

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

Eine von der HBS geförderte Studie

von

*Johannes Leinert, basof und TU Berlin,*

*Markus M. Grabka, DIW Berlin*

*Gert G. Wagner, DIW Berlin und TU Berlin*



## Inhaltsverzeichnis

<b>Aktuelle Zusammenfassung und Bewertung .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>9</b>
<b>2 Einnahmeseitige Ausgestaltungsoptionen einer gesetzlich regulierten Krankenversicherung .....</b>	<b>11</b>
2.1 Personenkreis .....	11
2.2 Finanzierungsart.....	15
2.2.1 Einkommensabhängige Beiträge .....	15
2.2.2 Pauschalprämien.....	17
<b>3 Auswirkungen der Finanzierungsarten im Vergleich.....</b>	<b>18</b>
3.1 Verteilungswirkungen.....	18
3.1.1 Einkommensbezogene Beiträge .....	19
3.1.2 Pauschalprämien.....	20
3.1.3 Verteilungswirkungen im Vergleich.....	24
3.2 Wachstums- und Beschäftigungswirkungen.....	26
3.2.1 Einkommensbezogene Beiträge .....	26
3.2.2 Pauschalprämien.....	27
3.3 Nachhaltigkeitswirkungen.....	28
3.3.1 Einkommensbezogene Beiträge .....	28
3.3.2 Pauschalprämien.....	29
<b>4 Weitere Ausgestaltungparameter .....</b>	<b>29</b>
4.1 Versicherung von Familienangehörigen .....	29
4.2 Arbeitgeberbeteiligung .....	31
4.3 Aufbau von Kapitalreserven.....	32
4.4 Rolle der privaten Krankenversicherung.....	34
4.4.1 Einbezug aller Versicherten in eine Versicherungspflicht .....	34
4.4.2 Auflösung der Grenzen zwischen PKV und GKV.....	35
4.4.3 Einbezug aller Versicherten in die PKV .....	36
4.5 Sonstige Ausgestaltungsoptionen.....	36
<b>5 Synoptischer Überblick von Reformvorschlägen.....</b>	<b>37</b>
<b>6 Bewertung .....</b>	<b>41</b>
<b>7 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>46</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>48</b>

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens in den jeweiligen Reformmodellen gegenüber dem Status Quo .....	23
Tabelle 1: Einnahmeseitige Ausgestaltungsoptionen einer gesetzlich regulierten Krankenversicherungspflicht .....	11
Tabelle 2: Arbeitnehmer im Alter bis zu 40 Jahren mit einem Lohn Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (VPG) .....	12
Tabelle 3: Versichertenstatus nach Geschlecht .....	12
Tabelle 4: Versichertenstatus nach Bruttoerwerbseinkommen, Angaben in Prozent .....	13
Tabelle 5: Durchschnitt und Median des monatlichen verfügbaren Haushaltseinkommens, Angaben in €.....	14
Tabelle 6: Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (VPG), Angaben in 1.000 .....	16
Tabelle 7: Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens in den jeweiligen Reformmodellen gegenüber dem Status Quo .....	22
Tabelle 8: Solidarausgleich im Pauschalprämienmodell (Bürgerprämie) .....	25
Tabelle 8a: Eckwerte zum Solidarausgleich beim Bürgerprämien-Modell mit 12,7 % Lastbegrenzung .....	26
Tabelle 9: Beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige in der GKV 2001 .....	30
Tabelle 10 a: Reformvorschläge im Vergleich: Lauterbach-Modell und Rürup-Modell .....	38
Tabelle 10 b: Reformvorschläge im Vergleich: Herzog-Modell und Rürup/Wille-Modell .....	39
Tabelle 11: Verteilungs-, Wachstums- und Nachhaltigkeitswirkungen für verschiedene GKV-Optionen .....	42
Tabelle 12: Weitere Ausgestaltungsoptionen nach ihrer prinzipiellen Vereinbarkeit mit verschiedenen Krankenversicherungssystemen.....	43
Tabelle 13: Modellparameter.....	48
Tabelle 14: Prämienhöhe in den Varianten eines Pauschalprämienmodells .....	49

