WEITERE AUSGESTALTUNGS- PARAMETER

Mit der Entscheidung über den einbezogenen Personenkreis und über die Finanzierungsart wird die grundsätzliche Entscheidung getroffen, ob die GKV wie im Status quo organisiert werden oder im Sinne einer Bürgerversicherung, Kopfprämie oder Bürgerprämie ausgestaltet werden soll. Weitgehend unabhängig von dieser Systementscheidung sind die einnahmeseitigen Grundsatzfragen zu klären, ob Familienangehörige kostenlos mitversichert werden sollen, inwieweit der Arbeitgeber an der Finanzierung beteiligt werden soll, ob Kapitalreserven aufgebaut werden sollen und welche Rolle die private Krankenversicherung spielen soll. In den folgenden Abschnitten wird untersucht, welche Ausgestaltungsoptionen dabei möglich sind, und ob diese durch die Entscheidung über Personenkreis und Finanzierungsart eingeschränkt werden.

4.1 VERSICHERUNG VON FAMILIENANGEHÖRIGEN

Ob die gesamte Bevölkerung in die GKV einbezogen wird oder nur die bisherigen GKV-Versicherten, ist für die Frage der Behandlung von Familienangehörigen im GKV-System nachrangig. Dagegen sind nicht alle Möglichkeiten der Behandlung von Familienangehörigen mit jeder Finanzierungsart konzeptionell vereinbar.

Bei einer einkommensbezogenen Finanzierung der GKV folgt, dass Versicherte ohne Einkommen keine Beiträge zahlen müssen. In der derzeitigen Ausgestaltung der GKV sind dies insbesondere Familienangehörige ohne eigenes Einkommen, d. h. Kinder und nicht verdienende Ehepartner. Da bei einer einkommensbezogenen Finanzierung der Solidarausgleich innerhalb der GKV erfolgt, führt die beitragsfreie Familienmitversicherung zu erheblichen Transfers. Derzeit kommen auf 100 Mitglieder 39,2 beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004). Auf die beitragsfrei mitversicherten Ehepartner und Kinder entfallen rund 15 % der Ausgaben der GKV (oder 21,04 Mrd. € geschätzte Leistungsausgaben nach den Ausgabenprofilen des Risikostrukturausgleichs der GKV im Jahre 2000). Würden diese Ausgaben nicht durch Einkommens-

umverteilung innerhalb der GKV, sondern über das Steuer-Transfer-System finanziert, könnte der Beitragssatz entsprechend für die Beitragszahler von derzeit (Stand 2004) durchschnittlich 14,1 % auf rund 11,9 % sinken (siehe Tabelle 9). Im Gegenzug müssten die Steuereinnahmen erhöht werden.

Tabelle 9: Beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige in der GKV 2001

	Anzahl in Mio.	geschätzte durchschnittliche Gesundheitsausgaben nach dem RSA*	
		in Mrd €	in Prozent
Versicherte insgesamt	71.965.951	139,30	100,0
Mitglieder (Beitragszahler)	52.242.791	118,26	84,9
Beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige	19.723.160	21,04	15,1
davon Frauen	4.315.136	8,40	6,0
davon Männer	288.668	0,33	0,2
nachrichtlich: darunter Kinder bis zu 20 Jahren	15.119.356	12,31	8,8
Quellen: SOEP; eigene Berechnungen.			
* Für die Berechnungen wurden die alters- und geschlechtsstandardisierten Leistungsausgabenprofile der GKV-Versicherten aus dem Risikostrukturausgleich des Jahres 2000 verwendet.			

Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern ohne eigenes Einkommen ist die systematisch zwingende Konsequenz einer einkommensbezogenen Finanzierung der GKV. In Kombination mit einer Beitragsbemessungsgrenze führt aber die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern zu einem Verstoß gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip. Denn bei Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze werden Ehepaare mit gleichem Einkommen unterschiedlich belastet, je nachdem, wie die Einkommenserzielung auf die Ehepartner aufgeteilt ist. Doppelverdienerhaushalte mit einem Gesamteinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze müssen dann höhere Beiträge zahlen als Einverdienerhaushalte mit gleichem Gesamteinkommen. Um der Benachteiligung von Doppelverdienerhaushalten entgegenzuwirken, könnten beitragsfrei mitversicherte Ehepartner über Mindestbeiträge oder ein negatives Ehegattensplitting an der GKV-Finanzierung beteiligt werden.

Mindestbeiträge für Ehepartner ohne Einkommen entsprechen der Einführung von einkommensunabhängigen Pauschalprämien für einen Teil der Versicherten. Damit stellen sie jedoch bei einer eigentlich einkommensabhängigen Beitragsbe-

messung ein systemfremdes Finanzierungselement dar und widersprechen dem Leistungsfähigkeitsprinzip. Zudem können sie das Problem der Ungleichbehandlung von Ein- und Doppelverdienerhaushalten mit gleichem Gesamteinkommen nicht lösen, sofern eine Beitragsbemessungsgrenze existiert. Zwar führen die Mindestbeiträge für Ehepartner dazu, dass bei Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze die Begünstigung von Einverdienerhaushalten abgebaut wird. Bei Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze werden Einverdienerhaushalte aber durch Mindestbeiträge benachteiligt. Im Vergleich zu Doppelverdienerhaushalten mit gleichem Gesamteinkommen müssen sie eine um den Mindestbeitrag höhere Zahlung an die GKV leisten.

Dieser Problematik lässt sich mit einem »negativen« Ehegattensplitting entgegenwirken. Dabei wird das Haushaltseinkommen von Ehepaaren halbiert und auf beide Teile der Beitrag zur GKV erhoben. Somit werden Belastungsunterschiede zwischen Haushalten mit gleichem Gesamteinkommen, aber unterschiedlicher Verteilung der Einkommenserzielung aufgehoben. Allerdings führt das negative Ehegattensplitting nur zu einer Gleichstellung von Ehegemeinschaften mit gleichem Gesamteinkommen. Gegenüber nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften, bei denen ein Alleinverdiener ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrundlage verdient, kommt es zu einer Benachteiligung von Ehen. Aufgrund von Artikel 6 Grundgesetz ist die Verfassungskonformität eines negativen Ehegattensplittings daher zweifelhaft. Zudem führt eine negatives Ehegattensplitting zu praktischen Umsetzungsproblemen. Sind die Ehepartner in unterschiedlichen Krankenkassen versichert, ist zu klären, welcher Kasse der Splitting-Verlust bzw. der Splitting-Gewinn zugeschrieben wird. Problematisch ist ein Splitting-Beitrag auch dann, wenn ein Ehepartner in der PKV versichert ist.

Bei einer GKV-Finanzierung über Pauschalprämien zahlen per Definition alle Versicherten unabhängig von ihrem Einkommen gleiche Prämien. Eine prämienvfreie Mitversicherung von Familienangehörigen ist daher formal nicht möglich. Allerdings könnten Kindern, Personen ohne eigenes Einkommen oder Personen, die gesellschaftspolitisch wichtige Aufgaben wie Kindererziehung und Pflegeleistungen übernehmen, die Prämien über steuerfinanzierte Transfers zurückerstattet werden. Aus Sicht der Begünstigten ergibt sich durch diese Steuerfinanzierung faktisch eine prämienvfreie Mitversicherung. Im Gegensatz zu einer beitragsfreien Mitversicherung Familienangehöriger bei einkommensbezogenen Beiträgen kann es dabei aber nicht zu einer Verletzung des Leistungsfähigkeitsprinzips kommen. Denn die oben beschriebene ungleiche Belastung von Einverdiener- und Doppelverdienerhaushalten resultiert aus der Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze. Bei einer Steuer-

finanzierung der Prämien tritt dieses Problem nicht auf, da das Steuersystem keine Einkommenshöchstgrenzen für die Steuerbemessung kennt.

4.2 ARBEITGEBERBETEILIGUNG

Im derzeitigen System der GKV werden die (lohn-)einkommensbezogenen Beiträge zumindest formal paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert.²¹ Ob der Arbeitgeber dadurch tatsächlich für die Hälfte der Beiträge aufkommt, ist aus ökonomischer Sicht jedoch fraglich. Für den Arbeitgeber sind die gesamten Personalkosten des Arbeitnehmers relevant, gleichgültig, ob sie formal als Bruttolohn oder als Arbeitgeberanteil für die Sozialversicherungsbeiträge anfallen. Eine Beschäftigung ist für den Arbeitgeber nur lohnend, wenn der Arbeitnehmer (mehr als) beide Kostenbestandteile erwirtschaftet. Letztlich trägt damit der Arbeitnehmer auch bei einer formal paritätischen Finanzierung wirtschaftlich die gesamten Sozialversicherungsbeiträge. Kommt es zu einer *Änderung* der Beitragssätze, hat die formal paritätische Finanzierung jedoch zumindest kurzfristig faktische Auswirkungen. Bei einem Anstieg der Gesundheitsausgaben bzw. der GKV-Beiträge werden die zusätzlichen Kosten zunächst gleichermaßen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Der Anstieg des Arbeitgeberanteils führt damit automatisch zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten und – bei gleichbleibenden Löhnen – zu einer Erhöhung der Gesamtkosten des Faktors Arbeit. Ob sich für den Arbeitgeber die Gesamtkosten dadurch auch mittel- und langfristig erhöhen, oder ob er die Zusatzkosten über langsamer steigende Bruttolöhne auf die Arbeitnehmer abwälzt, hängt von der Verhandlungsposition der Arbeitsmarktakeure ab.

Die beschriebene automatische Koppelung der Lohnnebenkosten an die Gesundheitsausgaben ist durch die paritätische Finanzierung bedingt und nicht mit der einkommensbezogenen Finanzierung per se verbunden. Die Automatik lässt sich bei einkommensbezogener Finanzierung der GKV auf zweierlei Weise unterbinden. Zum einen können die Arbeitgeberanteile eingefroren werden. Ein Anstieg des Beitragssatzes belastet dann den Arbeitgeber nicht mehr direkt, sondern wird in vollem Umfang vom Arbeitnehmer getragen. Umgekehrt kommt eine Beitragssatzsenkung in vollem Umfang dem Arbeitnehmer zu Gute. Zum anderen kann der

21 Allerdings wurde im Sinne einer Entlastung der Lohnnebenkosten die partielle Aufhebung bereits beschlossen. So sieht das Gesundheitsmodernisierungsgesetz vor, dass ab 01.01.2006 alle GKV-Versicherten ohne Beteiligung der Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger einen zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,5 Prozentpunkten entrichten müssen.

