

BERT RÜRUP

Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Der Gesundheitsbereich ist in den meisten Ländern stärker reguliert als andere Märkte. Für *Abweichungen vom marktwirtschaftlichen System* gibt es eine ganze Reihe möglicher Gründe. Ein wesentlicher ist die eingeschränkte Konsumentensouveränität. Sie äußert sich insbesondere in einer strukturellen Unterlegenheit des Nachfragers von Gesundheitsleistungen gegenüber den Anbietern, sprich zwischen Patienten und Ärzten. Diese Unterlegenheit gründet auf einem in der Regel substantiellen Gefälle im medizinischen Wissen, das den Patienten Leistungen nachfragen lässt, deren Qualität er kaum beurteilen kann.

Die Aufgabe der Gesetzgebung und der staatlichen Regulierung im Gesundheitsbereich ist es, Voraussetzungen zu schaffen, dass sich die Akteure so weitgehend als möglich wie im *Wettbewerb* verhalten. Das bedeutet, dass möglichst starke Anreize zu einer effizienten Ressourcennutzung bestehen. Dabei umfasst der Effizienzbegriff stets zwei Dimensionen: die Kosteneffizienz und die Präferenzgerechtigkeit der produzierten Leistung. Ohne Zweifel lässt sich der Markt für Gesundheitsleistungen nicht als reiner „Warenmarkt“ organisieren, wobei gilt, dass die rein marktliche Allokation für einige Gesundheitsgüter wie z. B. Arzneimittel sicherlich besser passt als auf andere. In jedem Fall aber muss es Ziel der Gesundheitspolitik sein, den Wettbewerb zur Effizienzsteigerung in ihren Dienst zu stellen. Denn Wettbewerb ist ein allgemeiner gesellschaftlicher Steuerungsmechanismus, der nicht nur auf gewinnorientierten Märkten etabliert werden kann.

Die strukturelle Unterlegenheit der Patienten gegenüber den Erbringern medizinischer Leistungen bedeutet, dass sich die Wirkungen des Wettbewerbs als Steuerungsmechanismus primär auf dem *Markt für Krankenversicherungen* entfalten können, weil hier die Konsumentensouveränität weniger eingeschränkt ist. Dies gilt zum einen für den einzelnen Nachfrager von Krankenversicherungsschutz. Zum anderen gilt dies aber auch für die Anbieter von Krankenversicherungen, die wiederum als Nachfrager („Beschaffer“) von medizinischen Leistungen auftreten.

Ansatzpunkte einer intensiveren Nutzung des Wettbewerbs als Steuerungsmechanismus sind hier der Kassenwettbewerb bzw. die weitgehend uneingeschränkte Möglichkeit zum Kassenwechsel für die Versicherten und – neuerdings – erweiterte Möglichkeiten der Krankenkassen zum selektiven Kontrahieren mit Leistungserbringern.

Doch auch der Markt für Krankenversicherungen ist nicht als freier Markt organisiert. In Deutschland gibt es einen breiten gesellschaftlichen Konsens darüber, dass die Organisation des Marktes für Krankenversicherungen einen freien Zugang zu Ge-

sundheitsleistungen gewährleisten muss. Das heißt, die individuelle Zahlungsfähigkeit soll kein Kriterium der Zuteilung von Gesundheitsgütern sein, da jeder Mensch ein Anrecht auf Gesundheit hat. Ebensovienig dürfen angeborene Krankheiten oder Behinderungen zu einem Ausschluss vom Krankenversicherungsschutz führen.

Viele Ökonomen, die sich als liberal bezeichnen, aber auch andere fordern häufig für die Krankenversicherung „*risikoäquivalente Prämien*“ wie in der Kfz-Versicherung. Dies würde eine Differenzierung der Prämienhöhe nach aktuellem Gesundheitszustand bedeuten, und zwar nicht nur zu Beginn des Versicherungsverhältnisses wie in der PKV, sondern fortwährend. Selbst wenn dies durch staatliche Prämienzuschüsse für Einkommensschwache flankiert würde, ist dies versicherungsökonomisch ziemlich unsinnig. Die Krankenversicherung ist eben keine Kfz-Versicherung.