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

von Johannes Leinert, basof und TU Berlin, Markus M. Grabka, DIW Berlin, und Gert G. Wagner, DIW Berlin und TU Berlin

### **Aktuelle Zusammenfassung und Bewertung**

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-Finanzien gelockert, aber bei weitem nicht aufgelöst. Im Hinblick auf die Nebenwirkungen der Finanzierung wäre eine personenbezogene Pauschalprämie deutlich besser, wie sie von nahezu allen Gesundheitsökonomern 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, überdurchschnittlich 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.

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:

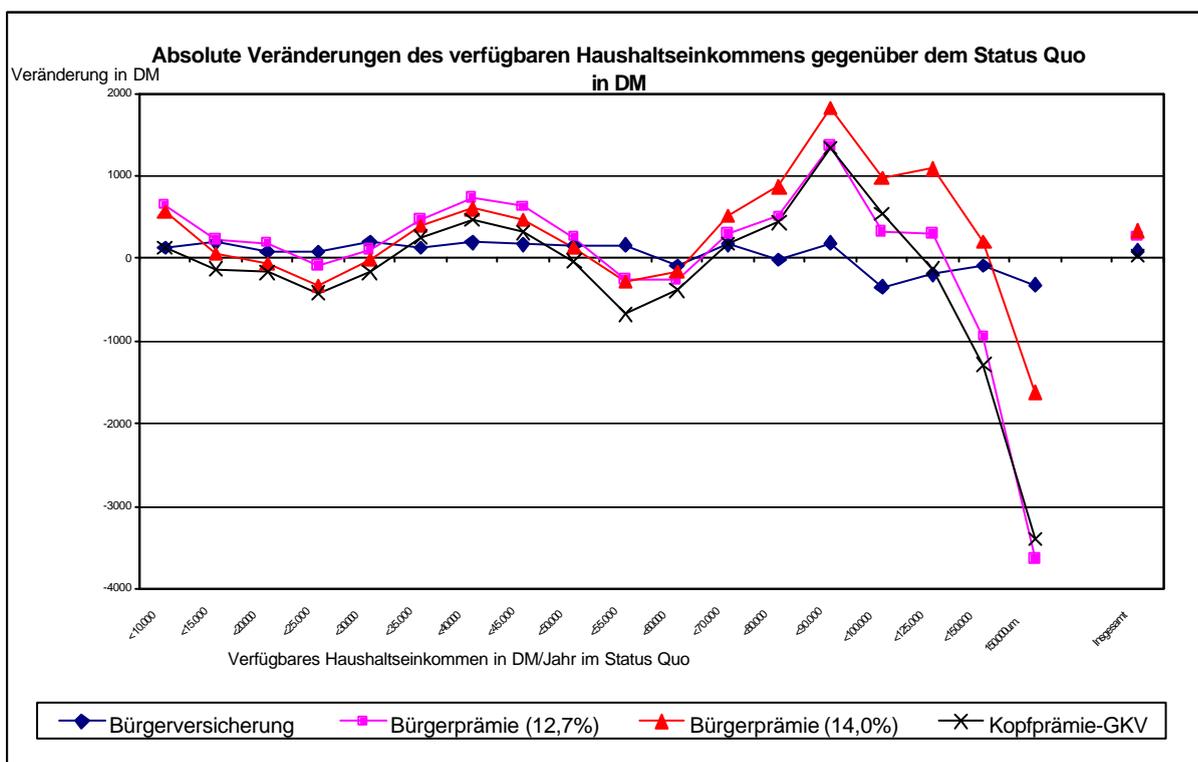
Der steuerfinanzierte soziale Ausgleich bei einer Bürgerprämie muss so dynamisiert werden, dass das Ausgleichsvolumen nicht unaufhaltsam steigt, wenn aufgrund der demographischen Alterung der Bevölkerung und der Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts die Kosten des Gesundheitswesens und damit 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
Steuermehreinnahmen durch Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags:	17,05 Milliarden €
Anhebung des Solidaritätszuschlags zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs:	7,2 Prozentpunkte