Arbeitgeberanteil dem Arbeitnehmer als Bruttolohnbestandteil ausgezahlt und damit die Beitragszahlung auch formal vollständig auf den Arbeitnehmer übertragen werden.²² Eine solche Auszahlung des Arbeitgeberanteils ist auch konzeptionelle Voraussetzung für eine Finanzierung der GKV über pauschale Gesundheitsprämien, die nicht nur faktisch, sondern auch formal vollständig vom Versicherten bzw. Arbeitnehmer zu finanzieren sind.

Bei einem völligen Rückzug der Arbeitgeber aus der formalen Mitfinanzierung der GKV wird das direkte wirtschaftliche Interesse des Arbeitgebers, auf geringe Beitragssätze hinzuwirken, abgeschwächt. Ein indirektes wirtschaftliches Interesse an niedrigen GKV-Beitragssätzen besteht dagegen fort, wenn die Entwicklung der Gesundheitskosten zum Gegenstand der Lohnverhandlungen wird. Zudem sind die Arbeitgeber weiterhin über die Finanzierung der gesetzlichen Unfallversicherung an der allgemeinen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beteiligt. Aufgrund der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bleibt auch ihr Eigeninteresse an betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention bestehen.

Für Arbeitnehmer verstärken sich bei einer Auszahlung des Arbeitgeberanteils die Anreize für ein kostenbewusstes Verhalten, da bei einem Wechsel zu einer günstigeren Krankenkasse dann der gesparte Beitrag nicht mehr hälftig Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu Gute kommt, sondern der Arbeitnehmer davon vollständig profitiert.

4.3 AUFBAU VON KAPITALRESERVEN

Ob und gegebenenfalls in welcher Höhe innerhalb der GKV eine Kapitalrückstellung erfolgen soll, ist eine Frage, die unabhängig von der Entscheidung über den einbezogenen Personenkreis und die Finanzierungsart zu beantworten ist. Wenn Kapitaldeckung im Krankenversicherungssystem grundsätzlich befürwortet wird, ist eine Beschränkung kapitalgedeckter Elemente auf die PKV wenig sinnvoll. Vielmehr sind in diesem Fall entsprechende Elemente in allen Krankenversicherungssystemen einzuführen.

Gegen Kapitaldeckung im Gesundheitswesen wird angeführt, dass die Gesundheitsausgaben über einen Zeitraum von einigen Jahrzehnten nicht hinreichend genau zu prognostizieren sind, um auf dieser Grundlage den erforderlichen Kapital-

22 Ausführliche Betrachtungen darüber, wie das Einfrieren bzw. Auszahlen des Arbeitgeberbeitrages geregelt werden kann, finden sich in Sehlen et al. 2004, Kapitel 3.3.

stock annähernd genau beziffern zu können. Zwar lässt sich das reine Alterungsrisiko berechnen, aber wie sich der Gesundheitszustand älterer Menschen entwickeln wird, ist nicht prognostizierbar. Insbesondere ist unklar, ob die überdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben für ältere Menschen sich bei einem Anstieg der Lebenserwartung in der bisherigen Relation fortschreiben lassen. Dies wäre der Fall, wenn die hinzugewonnenen Lebensjahre in krankem Zustand verbracht würden und eine Alterung der Gesellschaft damit per se höhere Gesundheitsausgaben erforderte (Medikalisierungsthese). Dies wäre nicht der Fall, wenn die hinzugewonnenen Lebensjahre im gesunden Zustand verbracht würden. Die höheren empirisch beobachtbaren Gesundheitsausgaben für ältere Menschen ließen sich dann dadurch erklären, dass der größte Teil der Leistungsausgaben in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Tod entsteht, der auch bei zunehmender Lebenserwartung bei jedem Versicherten unverändert nur einmal auftritt (Kompressionsthese). Auch die Kostenwirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts sind nicht kalkulierbar. Zwar steht fest, dass entsprechende Neuerungen teuer sind. Aber es ist unklar, ob diese sich in Prozess- oder Produktinnovationen auswirken. Im ersten Fall könnten die Gesundheitsausgaben sinken, weil neue Verfahren ineffiziente ältere Verfahren ablösen. Im zweiten Fall würden die Gesundheitsausgaben steigen, weil die neuen Verfahren nicht ersetzend wirken, sondern zusätzlich zu bestehenden Verfahren finanziert werden müssten.

Die Unmöglichkeit, künftige Kostenentwicklungen einigermaßen verlässlich vorherzuschätzen, spiegelt sich in den Spannweiten der Prognosen wider. So liegen die künftigen Beitragssätze in Modellrechnungen des DIW Berlin zwischen 17 und 34 %, wobei der größte Teil durch medizinisch-technischen Fortschritt bedingt ist (Breyer et al. 2002). Eine vollständige Kapitaldeckung der Krankenversicherung ist aufgrund dieser Unsicherheiten daher nicht realistisch. Wenn bei einer ungünstigen Ausgabenentwicklung extreme Beitragssteigerungen für die Versicherten vermieden werden sollen, wird die Absicherung des Risikos Krankheit immer in wesentlichen Teilen durch umlagefinanzierte Elemente erfolgen müssen. Dies gilt für private genauso wie für gesetzliche Krankenkassen.

Allerdings lässt sich daraus nicht automatisch schließen, dass auf Kapitaldeckung gänzlich zu verzichten ist. Denn die Alternative besteht nicht zwischen einer vollständigen Kapitaldeckung, die es nicht geben kann, und einem Verzicht auf Kapitaldeckung. Es muss entschieden werden, ob eine Teilkapitaldeckung eingeführt werden soll, durch die zumindest ein Teil der künftigen Ausgabensteigerungen abgedeckt wird (Cassel und Oberdieck 2002, S. 16, Stichwort »Demografiereserve«).

Auch wenn zu erwarten ist, dass künftige Ausgabensteigerungen größtenteils durch den medizinisch-technischen Fortschritt und nicht durch die demografische Entwicklung verursacht werden, spricht dies nicht strikt gegen kapitalgedeckte Elemente. Wenn es das Ziel ist, einen künftigen starken Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge zu vermeiden und wenn künftige Ausgabensteigerungen bereits heute absehbar sind, ist eine Kapitaldeckung möglich. Wird die GKV auf eine Teilkapitaldeckung umgestellt, ergibt sich allerdings das Problem, dass für die bisherigen GKV-Versicherten die Kapitalrückstellungen nachfinanziert werden müssen. Insbesondere bei langjährigen Versicherten wäre der Nachfinanzierungsbedarf so hoch, dass er von den jüngeren Versicherten mitfinanziert werden müsste. Dadurch ergäbe sich für die jüngere Generation eine doppelte Belastung. Sie würde zur Nachfinanzierung des Kapitalstocks der älteren Versicherten herangezogen und müsste gleichzeitig die eigenen Rückstellungen bilden.

Bei einer Entscheidung für die Einführung kapitalgedeckter Elemente würde sich die Frage stellen, ob die Kapitalreserven inner- oder außerhalb der GKV aufgebaut werden sollen. Die Rücklagen haben die Funktion, die künftig absehbaren zusätzlichen Ausgaben des Gesundheitswesens teilweise zu finanzieren und damit für den Einzelnen die Beitragsbelastung im Alter abzumildern. Sie können insofern als eine besondere Form von Altersvorsorgespargen angesehen werden und daher prinzipiell auch außerhalb der Krankenversicherung erfolgen. Eine Auslagerung hat den Vorteil, dass die Portabilität in jedem Fall gegeben ist und dass die Rücklagen auch anders verwendet werden können, wenn sich herausstellen sollte, dass sie zur Beitragsstabilisierung nicht benötigt werden. Dadurch entfällt auch die Gefahr, dass die Anbieter im Gesundheitswesen eigentlich nicht benötigte Kapitalreserven durch eine angebotsinduzierte Leistungsausweitung aufbrauchen (vgl. auch Wagner 2003b).

4.4 ROLLE DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG

Derzeit ist etwa ein Zehntel der Bevölkerung über die PKV vollversichert. Die Einbeziehung aller Bürger in die GKV würde bedeuten, dass die PKV keine Vollversicherungen mehr, sondern – ggf. nach einer Übergangsfrist – nur noch Zusatzversicherungen anbietet. Dies würde gleichermaßen einen weitgehenden Verzicht auf die Kapitalrückstellung bedeuten, die innerhalb der PKV erfolgt. Daraus folgt allerdings nicht zwangsläufig, dass auf jegliche Kapitalfundierung im Gesundheitswesen verzichtet werden muss. Wenn eine Kapitalfundierung im Krankenversicherungs-

system politisch gewollt wäre, wäre die logische Konsequenz ohnehin die Bildung von Kapitalrückstellungen auch für Versicherte der GKV – und in diesem Falle klarerweise außerhalb der GKV.

4.4.1 Einbezug aller Versicherten in eine Versicherungspflicht

Ein gesetzlich verordneter, sofortiger Einbezug aller Bürger in eine Versicherungspflicht würde den PKVen ihren Versichertenbestand entziehen und somit de facto deren Auflösung bedeuten. Aufgrund der verfassungsrechtlich geschützten Berufs- und Eigentumsfreiheit (Artikel 12 und 14 Grundgesetz) wäre dies nicht möglich. Auch wenn der Gesetzgeber eine allgemeine Versicherungspflicht innerhalb der GKV anstrebt, muss er durch Bestandsschutzregelungen in jedem Fall gewährleisten, dass die PKVen ihren Versichertenbestand behalten dürfen. Für das Neugeschäft gilt diese Einschränkung nicht. Da es grundsätzlich keinen verfassungsrechtlichen Schutz für »angestammte« Geschäftsfelder gibt, könnte der Gesetzgeber beschließen, dass alle Bürger, die erstmalig der Krankenversicherungspflicht unterliegen, sich in der GKV versichern müssen.

