

## Bürgerversicherung aus volkswirtschaftlicher Sicht

### I. Die Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

Das derzeitige Finanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist nicht zukunftsfähig. Schon heute müssen die Beitragssätze trotz der Beitragssatz-Stabilisierungspolitik – aktuelles Beispiel ist das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) mit Wirkung vom 1.1.2004 – erhöht werden. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Gemeinsam ist ihnen, dass die Einnahmen aus den lohnbezogenen Beiträgen langsamer wachsen als die Ausgaben. Daher müssen, um das finanzielle Gleichgewicht zu erhalten, die Beitragssätze immer wieder erhöht werden. Grund dafür ist auf der Einnahmenseite heute unter anderem die hohe Arbeitslosigkeit. Aber auch die Nachfrageverlagerung in den Dienstleistungssektor „Gesundheit“, die besondere Art des medizinischen Fortschritts und systemimmanente Ursachen tragen zum Beitragsanstieg bei. Diese Beitragssatzsteigerungen kommen heute zur „Unzeit“, da über steigende Lohnnebenkosten gerade zu dem Zeitpunkt der Arbeitsmarkt zusätzlich belastet wird, zu dem die Lohnkosten aus Gründen der Beschäftigung eher gesenkt werden müssten. Wird der zukünftige demografische Wandel in vollem Ausmaß spürbar, wird sich der Anstieg der Beitragssätze deutlich beschleunigen. Es ist daher leicht einzusehen, warum über partielle Anpassungsmaßnahmen hinaus heute über grundsätzliche Systemreformen debattiert wird. Dabei steht die Diskussion über ein zukunftsfähiges Finanzierungssystem im Vordergrund. Hinter der eher vordergründigen Finanzierungsfrage stehen aber die generellen Ziele einer besseren *Effizienz der Gesundheitsversorgung* und einer „gerechteren“ *Verteilung der Finanzlasten*, um den in Zukunft zu erwartenden Anstieg der Ausgaben für die Mitglieder „in tragbaren Grenzen“ zu halten. Darüber hinaus sollen die negativen Rückwirkungen, die – infolge des Arbeitgeberbeitrages – auf den Arbeitsmarkt ausgehen, neutralisiert werden.

Neben der Krankenversicherung sind vor allem die Pflege- und die Rentenversicherung von ähnlichen Zukunftsproblemen betroffen. Die Krankenversicherungsreform ist daher Teil einer übergeordneten Sozialreform. Eine Reform der Krankenversicherung ist jedoch schwieriger als eine Reform z. B. der Pflege- oder der Rentenversicherung, weil erstere ein wesentlich geringeres Ausgabenvolumen aufweist und letztere einen wesentlich kleineren „Produktionssektor“ einschließt. Im Gesundheitswesen sind dagegen bis zu 4 Millionen Erwerbspersonen direkt und indirekt von den Reformen betroffen. Krankenversicherungsreform ist daher Sozial- und Wirtschaftsreform zugleich.

Angesichts der Unmöglichkeit, die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung über lohnbezogene Beiträge langfristig durchzuhalten, aber auch in Anbetracht der Probleme, den Gesundheitssektor durch staatlich-bürokratische Interventionen zu steuern und der Überforderung der „gemeinsamen Selbstverwaltung“ ist „mehr Wettbewerb“ auf allen Ebenen des Gesundheitswesens die einzig realistische Alternative zu einer Politik drastischer und permanenter staatlicher Sparprogramme. Nur über Wettbewerb lassen sich die Zukunftsprobleme teilweise über eine Effizienzsteigerung auffangen. Ausgabendämpfungspolitik kann im Gegensatz dazu lediglich dafür sorgen, dass die heutigen Effizienzmängel („VW-Golf“ zum Preis der „Mercedes S-Klasse“) auf niedrigerem Ausgabenniveau erhalten bleiben („Trabbi“ zum Preis eines „VW-Golf“). Mehr Effizienz lässt sich in einem Großsystem wie dem Gesundheitssektor nicht mit „zentralverwaltungswirtschaftlichen“ Befehlen, Gesetzen und Verordnungen erreichen.

Wettbewerb kann – wegen der mangelnden Konsumentensouveränität der Patienten – schwergewichtig nur auf der Versicherungsebene ansetzen, weil nur auf dieser Ebene die Versicherten (unter entsprechenden Rahmenbedingungen) sinnvolle Konsumentscheidungen treffen und so über ihre Zahlungsbereitschaft das Gesamtsystem steuern können. Stichworte sind hier „Pflicht zur Grundabsicherung“ und Konsumentenfreiheit im *Zuwahlleistungsbereich* (einschließlich einer steuerungswirksamen Direktbeteiligung mit Überforderungsklausel). Ebenso erforderlich ist eine Reorganisation der Krankenkassen und der Leistungserbringer, um einen *Vertragswettbewerb* um die besten Leistungserbringer entstehen zu lassen. Stichworte sind hier integrierte Versorgungseinheiten der Leistungserbringer und selektive Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.

Die größte „Reformbaustelle“ mit den wichtigsten Umgestaltungsnotwendigkeiten stellt die *Neuordnung der Finanzierung* dar, weil hier die unterschiedlichsten Zielsetzungen „unter einen Hut“ zu bringen sind.