- Prämien differenzierung hat nur dann effizienzsteigernde Effekte, wenn die betreffende Risikoaktivität hinreichend elastisch auf Prämienabstufungen reagiert. Für die Auswahl der PS-Stärke und das eigene Fahrverhalten mag dies zutreffen, daher verwundert auch nicht, dass Prämien differenzierungen in der Kfz-Versicherung von den Versicherungsnehmern problemlos akzeptiert werden. Für das Gesundheitsverhalten gilt dies nur sehr eingeschränkt, zumal der *Gesundheitszustand* als Differenzierungskriterium herangezogen wird. Es lässt sich kaum trennscharf feststellen, zu welchen Anteilen ein festgestellter Gesundheitszustand genetisch bedingt ist oder durch Umwelteinflüsse oder durch individuell steuerbares Verhalten verursacht wurde. In den Fällen, in denen der Versicherte seinen Gesundheitszustand nicht unmittelbar selbst steuern kann, entstehen Ineffizienzen, da Prämien differenzierungen stets mit Kosten verbunden sind. Und schließlich: Ein Auto lässt sich sicherlich leichter wechseln als der eigene Gesundheitszustand.
- Im Gegensatz zur Kfz-Versicherung ist die Krankenversicherung typischerweise ein *langfristiges*, auf die gesamte Lebensdauer angelegtes Versicherungsverhältnis. Eine wesentliche Leistung des Versicherers besteht also darin, die Beitragsbelastung über die gesamte Versicherungsdauer zu „glätten“ bzw. so zu gestalten, dass der Versicherte als Folge von Aufwendungen für seine Gesundheit keine abrupten und übermäßigen Einkommensschwankungen erlebt. Das plötzliche Auftreten einer chronischen Krankheit z. B. soll eben gerade nicht zu einem Sprung in der Beitragsbelastung führen.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt die gegenwärtige einkommensabhängige Beitragsgestaltung die meisten der genannten Kriterien:

- Die Höhe der Beiträge berücksichtigt die *individuelle Zahlungsfähigkeit*.
- Die Beiträge sind *unabhängig vom Gesundheitszustand*, und zwar auch langfristig. Zudem gibt es keinerlei Risikoausschlüsse, es besteht Kontrahierungszwang.

Dennoch macht uns die Finanzierung der GKV, und speziell die Art der Beitragsbemessung, große Probleme. Der Grund hierfür ist, dass mit Beiträgen, die als Prozentsatz des Arbeitseinkommens erhoben werden, die Finanzierung der GKV unvermeidlich an die Entwicklung des *Arbeitsmarktes* gekoppelt ist und damit in einen *gesamtwirtschaftlichen Kontext* gestellt wird.

Es ist evident, dass die Finanzierung der Gesundheitsversorgung von 90 v.H. der Bevölkerung und damit die Finanzierung einer potentiellen Wachstumsbranche – ca. 4,3 Mio. Menschen arbeiten im Gesundheitsbereich – über den Faktor Arbeit, präziser die Löhne und Renten bis zur Beitragsbemessungsgrenze, ökonomisch dysfunktional geregelt ist. Diese *Dysfunktionalität* besteht *wechselseitig* und verstärkt sich zudem selbst: Die hohe Arbeitslosigkeit und langfristig eine abnehmende Erwerbsbevölkerung lassen die Einnahmen der GKV wegbrechen, während gleichzeitig die dadurch notwendigen Anhebungen der Beitragssätze die Arbeitskosten erhöhen und die Beschäftigungssituation weiter verschlechtern.

Zum *Wegbrechen der Finanzierungsbasis*: In den vergangenen 25 Jahren sind die Beitragssätze von 8,5 v.H. auf 14,3 v.H. gestiegen. Dieser Beitragssatzanstieg ist zum überwiegenden Teil einnahmeseitig verursacht worden, d. h. als Folge der Erosion der Beitragsgrundlagen durch

- die dauerhaft hohe Arbeitslosigkeit,
- die Frühverrentungsmaßnahmen,
- die diversen Leistungsrücknahmen in der Gesetzlichen Rentenversicherung und
- eine „Verschiebepolitik“ zu Lasten der GKV (z. B. die Reduzierung von Beiträgen für Empfänger von Arbeitslosenhilfe).