Faktisch würde durch eine solche Regelung auch der Versichertenbestand der PKV betroffen. Denn obwohl in der PKV eine Kapitaldeckung erfolgt, sind die Rückstellungen in der Regel unzureichend. Bricht das Neugeschäft und damit der kontinuierliche Zustrom vorwiegend junger Versicherter weg, entfällt auch die Möglichkeit, innerhalb der PKV zu geringe Rückstellungen durch Quersubventionierung von jung zu alt auszugleichen. Für die PKV-Versicherten können dann starke Beitragssteigerungen im Alter die Folge sein. Die Problematik mangelnder Rückstellungen dürfte jedoch dem wirtschaftlichen Risiko der PKV zuzurechnen sein und keinen verfassungsrechtlichen Anspruch auf garantiertes Neugeschäft begründen.

Die PKV müsste also zum Ersten entscheiden, ob sie im Rahmen der Bürgerversicherung oder einem Bürgerprämienystem ihre Leistungen anbietet und damit langfristig im Markt bleibt. Zum Zweiten wäre die PKV wahrscheinlich auch klug beraten, wenn sie wegen des oben genannten Effektes versucht, ihre Alt-Versicherten in das neue System überzuführen. Dies dürfte in einer Bürgerversicherung kaum machbar sein, jedoch könnten pauschale Bürgerprämien für die PKV wie für die Alt-Versicherten interessant sein. Die Altersrückstellungen könnten in pauschalierter Weise an die Alt-Versicherten ausbezahlt und ggf. in eine separate Altersvorsorge überführt werden (vgl. Wagner 2003a, Sachverständigenrat 2004, Ziffer 527).

4.4.2 Auflösung der Grenzen zwischen PKV und GKV

Ziel einer Ausweitung der GKV auf die gesamte Bevölkerung ist es zum einen, alle Bürger in den Solidarausgleich der GKV einzubeziehen und zum anderen, die bestehende Risikoentmischung zu Lasten der GKV zu beenden.²³ Dieses Ziel kann auch auf andere Weise erreicht werden. Denn entscheidend ist, dass die gesamte Bevölkerung in ein gemeinsames Krankenversicherungssystem einbezogen wird; ob es sich dabei um die GKV handelt oder nicht, ist zweitrangig. So kann der Gesetzgeber ein Standard-Leistungspaket für die Vollversicherung vorschreiben, das von gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungen unter einheitlichen Rahmenbedingungen im Wettbewerb angeboten werden kann. Damit würden die Grenzen zwischen GKV und PKV verschwimmen. Dieser Weg ist auf dem Gebiet der Zusatzversicherungen bereits vorgezeichnet, die sowohl von GKV wie auch von PKV angeboten werden.

Wenn die Rahmenbedingungen für die Vollversicherung einen Ausgleich zwischen den Versicherten vorsehen, der über den Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken hinausgeht (siehe Kapitel 3.1), müssen alle Krankenversicherungen, die das gesetzliche Leistungspaket anbieten, in einen gemeinsamen Risikostrukturausgleich einbezogen werden. Bei einer Finanzierung des Gesundheitssystems über Pauschalprämien ist ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich ausreichend; bei einer einkommensbezogenen Finanzierung muss der Risikostrukturausgleich zusätzlich die Einkommensunterschiede der Versicherten umfassen.

Private Krankenversicherungen sind Unternehmen, die dem europäischen Wettbewerbsrecht unterliegen. Die gesetzlichen Krankenversicherungen dagegen sind gemäß der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs keine Unternehmen, sondern Verwaltungsmonopole, denen Absprachen erlaubt sind. Eine Auflösung der Grenzen zwischen PKV und GKV kann jedoch nur erfolgen, wenn für PKV und GKV vergleichbare Rahmenbedingungen geschaffen werden, die einen Wettbewerb um das gesetzliche Vollversicherungs-Leistungspaket ermöglichen. Europarechtlich ist dies möglich. Gemäß Artikel 86 Absatz 2 des EG-Vertrags sind für Unternehmen, die mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse betraut sind, wettbewerbsrechtliche Ausnahmeregelungen zulässig.

23 Derzeit sind in der GKV überdurchschnittlich viele Bürger mit einem hohen Krankheitsrisiko versichert, in der PKV unterdurchschnittlich viele.

4.4.3 Einbezug aller Versicherten in die PKV

Einheitliche Rahmenbedingungen für alle Versicherten lassen sich auch durch einen Einbezug der gesamten Bevölkerung in das System der PKV herstellen; dies käme einer Abschaffung der GKV gleich. Eine solche Option scheidet aus, wenn die Beiträge einkommensbezogen erhoben werden sollen. Zwar ließe sich ein Einkommensausgleich über das Steuer-Transfer-System erreichen, wenn die privaten Krankenversicherungen pauschale Prämien erheben würden. Da in der PKV die Prämien nach Gesundheitsrisiko differenziert werden, wären jedoch erhebliche Umsetzungsprobleme bei der Berechnung der Prämienzuschüsse die Folge. Zudem ist wiederum ein sozialer Ausgleich notwendig, um auch in dieser Variante eine finanzielle Überforderung zu vermeiden. Das Volumen dieses Solidarausgleichs ist aber erheblich höher als in einem Pauschalprämienmodell, was deren praktische Umsetzbarkeit deutlich einschränken dürfte.

4.5 SONSTIGE AUSGESTALTUNGSOPTIONEN

Entscheidungen über die Begrenzung des Leistungskataloges, Abwahltarife, Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen sind primär den ausgabeseitigen Gestaltungsmöglichkeiten der GKV zuzurechnen.²⁴ Diese Entscheidungen können unabhängig von der einnahmeseitigen Grundsatzentscheidung über den in die GKV einzubeziehenden Personenkreis getroffen werden. Konzeptionell sind sie jedoch nicht mit jeder Finanzierungsart vereinbar.

Einkommensunabhängige Zuzahlungen passen nicht zum System einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung. Dies gilt unabhängig davon, ob sie in Form von Selbstbehalten oder Selbstbeteiligungen geleistet werden und ob sie mengen-, preis-, umsatz- oder indikationsbezogen kalkuliert werden. Die Zuzahlungen wirken wie Kopfpauschalen ohne Solidarausgleich. Sofern die geleisteten Zuzahlungen auf den zumutbaren Eigenanteil angerechnet werden, sind sie jedoch mit dem Konzept der Pauschalprämien mit Solidarausgleich vereinbar.

Abwahltarife lassen sich ebenfalls nicht mit dem Konzept der einkommensbezogenen GKV-Finanzierung vereinbaren. Eine einkommensbezogene Finanzierung der Wahlleistungen wäre aufgrund von adverser Selektion nach Einkommen nicht

24 Vgl. zu einer Diskussion dieser Ausgestaltungsmerkmale Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002, Ziff. 484-490).

aufrechtzuerhalten. Bezieher hoher Einkommen hätten starke Anreize, in die Basis-tarife zu wechseln. Damit könnten sie den Beitragsanteil der Wahlleistungen sparen, der für den GKV-internen Einkommensausgleich vorgesehen ist; mit dem Risiko-anteil könnten sie sich bei Bedarf eine private Versicherung der abgewählten Leistungen zukaufen. Diese Problematik würde bei Pauschalprämien mit Solidar-ausgleich entfallen, da der Einkommensausgleich auf das Steuer-Transfer-System ausgelagert wäre. Unabhängig von der Finanzierungsart bestünde jedoch die Gefahr einer adversen Selektion nach Krankheitsrisiko.

5. SYNOPTISCHER ÜBERBLICK VON REFORMVORSCHLÄGEN

In der öffentlichen Diskussion um die einnahmeseitige Reform des GKV standen zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Gutachtens insbesondere vier Modelle, deren Charakteristika in den Tabellen 10a und 10b in einem synoptischen Überblick dargestellt werden. Dazu gehören zunächst die drei Modelle, die im Rahmen der von SPD und Grünen bzw. von der CDU eingesetzten Expertenkommissionen entwickelt wurden (Rürup-Kommission bzw. Herzog-Kommission). Erstens ist es das innerhalb der Rürup-Kommission entwickelte Modell der Bürgerversicherung, das untrennbar mit dem Namen Lauterbach verknüpft ist (kurz »Lauterbach-Modell«, vgl. Rürup-Kommission 2003, S. 149-161). Zweitens ist das im Rahmen der Rürup-Kommission insbesondere vom Kommissionsvorsitzenden vertretene Kopfpauschalenmodell (kurz »Rürup-Modell«, vgl. Rürup-Kommission 2003, S. 161-174) zu nennen. Drittens wird das Kopfpauschalenmodell der Herzog-Kommission berücksichtigt (kurz »Herzog-Modell«, vgl. Herzog-Kommission 2003), das Grundlage für einen CDU-Parteitagsbeschluss war, von der CSU aber abgelehnt wird und zu einem hier nicht diskutierten Kompromiss-Modell geführt hat²⁵ (vgl. Sachverständigenrat 2004, Ziffer 544). Viertens wird das von Rürup und Wille (2004) im Auftrag des PKV-Verbandes erstellte Kopfpauschalenmodell vorgestellt (kurz »Rürup/Wille-Modell«).