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

## 1 Einleitung

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 Erwerbstätigem<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

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)<sup>3</sup> als auch die von der CDU eingesetzte Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (im Folgenden als „Herzog-Kommission“ bezeichnet)<sup>4</sup> haben Vorschläge zur einnahmeseitigen 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

---

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.

et al. 2002).<sup>5</sup> 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 Personenkreises 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 Längsschnittbefragung, 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.<sup>6</sup>

Das vorliegende Gutachten wurde im Wesentlichen redaktionell abgeschlossen, bevor der Sachverständigenrat für die Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sein Jah-

---

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

<sup>6</sup> 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.

resgutachten 2004/05 vorgelegt hat. Wir weisen ausdrücklich auf das lesenswerte Kapitel 5 dieses Gutachtens hin.

## 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	Status Quo	Bürgerversicherung
Einheitsprämie	Kopfprämie	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.<sup>7</sup> Ein Verbleib in der 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 Versichertenpflichtgrenze tatsächlich seltener in der PKV versichert, wenn sie verheiratet sind oder Kinder haben.

<sup>7</sup> 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.

**Tabelle 2: Arbeitnehmer im Alter bis zu 40 Jahren mit einem Lohneinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (VPG) <sup>a</sup>**

Personengruppe	verheiratet	Familienstatus		Kind	
		ledig	verwitwet oder 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.

<sup>a</sup> 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	25272	38.625	(89,9)	33.341	(84,3)	71.966	87,2
davon pflichtversichert	10599	15.112	35,2	14.631	37,0	29.743	36,0
davon freiwillig versichert	2107	2.382	5,5	4.316	10,9	6.698	8,1
davon beitragsfrei mitversichert	8107	11.650	27,1	8.073	20,4	19.723	23,9
davon Rentner u. Rentenantragsteller	4459	9.481	22,1	6.321	16,0	15.802	19,2
PKV-versichert	2256	3.022	7,0	4.652	11,8	7.674	9,3
Anspruchsberechtigt über Sozialamt <sup>a</sup>	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
<b>Insgesamt</b>	28368	42.949	100	39.568	100	82.517	100

Quellen: SOEP; Eigene Berechnungen.

<sup>a</sup> Für Sozialhilfeempfänger besteht nach SGB V keine Versicherungspflicht. Es steht es im Ermessen des Sozialhilfeträgers, ob er im Krankheitsfälle 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<sup>a</sup>, 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 mitversichert	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 <sup>b</sup>	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
<b>Insgesamt</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100

Quellen: SOEP; eigene Berechnungen.

<sup>a</sup> ohne Arbeitgeberanteil  
<sup>b</sup> 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 Bestandschutzregelungen 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 Um-

verteilung 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
<b>Durchschnitt des Einkommens</b>			
GKV-Pflichtige	2.411	2.607	2.050
Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der VPG <sup>a</sup>	3.610	3.658	3.480
Beamte	3.584	3.730	3.281
Selbstständige	3.698	3.933	3.149
<b>Median des Einkommens</b>			
GKV-Pflichtige	2.285	2.478	1.894
Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der VPG <sup>a</sup>	3.519	3.507	3.551
Beamte	3.467	3.567	3.219
Selbstständige	3.328	3.472	3.019
Quellen: SOEP; eigene Berechnungen.			
<sup>a</sup> 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 unterdurchschnittliche Morbidität auf. So ist bei PKV-Versicherten über die meisten Alterskohorten und Krankheitsgruppen ein selteneres Auftreten von Erkrankungen feststellbar als bei GKV-Versicherten.<sup>8</sup> 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.

Bei einem Einbezug aller Bevölkerungsgruppen in eine einheitlich regulierte Versicherungspflicht ist mit positiven Auswirkungen auch jenseits der verteilungspolitischen Effekte zur 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-)selbständige Tätigkeiten entgan-

<sup>8</sup> Vgl. zu entsprechenden empirischen Daten Rürup-Kommission 2003, S. 153.

gen 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.<sup>9</sup> 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.