Der Anteil der beitragspflichtigen Einkommen am Bruttoinlandsprodukt droht weiter zu sinken, nicht nur als Folge der weiterhin hohen Arbeitslosigkeit, sondern auch als Folge von beschlossenen Leistungsrücknahmen in der Gesetzlichen Rentenversicherung bei einem gleichzeitig zunehmendem Rentneranteil an der Gesamtbevölkerung sowie als Folge des Ausbaus der betrieblichen Altersversorgung durch die Möglichkeiten zur sozialabgabenfreien Entgeltumwandlung.

Bislang wurden Einzelmaßnahmen erörtert oder ergriffen wie z. B. jüngst die volle Beitragspflicht für Betriebsrenten und auch für Kapitaleistungen, sofern es sich um Versorgungsbezüge handelt. Alle diese Maßnahmen waren im Einzelfall durchaus gut begründet, da sie zu einer Gleichbehandlung aller Versorgungsleistungen führen, aber eine wirkliche Antwort auf die Finanzierungsfrage stellen sie nicht dar.

Nun zu den *Beschäftigungswirkungen der GKV-Beiträge*: Die lohnzentrierte Finanzierung hat in den letzten Jahren in nicht unerheblichem Maße zur Verbreiterung des Abgabenkeils zwischen Produzenten- und Konsumentenlohn geführt und stellt damit eine doppelte Beschäftigungs- und Wachstumsbremse dar, nämlich sowohl für die Gesamtwirtschaft als auch für den Gesundheitsbereich, dessen Entwicklung durch die „Lohnnebenkostendebatte“ gehemmt wird.

Welche Effekte haben steigende Beitragssätze in der GKV?

Betrachten wir zunächst die *Arbeitnehmer-Beiträge*. Im „ökonomischen Normalfall“ reagiert der Arbeitnehmer auf eine steigende effektive Beitragsbelastung mit der Forderung nach kompensierender Lohnanhebung oder mit einer Reduzierung seines Arbeitsangebots. In beiden Fällen gibt es einen dämpfenden Effekt auf die Beschäftigung. Ausnahmen: Das Arbeitsangebot ist vollkommen unelastisch, oder dem erhöhten Beitrag steht auch eine erhöhte Leistung gegenüber (Äquivalenzcharakter). Letzte-

res wird in der GKV von den Arbeitnehmern so kaum gesehen, denn der GKV-Beitrag ist völlig unabhängig von der individuellen Inanspruchnahme; tatsächlich jedoch umfasst der Versicherungsschutz zunehmend die Früchte des medizinischen Fortschritts. Der unzureichende Äquivalenzcharakter spricht für dämpfende Beschäftigungswirkungen einer Beitragsanhebung. Empirisch zeigt sich aber eine relativ geringe Elastizität des Arbeitsangebots, insbesondere bei Männern. D. h., Erhöhungen des Arbeitnehmer-Beitrags führen eher zu Einkommens- als zu Beschäftigungseinbußen.

Nun zu den *Arbeitgeber-Beiträgen*: Steigt der Produzentenlohn, wird der Arbeitgeber zunächst alle Möglichkeiten der Überwälzung ausnutzen. Ein „Vorwälzen“ des zusätzlichen Arbeitgeber-Beitrags auf die Produktpreise ist aufgrund der Wettbewerbssituation auf vielen Märkten häufig kaum möglich. Es bleibt die „Rückwälzung“ auf die Arbeitnehmer, z. B. in Form geringerer Bruttolohnanhebungen. Insoweit dem Arbeitgeber dies gelingt, besteht für ihn kein Anreiz, Beschäftigung zu reduzieren. Es gibt aber einige Gründe, weshalb eine Rückwälzung nicht oder zumindest nicht vollständig gelingt:

1) Eine kompensierende Anpassung der Bruttolöhne ist aufgrund tarifvertraglich fixierter Löhne kurzfristig nicht möglich.