25 Vgl. hierzu die Ausführungen in dem Beitrag von Pfaff und Langer.

Tabelle 10a: Reformvorschläge im Vergleich: Lauterbach-Modell und Rürup-Modell

Ausgestaltungsoption	Lauterbach-Modell (Bürgerversicherung)	Rürup-Modell (Kopfpauschale mit Solidarausgleich)
Einbezogener Personenkreis	gesamte Bevölkerung	wie bislang, d. h. insbesondere keine GKV-Versicherungspflicht für Selbstständige und Beamte sowie für Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der VPG
Finanzierungsart	einkommensbezogene Finanzierung. Verbeitragt werden Einkommen aus abhängiger Beschäftigung, Arbeitseinkommen nach §15 SGB IV (Gewinn aus Land- und Forstwirtschaft, selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb) und Vermögenseinkommen (nach Abzug der Werbungskosten: Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie ggf. weitere Einkünfte). Positive und negative Einkommen aus unterschiedlichen Einkunftsarten können nicht verrechnet werden. Beitragssatz: 12,4 bis 13,1 % des Bruttoeinkommens bis einer Beitragsbemessungsgrenze von 5.100 €.	einheitliche Pauschale für alle erwachsenen Versicherten derselben Krankenkasse. Durchschnittliche Prämienhöhe: 210 €, maximal jedoch ein zumutbarer Eigenanteil je nach Tarif von 13,3 bis 16 % des Bruttoeinkommens
Vorgesehene Umverteilung von a) ... gesund zu krank b) ... reich zu arm c) ... Single zu Familie	a) innerhalb der GKV b) innerhalb der GKV c) innerhalb der GKV	a) innerhalb der GKV b) über Steuer-Transfer-System durch unter anderem Besteuerung des ausbezahlten Arbeitgeberanteils. c) innerhalb der GKV bezüglich der kostenlosen Mitversicherung von Kindern. Prämienfreie Mitversicherung von Ehepartnern über das Steuer-Transfer-System wird erwogen, wenn diese Kinder erziehen oder Angehörige pflegen
Versicherung von Familienangehörigen	beitragsfreie Mitversicherung oder negatives Ehegattensplitting	Beitragsbefreiung für Ehepartner nur bei Kindererziehung oder Pflege denkbar; Finanzierung allerdings nicht durch Versicherungsgemeinschaft, sondern durch direkten Zuschuss aus Steuermitteln. Kinder werden beitragsfrei mitversichert

Ausgestaltungsoption	Lauterbach-Modell (Bürgerversicherung)	Rürup-Modell (Kopfpauschale mit Solidarausgleich)
Arbeitgeberbeteiligung	paritätische Finanzierung wie bislang	Arbeitgeberanteil wird als Bruttolohnbestandteil ausbezahlt.
Kapitaldeckung	nein, vollständig umlagefinanziert	nein, vollständig umlagefinanziert
Rolle der PKV	Fortführung bestehender Vollversicherungen für bisherige PKV-Versicherte (Bestandsschutz). Allerdings Rückkehrrecht in GKV für alle, die in den letzten 5 Jahren in die PKV gewechselt sind. Angebot von Zusatzversicherungen für GKV-Versicherte. Angebot von Vollversicherungen durch die »PKV« zu prüfen	wie bislang: Vollversicherung für PKV-Versicherte; Zusatzversicherung für GKV-Versicherte

Tabelle 10 b: Reformvorschläge im Vergleich: Herzog-Modell und Rürup/Wille-Modell

Ausgestaltungsoption	Herzog-Modell (Kopfpauschale mit Solidarausgleich)	Rürup/Wille-Modell (Kopfpauschale mit Solidarausgleich)
Einbezogener Personenkreis	wie bislang, d. h. insbesondere keine GKV-Versicherungspflicht für Selbstständige und Beamte sowie für Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der VPG	wie bislang, d. h. insbesondere keine GKV-Versicherungspflicht für Selbstständige und Beamte sowie für Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der VPG, die auf 4.105 € monatlich angehoben wird, weil sich alle Bruttolöhne um den Arbeitgeberanteil erhöhen
Finanzierungsart	<p>1) in einer Übergangsphase bis mindestens 2013 erfolgt die Finanzierung durch Verbeitragung aller Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Für Ehepaare wird ein negatives Ehegattensplitting angewendet, es sei denn, dass Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen nachgewiesen wird.</p> <p>2) danach wird die Finanzierung auf versicherungsmathematisch kalkulierte, lebenslange Pauschalprämien umgestellt, die in Teilen für den Aufbau von Altersrückstellungen verwendet werden. Für einen 20-Jährigen liegt diese Pauschalprämie bei etwa 264 € monatlich</p>	einheitliche Pauschale von durchschnittlich 169 € für alle erwachsenen Versicherten derselben Krankenkasse. Zumutbarer Eigenanteil: 12,5 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (eine Verrechnung zwischen positiven und negativen Einnahmen der verschiedenen Einkommensarten ist dabei nicht zulässig)
<p>Vorgesehene Umverteilung von</p> <p>a) ... gesund zu krank</p> <p>b) ... reich zu arm</p> <p>c) ... Single zu Familie</p>	<p>a) innerhalb der GKV</p> <p>b) kurz- und mittelfristig innerhalb der GKV; mit Umstellung auf Kopfpauschalen über das Steuer-Transfer-System. Geschätztes Ausgleichsvolumen ca. 27,3 Mrd. €</p> <p>c) innerhalb der GKV</p>	<p>a) innerhalb der GKV</p> <p>b) über Solidarausgleich, alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • innerhalb der GKV über einkommensabhängigen Zuschlag auf beitragspflichtiges Einkommen der GKV-Versicherten von 2,9 % bis zur VPG • über das Steuer-Transfer-System durch Besteuerung des ausbezahlten Arbeitgeberanteils und Erhöhung des Solidaritätszuschlages um 1,9 Prozentpunkte oder Anhebung des Umsatzsteuersatzes um 2,5 Prozentpunkte <p>c) über Steuerfinanzierung der Gesundheitsprämie für Kinder;</p>

Ausgestaltungsoption	Herzog-Modell (Kopfpauschale mit Solidarausgleich)	Rürup/Wille-Modell (Kopfpauschale mit Solidarausgleich)
Versicherung von Familienangehörigen	beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Ehepartner ohne eigenes Einkommen werden dann beitragsfrei mitversichert, wenn sie Kinder erziehen oder Angehörige pflegen. Sonst werden ihre Beiträge über ein negatives Ehegattensplitting ermittelt	volle Pauschalbeiträge von 169 € für Ehepartner; Pauschalbeitrag von 78 € für Kinder
Arbeitgeberbeteiligung	der Arbeitgeberanteil wird auf 6,5 % eingefroren. 5,4 % werden steuerfrei ausbezahlt; 1,1 % werden zur Finanzierung des Krankengeldes verwendet, das künftig voll vom Arbeitgeber getragen wird	Arbeitgeberbeiträge werden als Bruttolohn ausbezahlt und mit Steuern und Abgaben belegt; die Beitragssätze für die anderen Sozialversicherungszweige werden kompensierend gesenkt. Aus Gleichbehandlungsgründen wird der bisher steuerfreie Arbeitgeberzuschuss von PKV-Versicherten ebenfalls versteuert; bei Beamten und Pensionären wird ein fiktiver Arbeitgeberzuschuss besteuert
Kapitaldeckung	in der Übergangszeit werden die einkommensabhängigen Beiträge so hoch bemessen, dass ein kollektiver Kapitalstock aufgebaut werden kann. Dieser wird im Jahr der Umstellung aufgelöst und für die Nachfinanzierung der Rückstellungen von über 45-Jährigen verwendet. Denn eine lebenslange Pauschalprämie von 264 € reicht zur Bildung des individuell benötigten Kapitalstocks nur aus, wenn mit dessen Aufbau im Alter von 20 Jahren begonnen wird. Wer der GRV in einem späteren Alter beiträgt, muss deswegen höhere Prämien zahlen, sofern die Nachfinanzierung der Rückstellung nicht aus dem kollektiven Kapitalstock geleistet wird	nein, vollständig umlagefinanziert
Rolle der PKV	wie bislang: Vollversicherung für PKV-Versicherte; Zusatzversicherung für GKV-Versicherte	wie bislang: Vollversicherung für PKV-Versicherte; Zusatzversicherung für GKV-Versicherte

Ob eine gesetzlich regulierte Versicherungspflicht für eine Krankenversicherung einnahmeseitig wie im Status quo als Bürgerversicherung, als Kopfprämie oder als Bürgerprämie ausgestaltet ist, ergibt sich erstens aus der Entscheidung, ob alle Bürger in die Versicherung einbezogen werden oder nur ein Teil der Bevölkerung (wie jetzt bei der GKV) und zweitens aus der Entscheidung, ob die Finanzierung über einkommensbezogene Beiträge oder über Pauschalprämien erfolgt (Tabelle 11).

Der Einbezug aller Personengruppen in ein gemeinsam reguliertes Krankenversicherungssystem ist aus verteilungspolitischer Sicht geboten, denn er würde einen umfassenden Risikoausgleich zwischen Menschen mit hohem und geringem Gesundheitsrisiko erlauben.²⁶ Dieses Ziel wird von nahezu allen an der öffentlichen Diskussion beteiligten Wissenschaftlern vertreten sowie von der Regierungskoalition, aber nicht von der Union und der FDP (vgl. auch Sachverständigenrat 2004, Kapitel 5)

Ein umfassender Risikoausgleich ist derzeit nur eingeschränkt möglich, denn die Abgrenzung von PKV und GKV führt dazu, dass PKV-Versicherte aufgrund von Selbstselektion in der Regel eine unterdurchschnittliche Morbidität haben. Auch lässt die derzeitige Abgrenzung zwischen GKV und PKV es zu, dass Ärzte bei der Behandlung legal zwischen Patienten der beiden Krankenversicherungssysteme diskriminieren. Zudem werden bei einer Ausweitung der GKV auf die gesamte Bevölkerung alle Bürger in den finanziellen Ausgleich einbezogen. Allerdings ist für einen solchen finanziellen Ausgleich der Einbezug aller Personengruppen in die jetzige GKV nicht zwangsläufig erforderlich. Sofern ein Pauschalprämiensystem mit steuerfinanziertem Solidarausgleich etabliert wird, sind automatisch auch PKV-Versicherte in den Einkommensausgleich einbezogen.

Eine Kopfpauschale ohne Solidarausgleich verstößt eklatant gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip. Sie ist daher nicht nur die verteilungspolitisch offensichtlich am wenigsten wünschenswerte Option, sondern wird auch in der politischen Diskussion in keinem Reformvorschlag ernsthaft erwogen. In den folgenden tabellarischen Übersichten wird sie daher nur aus systematischen Gründen als hypothetisches Ver-

26 Alternativ ließe sich ein solcher Ausgleich nur über einen gemeinsamen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich von GKV und PKV erreichen, der jedoch weder im Status quo noch in den diskutierten Kopfpauschalenmodellen vorgesehen ist.

gleichsmodell aufgenommen. Wie die anderen Reformoptionen zu bewerten sind, hängt von der jeweiligen konkreten Ausgestaltung ab. Je nach Ausgestaltung von einkommensbezogenen Systemen (einbezogener Personenkreis, verbeitragte Einkommensarten, Beitragsbemessungsgrenzen) und Pauschalprämienmodellen mit Solidarausgleich (zumutbarer Eigenanteil, Steuertarif) lassen sich, sofern politisch gewollt, identische Verteilungswirkungen erreichen.