### 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.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup> 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

---

<sup>9</sup> 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).

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

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

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. 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)<sup>1</sup>, Angaben in 1.000**

<b>Arbeitnehmer mit einem ...</b>	<b>Insgesamt</b>	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
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.

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> 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 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, ausgestellt 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 entfielen 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.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup> 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 Ausgleich zwischen Menschen mit niedrigem und hohem Krankheitsrisiko erweitert. Dieser Ausgleich ist einkommensunabhängig.<sup>14</sup>

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. Ent-

---

<sup>13</sup> 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.

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

scheidend 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 Einkommenstransfers zwischen Beziehern mittlerer und niedriger Einkommen. Ähnlich wirkt die Befreiung von der Versicherungspflicht für Selbständige und Beamte. Auch diese Personengruppen haben überdurchschnittliche Einkommen und sind nicht in den Solidarausgleich der GKV einbezogen<sup>15</sup> (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 Versicherten, 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

---

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

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 Lohnneinkommen 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 Gesamteinkommen unterproportional stark belastet. Wenn der Gesetzgeber diese regressiv 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 regressiv 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 Leistungsfähigkeitsprinzip 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 Bezieher 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.<sup>16</sup> 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).

---

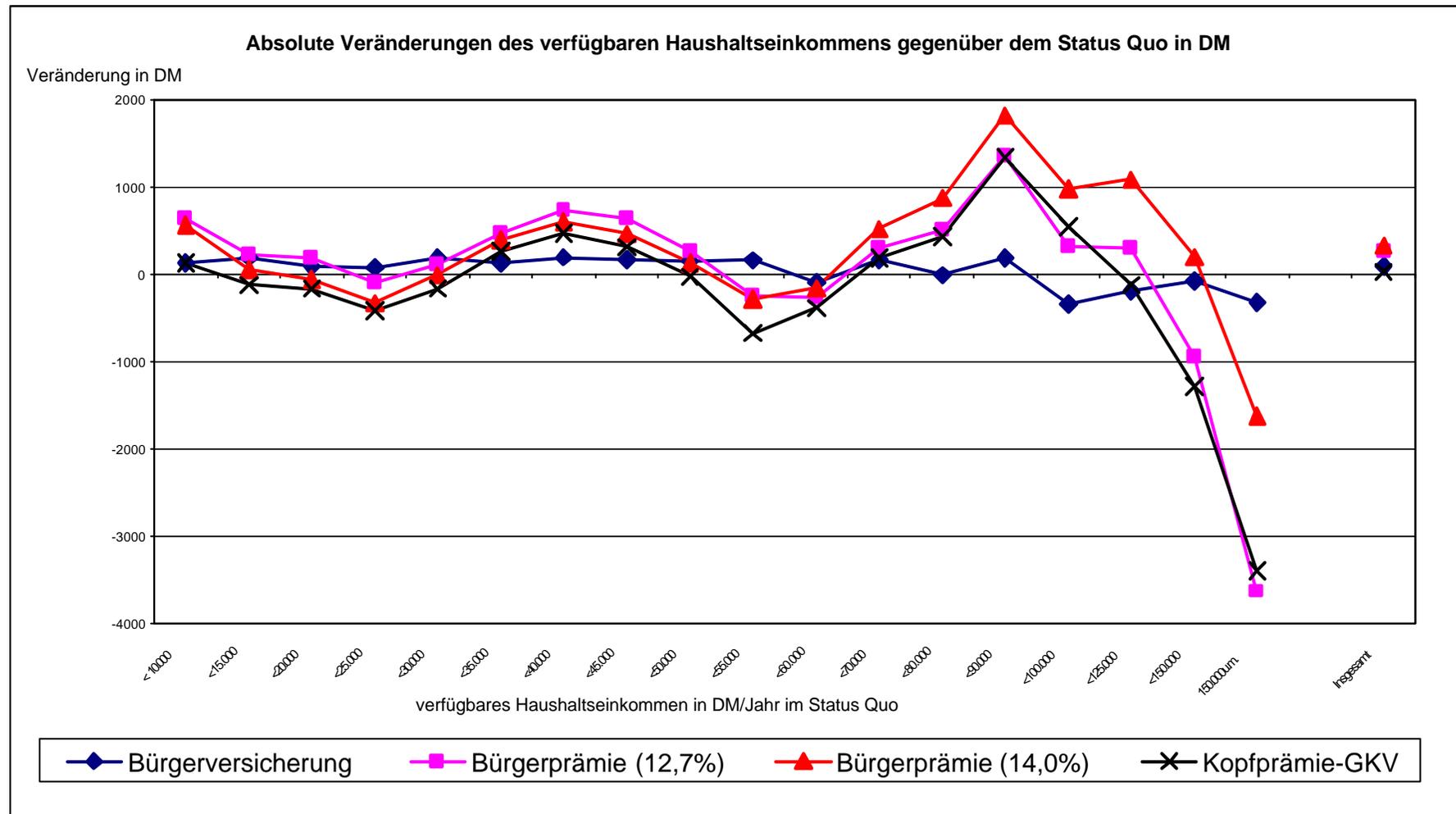
<sup>16</sup> In den vorliegenden Modellrechnungen werden durch Besteuerung der Arbeitgeberbeiträge zwischen 41 % und 82 % der für den Solidarausgleich benötigten Mittel gedeckt. Im Modell mit dem Deckungsgrad von 41 % beträgt der zumutbare Eigenanteil 12,5 % des Gesamteinkommens; Prämien für Kinder 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 Beschäfti- gung	Finanzierungsart				
				Einkommensbezogene Beiträge		Pauschalprämie		
				Status Quo (1)	Veränderungen gegenüber Status Quo			
					Bürger- versiche- rung (2)	Bürgerprämie mit zumutbarem Eigenanteil (3)		Kopf- prämie in der GKV (4)
	12,7 %	14 %	14 %					
unter 10.000 DM	1.219	3,0	2.284	6.444	130	645	566	136
10.000 bis unter 15.000 DM	1.552	3,9	2.696	12.827	194	232	56	-123
15.000 bis unter 20.000 DM	2.600	6,5	4.326	17.493	87	190	-60	-166
20.000 bis unter 25.000 DM	3.203	7,9	9.182	22.463	80	-86	-326	-416
25.000 bis unter 30.000 DM	3.283	8,1	14.497	27.496	196	106	-10	-165
30.000 bis unter 35.000 DM	3.562	8,8	23.023	32.438	133	465	400	260
35.000 bis unter 40.000 DM	3.103	7,7	28.191	37.551	196	730	605	474
40.000 bis unter 45.000 DM	2.857	7,1	31.142	42.512	167	631	465	314
45.000 bis unter 50.000 DM	2.511	6,2	39.178	47.469	157	264	132	-27
50.000 bis unter 55.000 DM	2.251	5,6	44.943	52.459	164	-250	-284	-676
55.000 bis unter 60.000 DM	2.095	5,2	52.250	57.509	-87	-258	-158	-387
60.000 bis unter 70.000 DM	3.598	8,9	67.367	64.904	167	303	523	185
70.000 bis unter 80.000 DM	2.672	6,6	77.657	74.644	-10	507	874	436
80.000 bis unter 90.000 DM	1.883	4,7	93.719	84.885	187	1.359	1.826	1.342
90.000 bis unter 100.000 DM	1.295	3,2	107.251	94.875	-344	322	980	546
100.000 bis unter 125.000 DM	1.546	3,8	105.241	110.413	-187	302	1.087	-124
125.000 bis unter 150.000 DM	0.561	1,4	129.170	135.319	-81	-943	200	-1.286
150.000 und mehr	0.509	1,3	122.083	192.985	-322	-3.635	-1.622	-3.394
<b>Insgesamt</b>	<b>40.299</b>	<b>100,0</b>	<b>43.313</b>	<b>49.802</b>	<b>91</b>	<b>260</b>	<b>333</b>	<b>30</b>

Quellen: SOEP; eigene Berechnungen (Mikrosimulation)

Abbildung 1: Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens in den jeweiligen Reformmodellen gegenüber dem Status Quo



Quellen: SOEP, eigene Berechnungen (Mikrosimulation).