2) Auch betriebswirtschaftliche Gründe sprechen gegen eine rasche Kompensation auf diesem Wege: Arbeitgeber, die auf qualifizierte Arbeitnehmer angewiesen sind, werden sich darum bemühen, diese in ihren Unternehmen zu halten. Hierzu werden sie versuchen, Lohnfluktuationen ihrer qualifizierten Arbeitnehmer möglichst gering zu halten. Sie werden folglich Lohnanpassungen ganz unterlassen oder zumindest über eine längere Periode strecken.

3) Arbeitgeber bevorzugen Entlassungen als Anpassungsverhalten, denn hiervon sind in der Regel nur die am wenigsten produktiven und damit eine relativ kleine Gruppe der Arbeitnehmer im Unternehmen betroffen, während sich Lohnanpassungen meist auf die Gesamtbelegschaft beziehen.

Selbst wenn mittelfristig eine Rückwälzung gestiegener Arbeitgeber-Beiträge weitestgehend gelingt (vgl. 1) und 2)), so heißt dies nicht, dass dann auch eine kurzfristige Abnahme der Beschäftigung wieder rückgängig gemacht würde. Denn empirisch sind gerade für Deutschland ausgeprägte Verharrungstendenzen der Arbeitslosigkeit („Hysterese“) nachgewiesen.

Wie also muss eine problemadäquate *Reform der Finanzierung* der Krankenversicherung aussehen, die

- die Einnahmehasis längerfristig stabilisiert und die negativen gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen des heutigen Systems beseitigt,
- dabei aber gleichzeitig die GKV-Grundsätze beibehält, dass Beiträge unabhängig vom individuellen Gesundheitszustand zu erheben sind und den Einzelnen finanziell nicht überfordern?

Geht es zunächst um die Wachstums- und Beschäftigungswirkungen einer Finanzierungsreform der GKV, so liegt der Fokus eindeutig auf der *Art der Beitragsbemes-*

sung. Und auf sie möchte auch ich meine weiteren Betrachtungen konzentrieren. Lassen Sie mich aber zuvor noch kurz eine Bemerkung zum *Versichertenkreis* machen.

Die Frage, welchen Personenkreis die Pflichtmitgliedschaft in der GKV zukünftig umfassen soll, ist selbstverständlich von großer Relevanz. Allerdings geht es hier vor allem um den Krankenversicherungsmarkt selbst. Im Vordergrund steht für den Sozialpolitiker hier der Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit, für den Ökonomen die Fragen nach Risikoselektion und nach möglichen Wettbewerbshemmnissen durch die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes.

Im Hinblick auf die gesamtwirtschaftlichen Wirkungszusammenhänge und die Stabilisierung der GKV-Finanzierungsbasis ist die Art der Beitragsbemessung von größerer Bedeutung. Dies haben auch die Berechnungen der von mir geleiteten Kommission im letzten Jahr gezeigt: Demnach würde der Einbezug weiterer Einkunftsarten und die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 € einen Beitragssatzeffekt in Höhe von 1,3 Prozentpunkten erbringen. Die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze in Verbindung mit der Einbeziehung von Beamten, Selbständigen und Landwirten würde dagegen eine Senkung des Beitragssatzes um nur 0,7 Prozentpunkte ermöglichen. Zu berücksichtigen ist dabei zusätzlich, dass diese 0,7 Punkte kurzfristig kaum zu realisieren wären, weil eine solche Erweiterung des Versichertenkreises aus verfassungsrechtlichen Gründen und wegen des Vertrauensschutzes kaum ohne längere Übergangszeiten umsetzbar sein dürfte.

I. Zur Reform der Beitragsbemessung

Aus der aktuellen Debatte kristallisieren sich im wesentlichen zwei Ansätze heraus, und zwar die Umstellung der bisher einkommensabhängigen Beiträge auf

- *steuerähnliche Beiträge* auf sämtliche Einkunftsarten bis zur Beitragsbemessungsgrenze oder auf
- *kassenspezifische Pauschalbeiträge* bei gleichzeitiger Verlagerung des sozialen Ausgleichs in das Steuer-Transfer-System.

Beide Konzepte sind solidarische Versicherungen, und in beiden Modellen kann der Status quo der Umverteilung aufrecht erhalten werden. In beiden Entwürfen sind ein morbiditätsorientierter RSA und Kassenwettbewerb konstitutive Bestandteile. Und schließlich lassen sich beide Arten der Beitragsbemessung gleichermaßen mit einer Ausweitung des Versichertenkreises kombinieren.