Eine Bürgerprämie mit steuerfinanziertem Solidarausgleich bezieht als einzige Reformoption alle Bürger und alle Einkommen in den Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Singles und Familien sowie Beziehern mit hohem und niedrigem Einkommen ein (Tabelle 12). Sie hat damit das Potenzial, die »gerechteste« Ausgestaltungsvariante der Versicherungspflicht zu sein. Ob sie diese Funktion erfüllt, hängt allerdings entscheidend davon ab, wie der Solidarausgleich konkret ausgestaltet ist, d. h. in welcher Höhe der zumutbare Eigenanteil an der Pauschalprämie festgelegt wird und auf welche Weise die für den Solidarausgleich benötigten Steuern erhoben werden.

Tabelle 11: Verteilungs-, Wachstums- und Nachhaltigkeitswirkungen für verschiedene GKV-Optionen

Bewertungskriterium		Bürger- versiche- rung	Bürger- prämie mit steuerfinanziertem Solidarausgleich	Kopf- pauschale	Kopf- pauschale ohne Ausgleich
Verteilung:					
Herangezogen werden für die Umverteilung ...					
... von Gesunden zu Kranken	alle Bürger:	ja	ja	nein ^a	nein ^a
	alle Einkommen:	--- ^b			
... von Reichen zu Armen ^c	alle Bürger:	ja	ja	ja	nein
	alle Einkommen:	nein ^d	ja	ja	nein
... von Singles zu Familien ^c	alle Bürger:	ja	ja	nein	nein
	alle Einkommen:	nein ^d	ja	ja	nein
Wachstum und Beschäftigung					
Anstieg der Gesundheitsausgaben führt zu Anstieg der ...					
... Lohnnebenkosten	je nach Ausgestal- tung	nein	nein	nein	
... Steuern		ja	ja	nein	
... Lohnkosten (ohne Lohnnebenkosten)		je nach Solidarausgleich		---	
		je nach Verhandlungsposition der Arbeitsmarktakeure			
Nachhaltigkeit					
Unabhängigkeit der GKV-Einnahmen von Bevölkerungszusammensetzung, wie dem ...					
Anteil der Rentner	nein	ja	ja	ja	
Anteil der Arbeitslosen	nein	ja	ja	ja	
Anteil abhängig Beschäftigter	ja	ja	nein	nein	
<p>a Bei einer Unterteilung des Gesundheitssystems in GKV und PKV wie im Status quo findet nur ein teilweiser Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken statt. Zum einen findet innerhalb der PKV nur ein Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, nicht aber zwischen Menschen mit niedrigem und hohem Gesundheitsrisiko statt. Zum anderen findet auch zwischen PKV und GKV kein Ausgleich zwischen unterschiedlichen Gesundheitsrisiken statt. GKV-Versicherte haben jedoch ein höheres Krankheitsrisiko als PKV-Versicherte.</p> <p>b Der Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken stellt keinen Einkommenstransfer dar; folglich findet keine Umverteilung nach Einkommen statt.</p> <p>c Einschließlich Einkommenstransfer durch das Steuer-Transfer-System.</p> <p>d Sofern in der Bürgerversicherung, wie im Lauterbach-Modell, eine Beitragsbemessungsgrenze besteht oder nicht alle Einkommensarten verbeitragt werden.</p>					

Hinsichtlich der Wachstums- und Beschäftigungseffekte wäre kurzfristig eine Pauschalprämie ohne steuerfinanzierten Solidarausgleich günstig zu beurteilen, da ein Anstieg der Gesundheitsausgaben und damit der Pauschalprämien weder die Lohnnebenkosten noch die Steuern erhöhen würde. Vergleichbares gilt bei einem Einfrieren oder Auszahlen des Arbeitgeberanteils für die Bürgerversicherung, da sich dann eine Beitragssatzerhöhung nicht mehr auf die Lohnnebenkosten auswirkt.

Allerdings ist mittelfristig in beiden Fällen damit zu rechnen, dass die gestiegenen Pauschalprämien bzw. Beitragssätze zum Gegenstand der Lohnverhandlungen werden und somit steigende Gesundheitsausgaben indirekt zu einem Anstieg der Lohnkosten führen. Mittel- und langfristig wirkt daher eine Pauschalprämie, die durch einen steuerfinanzierten Solidarausgleich sozialverträglich ausgestaltet ist, beschäftigungsfreundlicher. Denn dann findet der Einkommensausgleich nicht mehr über das Lohnsystem statt, sondern über das Steuersystem. Sofern die für den Ausgleich benötigten Steuermittel nicht ausschließlich über eine Erhöhung der Lohnsteuer aufgebracht werden, sondern auch auf Kapitaleinkommen oder Konsum erhoben werden, ist daher mit einer geringeren Belastung des Faktors Arbeit zu rechnen.²⁷

Werden die Nachhaltigkeitswirkungen betrachtet, zeigt sich, dass die Bürgerprämie die einzige Reformoption ist, bei der die Einnahmen völlig unabhängig von der Entwicklung der Bevölkerungs- und Beschäftigtenstruktur sind. Insgesamt ist die Bürgerprämie daher von allen Reformoptionen am günstigsten zu bewerten. Denn bei entsprechender Ausgestaltung stellt sie auch die »gerechteste« Finanzierungsform dar; zudem wirkt sie mittelfristig in Verbindung mit einem steuerfinanzierten Solidarausgleich mit am beschäftigungsfreundlichsten.²⁸

27 Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003, S. 212-215, Kasten 8) hat zu den Beschäftigungseffekten von Bürgerprämie versus Kopfpauschale Simulationsberechnungen vorgenommen. Dabei wird unterstellt, dass die formale Finanzierungsart auch der faktischen Finanzierung entspricht, also bei Einführung einer Kopfpauschale ohne Solidarausgleich kompensierende Lohnerhöhungen in den unteren Einkommensgruppen nicht stattfinden würden. Ferner wird unterstellt, dass über flexible Preise alle Märkte stets geräumt werden. Auch wird ein starkes Gewicht auf die Effekte einer Kapitalbesteuerung gelegt. Aufgrund dieser Annahmen ergeben sich andere Schlussfolgerungen als in obiger Argumentation. Zum einen sind demnach die Beschäftigungseffekte von Kopfpauschalen ohne Solidarausgleich am günstigsten. Zum anderen weichen die Beschäftigungseffekte der Finanzierungsarten in den Simulationsberechnungen deutlich voneinander ab, während dieses Gutachten zu dem Ergebnis kommt, dass die Differenzen eher gering ausfallen dürfen.

28 Für eine Kopfpauschale mit Solidarausgleich gelten vergleichbar günstige Beschäftigungseffekte.

Tabelle 12: Weitere Ausgestaltungsoptionen nach ihrer prinzipiellen Vereinbarkeit mit verschiedenen Krankenversicherungssystemen

Kriterium	Bürger- versiche- rung	Bürger- prämie	Kopf- pauschale	Kopf- pauschale ohne Ausgleich
		mit Solidarausgleich		
Beitragsfreie Mitversicherung Familienangehöriger				
innerhalb der GKV	ja	nein	nein	nein
über Steuer-Transfer-System	nein	ja	ja	nein
Arbeitgeberbeteiligung				
Paritätische Beitragszahlung	ja ^b	nein	nein	nein
Einfrieren der Arbeitgeber- beiträge	ja ^b	nein	nein	nein
Auszahlen der Arbeitgeber- beiträge	ja ^b	ja	ja	ja
Rolle der PKV				
Zusatzversicherungen	ja	ja	ja	ja
Vollversicherungen bei morbiditätsorientiertem RSA ^a	nein	ja	ja	ja
... einkommens- und morbi- ditätsorientiertem RSA ^a	ja	--- ^c	--- ^c	--- ^c
Aufbau von Kapitalreserven	ja	ja	ja	ja

a RSA = Risikostrukturausgleich

b Ausgestaltungsoptionen lassen sich prinzipiell in einem Bürgerversicherungsmodell realisieren, schließen sich jedoch gegenseitig aus

c bei Pauschalprämien entfällt per Definition die Notwendigkeit eines einkommensbezogenen Risikostrukturausgleiches, da alle Versicherten gleich hohe Prämien zahlen.

Die Entscheidung über Personenkreis und Finanzierungsart kann weitgehend unabhängig von den weiteren einnahmeseitigen Ausgestaltungsoptionen der regulierten Krankenversicherungspflicht erfolgen. Im Ergebnis lassen sich sowohl mit einer Bürgerprämie als auch mit einer Bürgerversicherung oder Kopfpauschale eine beitragsfreie Mitversicherung Familienangehöriger, eine Entkoppelung der Lohnnebenkosten von den Gesundheitsausgaben, der Aufbau von Kapitalreserven im Krankenversicherungssystem und der Ausschluss oder Einbezug der PKV hinsichtlich des Vollversicherungsgeschäftes realisieren (Tabelle 13). Damit bleibt die Bürgerprämie auch unter Berücksichtigung dieser Ausgestaltungsmöglichkeiten die vielversprechendste Variante einer einnahmeseitigen Reform des Krankenversicherungssystems in Deutschland.

Das verdeutlichen auch die Schwächen der Reformvorschläge zu Bürgerversicherung und Kopfpauschale, die in den Tabellen 10a und 10b skizziert wurden. Das Lauterbach-Modell wäre als Bürgerversicherung von seinem Grundansatz her in der Lage, alle Bürger und alle Einkommen in den Solidarausgleich einzubeziehen. Durch die einkommensabhängige Beitragsbemessung in Verbindung mit der Beitragsbemessungsgrenze von 5.100 € monatlich werden jedoch hohe Einkommen nicht in die Umverteilung einbezogen. Der Einbezug weiterer Einkommensarten führt aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze nur für Bezieher geringer und mittlerer Einkommen zu einer zusätzlichen Belastung.

Das Rürup-Modell, das Herzog-Modell und das Rürup/Wille-Modell verhindern durch die Beibehaltung der strikten Trennung in GKV und PKV einen umfassenden Solidarausgleich zwischen Menschen mit hohem und geringem Krankheitsrisiko. Das Rürup-Modell und das Herzog-Modell beteiligen an der Umverteilung zu Gunsten von Kindern zudem nur GKV-Versicherte.