Fußnote: 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 Bürger-

versicherungs-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)**

	<b>Zumutbarer Eigenanteil</b>		
	<b>Bürgerprämie</b>		<b>Kopfpauschale in der GKV</b>
	12,7 %	14,0 %	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,<sup>17</sup> 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 Arbeitseinkommen 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 Ein-

<sup>17</sup> Zur Frage, inwieweit diese Hälfte tatsächlich oder nur formal vom Arbeitgeber getragen wird, vgl. Kapitel 4.2.

kommen 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.<sup>18</sup>

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 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.

---

<sup>18</sup> Ein Einbezug aller Bürger, also auch von Selbständigen 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.

### 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. Lohnersatz Einkommen 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 Lohneinkommen. 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 Lohnersatz Einkommen 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.<sup>19</sup> 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.

---

<sup>19</sup> 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.<sup>20</sup> 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.

## 4 Weitere Ausgestaltungsp 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

---

<sup>20</sup> Abhängig von der Bevölkerungsstruktur sind die 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.

der GKV (oder 21,04 Mrd. Euro geschätzte Leistungsausgaben nach den Ausgabenprofilen des Risikostrukturausgleichs der GKV im Jahre 2000). Würden diese Ausgaben nicht durch Einkommensumverteilung 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 Beitragsbemessung 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 prämienfreie 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 prämienfreie 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 Steuerfinanzierung 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.<sup>21</sup> 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

---

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.

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 Arbeitsmarktakteure 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 Arbeitgeberanteil dem Arbeitnehmer als Bruttolohnbestandteil ausbezahlt und damit die Beitragszahlung auch formal vollständig auf den Arbeitnehmer übertragen werden.<sup>22</sup> 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.

---

<sup>22</sup> Ausführliche Betrachtungen darüber, wie das Einfrieren bzw. Auszahlen des Arbeitgeberbeitrages geregelt werden kann, finden sich in Sehlen et al 2004, Kapitel 3.3.

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 Kapitalstock 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 in gesundem 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 neue 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 großenteils 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 Altersvorsorgesparen 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 Krankenversicherungssystem 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 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.

Die PKV müsste also zum Ersten entscheiden, ob sie im Rahmen der Bürgerversicherung oder einem Bürgerprämiensystem 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.<sup>23</sup> 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

---

<sup>23</sup> Derzeit sind in der GKV überdurchschnittlich viele Bürger mit einem hohen Krankheitsrisiko versichert, in der PKV unterdurchschnittlich viele.

des EG-Vertrags sind für Unternehmen, die mit Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse betraut sind, wettbewerbsrechtliche Ausnahmeregelungen zulässig.

#### **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.<sup>24</sup> 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 Selbsthalten 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 aufrechtzuerhalten. Bezieher hoher Einkommen hätten starke Anreize, in die Basistarife zu wechseln. Damit könnten sie den Beitragsanteil der Wahlleistungen sparen, der für den GKV-internen Einkommensausgleich vorgesehen ist; mit dem Risikoanteil könnten sie sich bei Bedarf eine private Versicherung der abgewählten Leistungen zukaufen. Diese Problematik würde bei Pauschalprämien mit Solidarausgleich entfallen, da der Einkommensausgleich auf das Steuer-Transfer-System ausgelagert wäre. Unabhängig von der Finanzierungsart bestünde jedoch die Gefahr einer adversen Selektion nach Krankheitsrisiko.

---

<sup>24</sup> Vgl. zu einer Diskussion dieser Ausgestaltungsmerkmale Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002, Ziff. 484-490).

## 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 11a und 11 b 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 hat<sup>25</sup> (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“).

---

<sup>25</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen in dem Beitrag von Pfaff und Langer.