Die Unterschiede beider Konzepte werden anhand folgender Beurteilungskriterien deutlich:

- Beschäftigungs- und Wachstumsfreundlichkeit sowie Stabilisierung der Finanzierungsbasis (dieses Kriterium sollte m. E. die höchste Priorität haben),
- verteilungspolitische Zielgenauigkeit und Praktikabilität sowie
- Demographieresistenz.

II. Zur Beschäftigungsfreundlichkeit und Stabilisierung der Finanzierungsbasis

Pauschalbeiträge gewährleisten eine weitestgehende Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten. Zum Zeitpunkt der Umstellung ändert sich an der absoluten Höhe der Arbeitskosten zwar zunächst nichts, da die derzeitigen Arbeitgeberbeiträge an die Versicherten als Bruttolohn ausgezahlt werden; jedoch führen Beitragssteigerungen nicht länger automatisch zu höheren Lohnnebenkosten. Freilich ist nicht abzusehen, inwieweit Beitragserhöhungen in kommenden Tarifverhandlungen berücksichtigt werden, einen Automatismus gibt es indes nicht mehr.

Ein wesentlicher Vorteil der Pauschalbeiträge ist, dass der heutige Lohnsteuercharakter der Krankenversicherungsbeiträge mit seinen negativen allokativen Effekten beseitigt wird. Für nicht zuschussbedürftige Personen hat ein Pauschalbeitrag den Charakter einer Kopfsteuer ohne verzerrende Effekte, denn eine Erhöhung des Einkommens hat keine zusätzliche Belastung mit Krankenversicherungsbeiträgen zur Folge. Für zuschussbedürftige Personen bleiben Verzerrungen auf der Arbeitsangebotsseite erhalten, da zusätzliches Gesamteinkommen den Zuschuss im Ausmaß des Eigenanteilssatzes reduziert. Die für die Beschäftigungswirkungen besonders wichtigen Grenzbelastungen sinken im Vergleich zum Status quo vor allem im stark besetzten mittleren Einkommensbereich. Der Abgabenkeil wird deutlich verringert.

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung wird durch Pauschalbeiträge nachhaltiger. Die Einnahmehasis wird erweitert: Die Beitragszahlungen erfolgen unabhängig von der Höhe und Zusammensetzung des Gesamteinkommens eines Versicherten, während die Bemessung der steuerfinanzierten Beitragszuschüsse von der Höhe des Gesamteinkommens eines Versicherten abhängt und für die Zuschussfinanzierung wiederum alle steuerpflichtigen Einkommen herangezogen werden. Hierdurch wird die Beitragsbasis stabilisiert und unabhängiger von konjunkturellen Schwankungen sowie steigender Arbeitslosigkeit. Der Finanzierungsbeitrag der Rentnerinnen und Rentner nimmt deutlich zu.

Steuerähnliche Beiträge auf sämtliche Einkunftsarten bedeuten dagegen keine echte Entkopplung von den Arbeitskosten, da auch bei einer Anhebung der BBG auf lange Zeit die Arbeitnehmerentgelte etwa 95 v.H. der Beitragsgrundlagen ausmachen werden. Zukünftige Beitragsatzsteigerungen würden den Faktor Arbeit weiterhin stark belasten, und die Konjunkturabhängigkeit der Beitragseinnahmen würde kaum reduziert. Die durch die Einbeziehung sämtlicher Einkunftsarten ermöglichte Beitragssatzsenkung lässt zwar die Grenzbelastungen für sich genommen in den unteren und mittleren Einkommensbereichen leicht sinken; bei einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf z. B. 5.100 € würden die Grenzbelastungen jedoch in dem Einkommensbereich mit ohnehin schon sehr hohen marginalen Belastungen auf bis zu 75 v.H. steigen. Die resultierenden verzerrenden Wirkungen sind vergleichbar mit denen einer entsprechenden Anhebung der Lohnsteuer.