Deswegen sollte die einnahmeseitige Reform der GKV auf die Einführung einer Bürgerprämie mit Solidarausgleich abzielen. Die langen Übergangsfristen, die bei einem Einbezug der gesamten Bevölkerung aufgrund des verfassungsrechtlich gebotenen Bestandsschutzes für den PKV-Versichertenbestand gelten müssten, wären dabei in Kauf zu nehmen. Ein Ausschluss der PKV vom künftigen Neugeschäft dürfte weniger ein verfassungsrechtliches als vielmehr ein politisches Hindernis auf dem Weg in den Einbezug der gesamten Bevölkerung in ein gemeinsames Krankenversicherungssystem darstellen. Um dieses Hindernis zu beseitigen, sollte die PKV bei einer Bürgerprämie nicht vom Vollversicherungsgeschäft ausgeschlossen werden, sondern unter den gleichen Bedingungen wie die GKV um Neukunden konkurrieren dürfen. Diese Lösung ist auch sachlich geboten, da durch den Ausschluss der PKV vom Vollversicherungsgeschäft der Wettbewerb unnötig eingeschränkt würde. Ein intensiver Wettbewerb im Gesundheitswesen ist jedoch erforderlich, um die Ausgaben im Gesundheitswesen bezahlbar zu halten.

Kann die PKV künftig ihre traditionellen Tarife nicht mehr verkaufen, könnte es auf Betreiben der PKV auch zu einem raschen Umstieg fast aller PKV-Versicherten hin zur Bürgerprämie kommen. Faktisch würde durch die Bürgerprämie (wie die Bürgerversicherung) auch der Versichertenbestand der PKV betroffen. Denn obwohl in der PKV eine Kapitaldeckung erfolgt, sind die Rückstellungen in der Regel unzureichend. Bricht das Neugeschäft und damit der kontinuierliche Zustrom vorwiegend junger Versicherter weg, entfällt auch die Möglichkeit, innerhalb der PKV zu geringe Rückstellungen durch Quersubventionierung von jung zu alt auszugleichen. Für die PKV-Versicherten könnten dann starke Beitragssatzsteigerungen im Alter die Folge sein.

Die Problematik mangelnder Rückstellungen dürfte jedoch dem wirtschaftlichen Risiko der PKV zuzurechnen sein und keinen verfassungsrechtlichen Anspruch auf garantiertes Neugeschäft begründen. Insofern würden starke Anreize entstehen, dass die PKV versucht ihren gesamten Bestand in das System der Bürgerprämie zu überführen. Da dieses System nicht am individuellen Arbeitseinkommen anknüpft – im Gegensatz zu der Bürgerversicherung nach Lauterbach –, ist es dem Wesen nach der PKV nicht systemfremd.

Der zumutbare Eigenanteil an der pauschalen Bürgerprämie sollte mit etwa 12,7 % des Bruttoeinkommens gering gehalten werden, auch wenn dadurch die für den Solidarausgleich benötigten Mittel erheblich höher ausfallen als dies bei einem zumutbaren Eigenanteil von beispielsweise 14 % der Fall wäre. Dadurch wäre sichergestellt, dass durch die Bürgerprämie Geringverdiener gegenüber dem Status quo entlastet, Haushalte mit sehr hohem Einkommen dagegen stärker zur Finanzierung des Solidarausgleichs herangezogen würden. Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern sollte entfallen.

Vom sozialen Ausgleich würden etwa 60 % der Haushalte in Deutschland profitieren. Man kann diese Zahl negativ sehen, da über die Hälfte der Haushalte zu »Fürsorgeempfängern« würden. Man kann aber – wie die Autoren – diesen großen Anteil auch positiv sehen. Er macht deutlich, dass für ein humanes Gesundheitswesen »jede Menge« sozialer Ausgleich notwendig ist. Und wenn eine deutliche Mehrheit der Wähler davon profitiert, dann ist auch die Gefahr gering, dass der Finanzminister den sozialen Ausgleich kappt, wenn er – was regelmäßig geschieht – knapp bei Kasse ist.

Die Prämien für Kinder und gegebenenfalls für Bürger, die kein eigenes Einkommen haben, weil sie Kinder erziehen oder Angehörige pflegen, sollten aus Steuermitteln finanziert werden. Dies sollte über eine als Parafiskus organisierte Familienkasse erfolgen (vgl. Spieß und Thomasius 2004). Dadurch würde gleichzeitig die Gefahr gebannt, dass der Solidarausgleich je nach Kassenlage des Bundes unterschiedlich großzügig ausfällt. Die für den Solidarausgleich erforderlichen Mittel sollten durch eine Besteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrages und eine Erhöhung des Solidaritätszuschlages bzw. einen Zuschlag auf die Einkommenssteuer erhoben werden. Lassen sich dadurch die gewünschten Verteilungseffekte nicht erreichen, sollte der Einkommensteuertarif entsprechend angepasst werden. Eine grundlegende Reform der Einkommensteuer wäre zusammen mit der Einführung der Bürgerprämie zudem angebracht, um durch eine breitere Bemessungsgrundlage die »Gerechtigkeit« der Einkommensteuer zu erhöhen, indem Bezieher hoher Einkommen ihre Steuerbasis nicht durch Steuersparmodelle signifikant schmälern können.

An der gesamtgesellschaftlichen Steuer- und Abgabenbelastung würde sich durch diese Maßnahmen gegenüber dem Status quo nahezu nichts ändern. Es käme vielmehr zu einer veränderten Gewichtung: Durch die Verlagerung der Einkommensumverteilung von der GKV auf das Steuer-Transfer-System würde die Abgabenbelastung gesenkt und die Steuerbelastung erhöht. Da die Sozialabgaben im Gegensatz zu den Steuern ausschließlich den Faktor Arbeit belasten, wäre eine solche Neugewichtung aus beschäftigungspolitischen Gründen ohnehin wünschenswert. Dies gilt insbesondere für die Bezieher niedriger Erwerbseinkommen, deren Grenzabgabensatz deutlich gesenkt würde und für die besonders große Beschäftigungseffekte zu erwarten wären.

7. LITERATURVERZEICHNIS

- Bieback, Karl-Jürgen (2003): Verfassungsrechtliche Aspekte einer Bürgerversicherung: Der Bund hat die Kompetenz zur Einführung einer umfassenden Versicherung. In: Soziale Sicherheit 52 (2003), S. 416-425.
- Breyer, Friedrich; Grabka, Markus; Jacobs, Klaus; Meinhardt, Volker; Ryll, Andreas; Schulz, Erika; Spieß, Katharina C.; Wagner, Gert G. (2002): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. In: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Bundesministerium für Gesundheit und DIW Berlin: Zukunftsmarkt Gesundheit (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 145). Baden Baden , S. 67-233.
- Breyer, Friedrich, Wolfgang Franz, Stefan Homburg, Reinhold Schnabel und Eberhart Wille (2004): Reform der sozialen Sicherung, Springer-Verlag, Berlin u. a.
- Buchholz, Wolfgang; Edener, Birgit; Grabka, Markus; Henke, Klaus-Dirk; Huber, Monika; Ribhegge, Hermann; Ryll, Andreas; Wagener, Hans-Jürgen und Wagner, Gert G. (2001): Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken. DIW Diskussionspapier Nr. 247. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Gesetzliche Krankenversicherung Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitte 1998 bis 2003 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1). Stand: 24. März 2004. Zusammengestellt von Klaus Busch, Referat P25.
- Cassel, Dieter und Oberdieck, Veit (2002): Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Wirtschaftsdienst 82 (2002), H. 1, S. 15-22.
- Herzog-Kommission (2003): Bericht der Kommission »Soziale Sicherheit« zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. Berlin.
- Jacobs, Klaus and Schulze, Sabine (2004): Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre? In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW) 4, S. 7-18.
- Reimann, Axel (2004): Das RV-Nachhaltigkeitsgesetz – Gesamtwirkungen und Bewertung. In: Deutsche Rentenversicherung 59, S. 318-332.
- Rürup, Bert; Wille, Eberhard (2004): Finanzierungsreform in der Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag des PKV-Verbandes, 15. Juli 2004. o.O.

- Rürup-Kommission (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission, hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg., 2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität (Gutachten). Bonn.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg, 2002): Jahresgutachten 2002/03: »Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum«. Wiesbaden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003): Jahresgutachten 2003/04: »Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren«. Wiesbaden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004): Jahresgutachten 2004/05: »Erfolge im Ausland – Probleme im Inland«. Wiesbaden.
- Sehlen, Stephanie; Schröder, Wilhelm F.; Schiffhorst, Guido (2004): Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell – Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten (IGES-Papier 04-06). Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung.
- Spieß, C. Katharina und Sebastian Thomasius (2004): Parafiskalische Modelle zur Finanzierung familienpolitischer Leistungen – Kurzgutachten gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung. DIW Materialien Nr. 36. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Wagner, Gert G. (2003a): Bürgerprämie schafft sozialen Ausgleich und fördert Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, in: Handelsblatt, Nr. 166, 29. August 2003, S. 4.
- Wagner, Gert G. (2003b): Pauschalprämien setzen das Konzept der Bürgerversicherung am besten um, in: ifo Schnelldienst, 56. Jg., Heft 17, 2003, S. 3-6.
- Wagner, Gert G. (2005): Eine Bürgerversicherung für die Gesundheitsversorgung – Pauschalprämie hat gegenüber einem Beitragssatz-System mehrere Vorteile. In: Wolfgang Strengmann-Kuhn (Hg.), Bürgerversicherung in Deutschland. Frankfurt.
- Zipperer, Manfred (2003): Gutachten. Implikationen verfassungsrechtlicher, ordnungspolitischer und finanzieller Art, die mit der Einführung einer Bürgerversicherung verbunden sein können. Online-Veröffentlichung, hrsg. vom Verband der privaten Krankenversicherung. Verfügbar im Internet unter <http://www.pkv.de/downloads/zipperer.htm>, Download am 09.07.2004.

In Tabelle 7 wurden die Veränderungen des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens in den jeweiligen Reformmodellen gegenüber dem Status quo ausgewiesen. Die Modellparameter, die diesen Berechnungen zugrunde liegen, werden in der folgenden Tabelle 13 im Detail ausgewiesen.