Tabelle 10 a: 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 Selbständige 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, selbständiger 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 zu einer Beitragsbemessungsgrenze von 5.100 €	einheitliche Pauschale für alle erwachsenen Versicherten derselben Krankenkasse. Durchschnittliche Prämienhöhe: 210 Euro, 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
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 Selbständige und Beamte sowie für Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der VPG	wie bislang, d.h. insbesondere keine GKV-Versicherungspflicht für Selbständige 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 Euro 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)
Vorgesehene Umverteilung von ... a) ... gesund zu krank b) ... reich zu arm c) ... Single zu Familie	<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"> <li>• innerhalb der GKV über einkommensabhängigen Zuschlag auf beitragspflichtiges Einkommen der GKV-Versicherten von 2,9 % bis zur VPG</li> <li>• über das Steuer-Transfer-System durch Besteuerung des ausbezahlten Arbeitgeberanteils und Erhöhung des Solidaritätszuschlages um 11,9 Prozentpunkte oder Anhebung des Umsatzsteuersatzes um 2,5 Prozentpunkte</li> </ul> <p>c) über Steuerfinanzierung der Gesundheitsprämie für Kinder;</p>

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 Euro 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 beitrifft, 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

## 6 Bewertung

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 1).

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.<sup>26</sup> 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 Vergleichsmodell 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 zu-

---

<sup>26</sup> 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.

mutbare 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- versicherung	Bürger- prämie	Kopf- pauschale	Kopf- pauschale ohne Aus- gleich		
		mit steuerfinanziertem Solidarausgleich				
<b>Verteilung:</b>						
Herangezogen werden für die Umverteilung ...						
... von Gesunden zu Kranken	alle Bürger:	ja	ja	nein <sup>a</sup>	nein <sup>a</sup>	
	alle Einkommen:	--- <sup>b</sup>				
... von Reichen zu Armen <sup>c</sup>	alle Bürger:	ja	ja	ja	nein	
	alle Einkommen:	nein <sup>d</sup>	ja	ja	nein	
... von Singles zu Familien <sup>c</sup>	alle Bürger:	ja	ja	nein	nein	
	alle Einkommen:	nein <sup>d</sup>	ja	ja	nein	
<b>Wachstum und Beschäftigung</b>						
Anstieg der Gesundheitsausgaben führt zu Anstieg der ...						
... Lohnnebenkosten	je nach Ausges- taltung	nein	nein	nein		
... Steuern		ja	ja	nein		
... Lohnkosten (ohne Lohnnebenkosten)		je nach Solidarausgleich		---		
		je nach Verhandlungsposition der Arbeits- marktakteure				
<b>Nachhaltigkeit</b>						
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		
<sup>a</sup> 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. <sup>b</sup> Der Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken stellt keinen Einkommenstransfer dar; folglich findet keine Umverteilung nach Einkommen statt. <sup>c</sup> Einschließlich Einkommenstransfer durch das Steuer-Transfer-System. <sup>d</sup> Sofern in der Bürgerversicherung, wie im Lauterbach-Modell, eine Beitragsbemessungsgrenze besteht oder nicht alle Einkommensarten verbeitragt werden.						

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 Aus-

gleich 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.<sup>27</sup>

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.<sup>28</sup>

**Tabelle 12: Weitere Ausgestaltungsoptionen nach ihrer prinzipiellen Vereinbarkeit mit verschiedenen Krankenversicherungssystemen**

Kriterium	Bürger- versicherung	Bürger- prämie	Kopf- pauschale	Kopf- pauschale ohne Aus- gleich
		mit Solidarausgleich		
<b>Beitragsfreie Mitversicherung Familienangehöriger</b>				
innerhalb der GKV	ja	nein	nein	nein
über Steuer-Transfer-System	nein	ja	ja	nein
<b>Arbeitgeberbeteiligung</b>				
Paritätische Beitragszahlung	ja <sup>b</sup>	nein	nein	nein
Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge	ja <sup>b</sup>	nein	nein	nein
Auszahlen der Arbeitgeberbeiträge	ja <sup>b</sup>	ja	ja	ja
<b>Rolle der PKV</b>				
Zusatzversicherungen	ja	ja	ja	ja
Vollversicherungen bei...				
... morbiditätsorientiertem RSA <sup>a</sup>	nein	ja	ja <sup>c</sup>	ja
...einkommens- und morbiditätsorientiertem RSA <sup>a</sup>	ja	--- <sup>c</sup>	--- <sup>c</sup>	--- <sup>c</sup>
<b>Aufbau von Kapitalreserven</b>	ja	ja	ja	ja