III. Zur verteilungspolitischen Zielgenauigkeit und Praktikabilität

Durch die weitgehend lohnbezogene Beitragserhebung in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird der Grundsatz der Leistungsfähigkeit gegenwärtig in vielfacher Weise durchbrochen. Beide hier diskutierten Modelle würden in dieser Hinsicht im Vergleich zum Status quo eine Verbesserung darstellen.

Die Berechnungen der von mir geleiteten Kommission ergaben für die zwei konkreten Modelltypen „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämie“, die auf den beiden unterschiedlichen Arten der Beitragsbemessung aufbauen, nahezu spiegelbildliche Wirkungen, sowohl in allokativer als auch in verteilungspolitischer Hinsicht. Über diesen scheinbar unvermeidlichen Trade off muss die Politik unter Würdigung auch der gesamtwirtschaftlichen Situation entscheiden. In einem System mit Pauschalbeiträgen lassen sich in jedem Fall die sozial- und verteilungspolitischen Zielvorstellungen verwirklichen, ggf. jedoch unter Inkaufnahme einer Schmälerung der positiven Allokationseffekte. So ließe sich beispielsweise die Finanzierungslücke im „Gesundheitsprämien-Modell“ der Kommission in Höhe von 4,4 Mrd. € bzw. 10,2 Mrd. € (je nach Zuschusskriterium) durch eine progressive Steuer oder eine Erhöhung des Solidaritätszuschlags schließen. Die Entlastungen im mittleren bis oberen Einkommensbereich fielen dann deutlich geringer aus. Man beachte jedoch: Bereits im ursprünglichen Modell werden durch die Umstellung auf Pauschalen 86 v.H. der Arbeiter- und Angestelltenhaushalte entlastet.

Wichtiger aber noch erscheint mir folgender Aspekt: Durch die Ausgliederung des sozialen Ausgleichs in das Steuer-Transfer-System wird die Gesetzliche Krankenversicherung von der Aufgabe der einkommensbezogenen Umverteilung befreit. Da es sich hierbei um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, ist es nur folgerichtig, dass sie von allen Steuerpflichtigen wahrgenommen wird. Dasselbe Ziel ließe sich selbstverständlich auch mit der Einbeziehung sämtlicher Personengruppen in die GKV erreichen. Der Vorteil des Modells mit Pauschalbeiträgen ist aber, dass hier eine Einbeziehung aller Einkommensarten und der gesamten steuerpflichtigen Bevölkerung in den sozialen Ausgleich sofort und ohne Übergangsfristen möglich wäre.

Die Übertragung des sozialen Ausgleichs ins Steuer-Transfer-System hätte zudem den Vorzug, dass verteilungspolitisch einheitlich dieselben Maßstäbe angewandt würden. Mit steuerähnlichen Beiträgen in der GKV eröffnet man quasi auch ein neues, paralleles Steuersystem. Es käme zwingend zu einer Vermischung zwischen dem Bruttoprinzip des Sozialrechts und dem steuerrechtlichen Prinzip der positiven Einkünfte.

Ein Beispiel: Ausweislich der jüngsten Lohn- und Einkommensteuerstatistik für das Veranlagungsjahr 1998 standen den Steuerpflichtigen mit per Saldo positiven Einkünften aus Vermietung und Verpachtung in einer Gesamthöhe von 18,6 Mrd. € Steuerpflichtige mit per Saldo negativen Einkünften aus Vermietung und Verpachtung von insgesamt 35 Mrd. € gegenüber. Gesamtwirtschaftlich ergeben sich somit aus Vermietung und Verpachtung negative Einkünfte in Höhe von etwa 16 ½ Mrd. €. Um

einen Aufkommenseffekt der Verbeitragung von Mieten zu erzielen, müsste eine neue sozialversicherungsrechtliche Einkommensabgrenzung, die von der steuerlichen abweicht, vorgenommen werden. Das SGB V bietet hierzu zwar im Zusammenhang mit den freiwillig Versicherten und der Mitversicherung von Familienangehörigen eine Lösung an. Überzeugend ist diese allerdings nicht.

Würde außerdem eine Abgeltungssteuer auf Kapitaleinkommen erhoben, würden diese Einkünfte nicht mehr in den Steuererklärungen auftauchen und könnten daher kaum noch verbeitragt werden.