Tabelle 13: Modellparameter

Status quo (1):
<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenbedingungen wie im Jahr 2001 • Rechtsstand: Versicherungsstatus 01.01.2001, Bemessungsgrundlage 31.12.2000
Bürgerversicherungsmodell (2):
<ul style="list-style-type: none"> • Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung • Kinder (bis 20 Jahre) sind beitragsfrei mitversichert. • Der Leistungskatalog der GKV entspricht dem Status quo (Rechtsstand 2001). • Finanzierung erfolgt über einkommensabhängige Beiträge. • Beitragsbemessungsgrundlage sind alle Einkünfte im Sinne des Steuerrechts. • Die Finanzierung der Beiträge für Erwerbstätige bzw. Beamte erfolgt hälftig durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer bzw. Dienstherrn und Beamten. Für die Beamten werden, wie im Alternativmodell auch, die bisherigen durchschnittlichen Beihilfeaufwendungen herangezogen. Es gelten die Beitragsregelungen für freiwillig Versicherte in der GKV. • Beitragsbemessungsgrenze verbleibt auf ihrem Niveau (keine Anhebung)
Bürgerprämienmodell (3):
<ul style="list-style-type: none"> • Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung • Kinder (bis 20 Jahre) sind beitragsfrei mitversichert. • Der Leistungskatalog der GKV entspricht dem Status quo (Rechtsstand 2001). • Die Einkommensumverteilung erfolgt über das Steuer-Transfer-System. • Der Arbeitgeberbeitrag und Beitragszuschüsse werden einmalig als steuerpflichtiger Einkommensbestandteil ausgezahlt. • Die Bezüge der beihilfeberechtigten Beamten und Versorgungsempfänger werden aufgestockt um die durchschnittlichen Beihilfeaufwendungen, die heute anfallen. • Die Belastungsobergrenze, ab der ein Anspruch auf Prämiensubvention besteht, liegt bei 12,7 % bzw. 14 % der Bemessungsgrundlage • Die Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Bedarfs an sozialem Ausgleich umfasst das gesamte steuerpflichtige Haushaltsbruttoeinkommen inkl. ausbezahltem Arbeitgeberanteil und von Beitragszuschüssen einschließlich staatlicher Sozialtransfers aber ohne laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, einmalige Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld, Kindergeld und Leistungen der Pflegeversicherung. • Die Gegenfinanzierung des Einkommensausgleichs über das Steuer-Transfer-System erfolgt durch die Besteuerung des ausgeschütteten Arbeitgeberbeitrags und der Beitragszuschüsse und – so erforderlich – durch die Anhebung des Solidaritätszuschlags.

Kopfpauschale in der GKV (4)

- bisherige Trennung von GKV, PKV und Sondersystemen bleibt erhalten
- innerhalb der bestehenden GKV Finanzierung über Pauschalprämien
- weitere Parameter siehe Bürgerprämienmodell
- Die Belastungsobergrenze, ab der ein Anspruch auf Prämiensubvention besteht, liegt bei 14,0 % der Bemessungsgrundlage

Die für die Berechnungen in Tabelle 7 angesetzte Pauschalprämie beruhen auf folgenden Überlegungen: Die ordnungspolitische Idee einer versicherungsspezifischen Pauschalprämie besteht darin, dass Versicherte zwischen unterschiedlich teuren (bzw. unterschiedlich effizienten) standardisierten Versicherungen wählen und dass durch diesen Wettbewerb Kosten gemindert werden und Qualität verbessert wird. Die Unterschiede der Pauschalprämien zwischen den einzelnen Versicherungen können hier nicht simuliert werden. Für das Verständnis der Finanzierungs- und Verteilungswirkungen eines Pauschalprämienmodells spielt das aber insoweit keine Rolle, da die Differenzen im Fall einer Realisierung zwar merklich sein würden, aber durch den Versicherungswettbewerb in Grenzen gehalten werden dürften.

Im Jahre 2001 machten die gesamten Leistungsaufwendungen für die Versicherten in der GKV 271,5 Mrd. DM (138,8 Mrd. €) aus, wovon 258 Mrd. DM aus Beiträgen der Mitglieder finanziert wurden. Weitere rund 8 Mrd. DM speisten sich aus sonstigen Einnahmen, wobei hier unter anderem auch Zinsgewinne oder Strafen enthalten waren. Blicke diese Finanzierungsstruktur und auch das Leistungsrecht unverändert, würde sich bei einer Versichertenzahl von rund 71 Mio. Personen eine rein rechnerische Pauschalprämie von ca. 303 DM/Monat (155 €/Monat) ergeben.

Bei Einführung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung lässt sich wiederum eine rein hypothetische Pauschalprämie berechnen. Weist man der gesamten Wohnbevölkerung die alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleiches (RSA)²⁹ zu, so lässt sich auf der Basis des auf diese Weise geschätzten Leistungsvolumens eine allgemeine Pauschalprämie errechnen, die sich für alle Erwachsenen ab 20 Jahren auf 341,30 DM (174,50 €) monatlich belaufen würde. Beschränkt man das Pauschalprämienmodell allein auf die bestehende GKV, so beliefe sich – aufgrund unterschiedlicher Risikostruktur – die Pauschalprämie auf 351,80 DM (179,90 €) pro Erwachsenen und Monat.

29 Im RSA sind nur die ausgleichsfähigen Leistungen enthalten, freiwillige Satzungsleistungen (Mütterkuren, Haushaltshilfen etc.) und Verwaltungskosten sind darin nicht enthalten. Die errechneten Gesamtausgaben werden deshalb pauschal um 7,2 % erhöht. Quelle: Nicht veröffentlichte Angaben des Bundesversicherungsamtes.

Tabelle 14: Prämienhöhe in den Varianten eines Pauschalprämienmodells

Variante	Versichertenkreis/ Art des Prämienmodells Gesamtbevölkerung	Prämien pro Monat und Person
Bürger- prämie	allgemeine Pauschalprämie mit steuerfinanzierten Beitrag für Kinder und Jugendliche	alle Erwachsene: 174,50 € Kinder: 69,00 €
Kopf- pauschale	allgemeine Pauschalprämie mit steuerfinanzierten Beitrag für Kinder und Jugendliche innerhalb der GKV	Erwachsene der GKV: 179,90 € Kinder in der GKV: 69,00 €

Quellen: SOEP; eigene Berechnungen.

Für Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 20 Jahren wird hier eine vollständige Beitragsfreiheit unterstellt. Dieses Ausgabenvolumen stellt nach den hier unterstellten Modellannahmen eine staatliche Ausgabe dar und wird separat über das Steuersystem finanziert. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben für Kinder und Jugendliche beliefen sich nach den Angaben des RSA auf insgesamt 27,78 Mrd. DM (dies würde einer Pauschalprämie von 134.50 DM (69 €) / Monat pro Kind entsprechen).

In der edition der Hans-Böckler-Stiftung sind bisher erschienen:

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
50	<i>Peter Kalkowski/Matthias Helmer/ Otfried Mickler</i> Telekommunikation im Aufbruch	10,23	13050	3-935145-22-5
51	<i>Dunja M. Mohr</i> Lost in Space: Die eigene wissen- schaftliche Verortung in und außerhalb von Institutionen	14,32	13051	3-935145-23-3
53	<i>Wolfhard Kohte</i> Störfallrecht und Betriebsverfassung	10,23	13053	3-935145-25-X
54	<i>Manfred Deiß/Eckhard Heidling</i> Interessenvertretung und Expertenwissen	13,29	13054	3-935145-28-4
55	<i>Herbert Bassarak/Uwe Dieter Steppuhn (Hrsg.)</i> Angewandte Forschung und Entwicklung an Fachhochschulen in Bayern	15,00	13055	3-935145-29-2
56	<i>Herbert Bassarak/Uwe Dieter Steppuhn (Hrsg.)</i> Angewandte Forschung und Entwicklung an Fachhochschulen Sozialer Arbeit	23,00	13056	3-935145-30-6
57	<i>Heide Pfarr (Hrsg.)</i> Ein Gesetz zur Gleichstellung der Geschlechter in der Privatwirtschaft	12,00	13057	3-935145-31-4
58	<i>Stefan Eitenmüller</i> Reformoptionen für die gesetzliche Rentenversicherung	15,00	13058	3-935145-32-2
59	<i>Bernd Kriegesmann/Marcus Kottmann</i> Neue Wege für Personalanpassungen in der Chemischen Industrie	10,00	13059	3-935145-33-0
60	<i>Hans-Böckler-Stiftung/DGB-Bundesvorstand</i> Welthandelsorganisation und Sozialstandards	7,00	13060	3-935145-34-9
61	<i>Renate Büttner/Johannes Kirsch</i> Bündnisse für Arbeit im Betrieb	11,00	13061	3-935145-35-7
62	<i>Elke Ahlers/Gudrun Trautwein-Kalms</i> Entwicklung von Arbeit und Leistung in IT-Unternehmen	9,00	13062	3-935145-36-5
63	<i>Thomas Fritz/Christoph Scherrer</i> GATS 2000. Arbeitnehmerinteressen und die Liberalisierung des Dienstleistungshandels	12,00	13063	3-935145-37-3
64	<i>Achim Truger/Rudolf Welzmüller</i> Chancen der Währungsunion – koordinierte Politik für Beschäftigung und moderne Infrastruktur	13,00	13064	3-935145-38-1
65	<i>Martin Sacher/Wolfgang Rudolph</i> Innovation und Interessenvertretung in kleinen und mittleren Unternehmen	19,00	13065	3-935145-39-X