<sup>a</sup> RSA= Risikostrukturausgleich  
<sup>b</sup> Ausgestaltungsoptionen lassen sich prinzipiell in einem Bürgerversicherungsmodell realisieren, schließen sich jedoch gegenseitig aus  
<sup>c</sup> bei Pauschalprämien entfällt per Definition die Notwendigkeit eines einkommensbezogenen Risikostrukturausgleiches, da alle Versicherten gleich hohe Prämien zahlen.

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 dürften.

28 Für eine Kopfpauschale mit Solidarausgleich gelten vergleichbar günstige Beschäftigungseffekte.

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 11a und 11b 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 Quersub-

ventionierung 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.

## Anhang

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**

<b>Status Quo (1):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahmenbedingungen wie im Jahr 2001</li> <li>• Rechtsstand: Versicherungsstatus 01.01.2001, Bemessungsgrundlage 31.12.2000</li> </ul>
<b>Bürgerversicherungsmodell (2):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung</li> <li>• Kinder (bis 20 Jahre) sind beitragsfrei mitversichert.</li> <li>• Der Leistungskatalog der GKV entspricht dem Status quo (Rechtsstand 2001).</li> <li>• Finanzierung erfolgt über einkommensabhängige Beiträge.</li> <li>• Beitragsbemessungsgrundlage sind alle Einkünfte im Sinne des Steuerrechts.</li> <li>• 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.</li> <li>• Beitragsbemessungsgrenze verbleibt auf ihrem Niveau (<u>keine</u> Anhebung)</li> </ul>
<b>Bürgerprämienmodell (3):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung</li> <li>• Kinder (bis 20 Jahre) sind beitragsfrei mitversichert.</li> <li>• Der Leistungskatalog der GKV entspricht dem Status quo (Rechtsstand 2001).</li> <li>• Die Einkommensumverteilung erfolgt über das Steuer-Transfer-System.</li> <li>• Der Arbeitgeberbeitrag und Beitragszuschüsse werden einmalig als steuerpflichtiger Einkommensbestandteil ausgezahlt.</li> <li>• Die Bezüge der beihilfeberechtigten Beamten und Versorgungsempfänger werden aufgestockt um die durchschnittlichen Beihilfeaufwendungen, die heute anfallen.</li> <li>• Die Belastungsobergrenze, ab der ein Anspruch auf Prämiensubvention besteht, liegt bei 12,7 % bzw. 14% der Bemessungsgrundlage</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Kopfpauschale in der GKV (4)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bisherige Trennung von GKV, PKV und Sondersystemen bleibt erhalten</li> <li>• innerhalb der bestehenden GKV Finanzierung über Pauschalprämien</li> <li>• weitere Parameter siehe Bürgerprämienmodell</li> <li>• Die Belastungsobergrenze, ab der ein Anspruch auf Prämiensubvention besteht, liegt bei 14,0% der Bemessungsgrundlage</li> </ul>

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)<sup>29</sup> 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.

**Tabelle 14: Prämienhöhe in den Varianten eines Pauschalprämienmodells**

Variante	Versichertenkreis / Art des Prämienmodells Gesamtbevölkerung	Prämien pro Monat und Person
Bürgerprämie	allgemeine Pauschalprämie mit steuerfinanzierten Beitrag für Kinder und Jugendliche	alle Erwachsene: 174,50 € Kinder: 69,00 €
Kopfpauschale	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 finan-

<sup>29</sup> 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.

ziert. 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).