Die Finanzierung des sozialen Ausgleichs über das Steuersystem ist jedoch auch nicht unproblematisch, allerdings liegen hier die Schwierigkeiten eher im politischen Raum. Kritik entzündet sich an dem Vorschlag, die personelle Umverteilung aus dem GKV-System zu eliminieren und einem Steuersystem zu übertragen, dessen zukünftige Gestalt angesichts der fortwährenden Diskussion über eine große Steuerreform gegenwärtig nicht geklärt ist. Hierdurch könnte aber auch ein heilsamer Druck entstehen, das Steuer-Transfer-System, das zweifellos ebenfalls durch zahlreiche verteilungspolitische Widersprüche gekennzeichnet ist, neu zu ordnen.

IV. Zur Demographieresistenz

Pauschalbeiträge machen das System etwas weniger abhängig von der demographischen Entwicklung, da auch die Rentner den einheitlichen Pauschalbeitrag zahlen. Eine Erhöhung des Verhältnisses von Rentnern zu erwerbstätigen Beitragszahlern führt prinzipiell nicht – wie im derzeitigen System – zu Beitragsmindereinnahmen. Die Rentner würden vielmehr stärker zur Finanzierung ihrer Gesundheitskosten herangezogen. So würde der Anteil der Ausgaben der Krankenversicherung der Rentner (KVdR), der durch Beiträge der Rentner gedeckt wird, in einem Pauschalbeitragsystem von heute rund 44 v.H. auf über 65 v.H. steigen. Ein Teil der demographischen Probleme würde über das Zuschussystem ins Steuersystem verlagert.

Eine im Vergleich zum Status quo stärkere Resistenz gegen die Auswirkungen der demographischen Entwicklung kann für steuerähnliche Beiträge nur insoweit festgestellt werden, als Rentner durch die Einbeziehung anderer Einkommen ggf. höhere Beiträge zahlen müssten. Der Anstieg des Verhältnisses von Rentnern zu Erwerbstätigen belastet dagegen tendenziell weiterhin die Einnahmeseite.

Da die Probleme der Alterung in der Krankenversicherung weniger auf der Einnahmeseite als vielmehr auf der Ausgabenseite liegen, können beide Ansätze letztlich keine „Demographiefestigkeit“ generieren. Antworten auf die Frage, wie die Finanzierung der Krankenversicherung die Herausforderungen durch den demographischen Wandel in Verbindung mit dem medizinischen Fortschritt, und hier insbesondere eine mögliche Versteigerung der altersabhängigen Gesundheitsausgaben, bewältigen kann, stehen noch aus. Eine zumindest ergänzende Kapitaldeckung erscheint angebracht, wobei diese ganz unterschiedlich ausgestaltet sein kann. Die kapitalgedeckte Private

Krankenversicherung in ihrer derzeitigen Form bietet diesbezüglich noch keine ausreichend befriedigenden Lösungen.

V. Fazit

Die Ziele einer Reform der Art der Beitragsbemessung in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind klar: Eine Stabilisierung der Finanzierungsbasis, eine höhere Beschäftigungs- und Wachstumsfreundlichkeit sowie eine Beseitigung der bestehenden verteilungspolitischen Widersprüche. Allen drei Zielen kann man sich sowohl über steuerähnliche Beiträge auf alle Einkunftsarten als auch über Pauschalbeiträge mit steuerfinanziertem sozialen Ausgleich nähern. Unterschiede ergeben sich letztlich bei der Gewichtung von Allokation und Verteilung, sowohl zwischen den beiden Ansätzen als auch innerhalb der beiden Modelle im Rahmen ihrer jeweiligen Gestaltungsspielräume.

Meines Erachtens sind die positiven Allokationswirkungen, die bei den Pauschalbeiträgen ganz eindeutig größer ausfallen, höher zu gewichten. Unsere durch Massenarbeitslosigkeit und Alterung gekennzeichnete Gesellschaft braucht dringend mehr Beschäftigungs- und Wachstumsimpulse, nicht aber einen Ausbau der GKV-internen personellen Einkommensumverteilung. Im Übrigen ist eine Politik, die Beschäftigung und Wachstum fördert, auch verteilungspolitisch geboten.