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
66	Volker Meinhardt/Ellen Kirner/ Markus Grabka/Ulrich Lohmann/Erika Schulz Finanzielle Konsequenzen eines universellen Systems der gesetzlichen Alterssicherung	12,00	13066	3-935145-40-3
67	Thomas Ebert Langfrist-Arbeitszeitkonten und Sozialversicherung	12,00	13067	3-935145-41-1
68	Jan Priewe unter Mitarbeit von Christoph Scheuplein und Karsten Schuldt Ostdeutschland 2010 – Perspektiven der Innovationstätigkeit	23,00	13068	3-935145-42-X
69	Sylke Bartmann/Karin Gille/Sebastian Haunss Kollektives Handeln	30,00	13069	3-935145-43-8
70	Bernhard Nagel Mitbestimmung in öffentlichen Unter- nehmen mit privater Rechtsform und Demokratieprinzip	12,00	13070	3-935145-44-6
72	Eva Kocher Gesetzentwurf für eine Verbandsklage im Arbeitsrecht	12,00	13072	3-935145-46-2
73	Hans-Böckler-Foundation (ed.) Future Works	10,00	13073	3-935145-47-0
74	Reinhard Schüssler/Claudia Funke Vermögensbildung und Vermögensverteilung	16,00	13074	3-935145-48-9
75	Ingrid Ostermann (Hrsg.) Perspektive: GLOBAL! Internationale Wissenschaftlerinnenkooperationen und Forschung	20,00	13075	3-935145-49-7
76	Christine Schön Betriebliche Gleichstellungspolitik	12,00	13076	3-935145-50-0
77	Volker Korthäuer/Marius Tritsch US-Cross-Border-Lease	8,00	13077	3-935145-51-9
78	Jörg Towara Tarifvertragliche Regelungen zur Teilzeitarbeit	8,50	13078	3-935145-52-7
79	Anja Riemann Auswertung und Darstellung gesetzlicher Bestimmungen zur Teilzeitarbeit	8,00	13079	3-935145-53-5
80	Heide Pfarr/Elisabeth Vogelheim Zur Chancengleichheit von Frauen und Männern im Bündnis für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit	12,00	13080	3-935145-56-X
81	Wilfried Kruse/Daniel Tech/Detlev Ullenbohm Betriebliche Kompetenzentwicklung. 10 Fallstudien zu betrieblichen Vereinbarungen	12,00	13081	3-935145-57-8

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
82	<i>Stefan Bach/Bernd Bartholmai</i> Perspektiven der Vermögensbesteuerung in Deutschland	12,00	13082	3-935145-58-6
83	<i>Charlotte Wahler (Hrsg.)</i> Forschen mit Geschlecht? Zwischen Macht und Ohnmacht: Frauen in der Wissenschaft	20,00	13083	3-935145-59-4
84	<i>Henry Schäfer</i> Sozial-ökologische Ratings am Kapitalmarkt	16,00	13084	3-935145-60-8
85	<i>Maliszewski/Neumann</i> Bündnisse für Arbeit – Best Practice aus Ländern und Regionen	14,00	13085	3-935145-61-1
86	<i>Matthias Müller</i> International Accounting Standards	9,00	13086	3-935145-62-4
87	<i>Arno Prangenberg</i> Grundzüge der Unternehmensbesteuerung	8,00	13087	3-935145-63-2
88	<i>Klaus Jacobs/Jürgen Wasem</i> Weiterentwicklung einer leistungsfähigen und solidarischen Krankenversicherung unter den Rahmenbedingungen der europäischen Integration	12,00	13088	3-935145-64-0
89	<i>Thomas Schönwälder</i> Begriffliche Konzeption und empirische Entwicklung der Lohnnebenkosten in der Bundesrepublik Deutschland – eine kritische Betrachtung	25,00	13089	3-935145-65-9
90	<i>Helene Mayerhofer</i> Handbuch Fusionsmanagement Personalpolitische Aufgaben im Rahmen von Fusionen	10,00	13090	3-935145-66-7
91	<i>Helene Mayerhofer</i> Handbuch Fusionsmanagement Fusionsbedingte Integration verschiedener Organisationen	10,00	13091	3-935145-67-5
92	<i>Hans-Erich Müller</i> Handbuch Fusionsmanagement Übernahme und Restrukturierung: Neuausrichtung der Unternehmensstrategie	8,00	13092	3-935145-68-3
93	<i>Christian Timmreck</i> Handbuch Fusionsmanagement Unternehmensbewertung bei Mergers & Acquisitions	10,00	13093	3-935145-69-1
94	<i>Volker Korthäuer, Manuela Aldenhoff</i> Handbuch Fusionsmanagement Steuerliche Triebfedern für Unternehmensumstrukturierungen	6,00	13094	3-935145-70-5
95	<i>Dieter Behrendt</i> Ökologische Modernisierung: Erneuerbare Energien in Niedersachsen	11,00	13095	3-935145-73-X

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
96	Uwe Wilkesmann/Ingolf Rascher Wissensmanagement – Analyse und Handlungsempfehlungen	12,00	13096	3-935145-71-3
97	Tanja Klenk/Frank Nullmeier Public Governance als Reformstrategie	12,00	13097	3-935145-72-1
98	Reiner Hoffmann/Otto Jacobi/Berndt Keller/ Manfred Weiss (eds.) European Integration as a Social Experiment in a Globalized World	14,00	13098	3-935145-74-8
99	Angelika Bucerius Alterssicherung in der Europäischen Union	25,00	13099	3-935145-75-6
100	Werner Killian/Karsten Schneider Die Personalvertretung auf dem Prüfstand	12,00	13100	3-935145-76-4
101	Nils Fröhlich/Jörg Huffschild Der Finanzdienstleistungssektor in Deutschland	15,00	13101	3-935145-77-2
102	Susanne Felger/Angela Paul-Kohlhoff Human Resource Management	15,00	13102	3-935145-78-0
103	Paul Elshof Zukunft der Brauwirtschaft	16,00	13103	3-935145-79-9
104	Henry Schäfer/Philipp Lindenmayer Sozialkriterien im Nachhaltigkeitsrating	19,00	13104	3-935145-80-2
107	Axel Olaf Kern/Ernst Kistler/Florian Mamberer/ Ric Rene Unteutsch/Bianka Martolock/ Daniela Wörner Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung	18,00	13107	3-935145-84-5
108	Dea Niebuhr/Heinz Rothgang/Jürgen Wasem/ Stefan Greß Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung	28,00	13108	3-935145-85-3
109	Yasmine Chahed/Malte Kaub/Hans-Erich Müller Konzernsteuerung börsennotierter Aktiengesellschaften in Deutschland	14,00	13109	3-935145-86-1
110	Klaus Löbke Die europäische Chemieindustrie	25,00	13110	3-935145-87-X
111	Friedrich Hauss/Dörthe Gatermann Die Erhöhung der Nutzerkompetenz von Krankenversicherten	10,00	13111	3-935145-88-8
112	Andreas Dietrich/Korinna Heimann/Rita Meyer Berufsausbildung im Kontext von Mobilität, interkulturellem Lernen und vernetzten Lernstrukturen	16,00	13112	3-935145-89-6
113	Uwe Fachinger, Anna Frankus Selbstständige im sozialen Abseits	13,00	13113	3-935145-90-X
114	Frank Havighorst Jahresabschluss von Krankenhäusern	14,00	13114	3-935145-91-8
115	Achim Sollanek Versicherungsbilanzen nach deutschem Handelsrecht	10,00	13115	3-935145-92-6

Nr.	Autor/Titel	€	Bestell-Nr.	ISBN-Nr.
116	<i>Kuno Schedler/John Philipp Siegel</i> Strategisches Management in Kommunen	28,00	13116	3-935145-93-4
117	<i>Marita Körner</i> Staatlich subventionierte private versorgung und Gleichbehandlungs- grundsatz	Alters- 10,00	13117	3-935145-94-2
119	<i>Andrea Jochmann-Döll/Karin Tondorf</i> Monetäre Leistungsanreize im öffentlichen Sektor	16,00	13119	3-935145-96-9
120	<i>Andreas Boes, Michael Schwemmle</i> <i>unter Mitarbeit von Ellen Becker</i> Herausforderung Offshoring	15,00	13120	3-935145-97-7
121	<i>Wolfgang Gerstlberger/Wolfram Schmittel</i> Public Private Partnership als neuartige Regelungsmuster zwischen öffentlicher Hand und Unternehmen	15,00	13121	3-935145-98-5
122	<i>Barbara Sternberger-Frey</i> Finanzwirtschaftliche Kennzahlen als Basis von Erfolgsbeteiligungen	10,00	13122	3-935145-99-3
123	<i>Johannes Koch/Winfried Heidemann/ Christine Zumbeck</i> Arbeitshilfe für Betriebsräte Nutzung elektronischer Netze zur Unterstützung des Lernens im Betrieb (E-Learning)	12,00	13123	3-86593-001-8
124	<i>Wolfgang Däubler</i> Die Kontrolle von Arbeitsverträgen durch den Betriebsrat	12,00	13124	3-86593-002-6
125	<i>Klaus Heß/Siegfried Leittretter</i> Innovative Gestaltung von Call Centern – Kunden- und arbeitsorientiert	10,00	13125	3-86593-000-X
126	<i>Margarethe Herzog (Hrsg.)</i> Gender Mainstreaming	28,00	13126	3-86593-003-4
127	<i>Elke Wiechmann</i> Trendreport: Gleichstellungspolitik im Veränderungsprozess	18,00	13127	3-86593-004-2
128	<i>Christoph Andersen/Marcus Beck/ Stephan Selle (Hrsg.)</i> Konkurrieren statt Privatisieren	18,00	13128	3-86593-005-0
129	<i>Bernhard Hillebrand</i> Ökologische und ökonomische Wirkungen der energetischen Sanierung des Gebäudebestandes	10,00	13129	3-86593-006-9
131	<i>Hartmut Küche</i> Rüstungsindustrie transatlantisch?	12,00	13131	3-86593-008-5
135	<i>Hartmut Küche</i> Die Neustrukturierung des deutschen Rüstungsmarktes als industriepolitische Aufgabe	20,00	13135	3-86593-012-3

**Bestellungen
bitte unter
Angabe der
Bestell-Nr. an:**



Kreuzbergstraße 56
40489 Düsseldorf
Telefax: 02 11 / 408 00 90 40
E-Mail: mail@setzkasten.de

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen oder Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßige Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Mitbestimmung, Strukturpolitik, Arbeitsgesellschaft, Öffentlicher Sektor und Sozialstaat. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst »Böckler Impuls« begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin »Mitbestimmung« und die »WSI-Mitteilungen« informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Strasse 39
40476 Düsseldorf
Telefax: 02 11/77 78-225
www.boeckler.de

**Hans Böckler
Stiftung** 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