## II. Zwei Reformkonzepte: „Bürgerversicherung“ und „Pauschalprämien mit getrennt finanziertem Sozialausgleich“

An dieser „Neuordnung der Finanzierung der Krankenkassen“ setzten die beiden wichtigsten, zurzeit politisch diskutierten Reformkonzepte der „Bürgerversicherung“ und der „Pauschalprämien mit getrennt finanziertem Sozialausgleich“ an<sup>1</sup>. Die beiden Reformkonzepte unterscheiden sich wesentlich in der Gewichtung der im Vordergrund stehenden Ziele (Effizienz oder Verteilung) und der angestrebten zeitlichen wie strukturellen Reichweite (lang- oder kurzfristige Lösungen) sowie ihrer Ausrichtung (Weiterentwicklung versus grundlegende Reform des bestehenden GKV-Systems).

---

<sup>1</sup> Einen Überblick über die beiden Modelle bietet zum Beispiel *Jacobs* (2003), detailliert betrachtet werden die beiden Alternativen im Endbericht der *Rürup-Kommission* (2003). Weitere Finanzierungskonzepte finden sich bei *Henke et al.* (2003).

Während die Bürgerversicherung eine Weiterentwicklung und Ausweitung des GKV-Systems anstrebt und auf eher kurzfristige Verteilungswirkungen abzielt, haben Pauschalprämienmodelle eine grundlegende Reform mit kurz- und langfristiger Perspektive im Visier und streben eine Effizienzverbesserung, die Abkoppelung vom Arbeitsmarkt und grundlegende Verteilungskorrekturen gleichermaßen an.

Das Konzept der Bürgerversicherung<sup>2</sup> sieht vor, die gesamte Bevölkerung in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen, also insbesondere auch Beamte und Selbständige. Umgesetzt werden soll das durch eine Erhöhung (den Wegfall) der Versicherungspflichtgrenze (von derzeit 3.862,50 Euro Monatseinkommen). Gleichzeitig soll die Beitragsbemessung vom Bruttolohn auf weitere (alle) Einkommensarten (auch Miet- und Kapitaleinkommen) ausgeweitet und die Beitragsbemessungsgrenze (derzeit 3.487,50 Euro) deutlich erhöht werden. Gedacht ist auch an unterschiedliche Beitragsbemessungsgrenzen für unterschiedliche Einkommensarten (höhere Beitragsbemessungsgrenze für Kapitaleinkommen). Die Beiträge auf Nicht-Lohneinkommen wären über die Finanzämter einzuziehen und an die Krankenkassen (evtl. über den Risikostrukturausgleich) zu verteilen. Die Beiträge auf Lohneinkommen wären wie bisher über den Arbeitgeber (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) zu erheben und abzuführen. Auf diese Weise (breitere und höhere Einkommensbasis und Ausweitung der Versichertenzahl) könnte der Beitragssatz (nicht unbedingt der absolute Beitrag) um ca. 2 Prozentpunkte gesenkt werden.

Es bleibt also grundsätzlich bei der einkommensbezogenen Finanzierung der GKV, die Umverteilung bleibt integraler Bestandteil des Systems, eine Trennung von Umverteilung und Finanzierung der GKV wird ausdrücklich abgelehnt.

Da sozialpolitische Ziele im Vordergrund stehen, ist die Ausweitung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die Gesamtbevölkerung durchaus folgerichtig. Aus der Gefahr heraus, dass prinzipiell jeder durch existentielle Gesundheitsrisiken ruiniert werden kann, ist eine für alle Bürger geltende Mindest-Versicherungspflicht sozialpolitisch begründet. Fraglich bleibt allerdings, ob das nicht bereits durch die Existenz der alle Bürger absichernden „Sozialhilfe“ hinreichend gewährleistet wird. Fraglich ist außerdem, ob das nicht besser durch eine Versicherungspflicht statt durch eine Pflichtversicherung in der Gestalt der GKV realisiert werden kann.

Auch die sozialpolitische Zielsetzung einer Einkommensumverteilung von hohen zu niedrigen Einkommen begründet eine Einbeziehung aller Bürger in diesen Umverteilungsprozess. Für diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist allerdings die Finanzpolitik (das Steuer-Transfer-System) der geeignete Adressat. Der Versuch, Einkommensumverteilung über Partialsysteme wie die Krankenversicherung erreichen zu wollen, ist zum Scheitern verurteilt, weil die Gesamtverteilungswirkung nicht kontrolliert werden kann. Er ist untauglich, weil die Verbindung von Verteilungszielen mit einem Versorgungssystem (Gesundheitsversorgung) zu unauflösbaren Konflikten zwischen Verteilungs- und Versorgungszielen führt, mit dem Ergebnis, dass *beide Ziele nicht erreicht werden können*.

---

<sup>2</sup> Zum Konzept der Bürgerversicherung vgl. *Rürup-Kommission* (2003), S. 149 ff.

Am deutlichsten wird dieser Zielkonflikt an der Forderung, im Rahmen der Bürgerversicherung die Beitragsbemessungsgrenze zu erhöhen, *aber grundsätzlich beizubehalten*. Dadurch wird notgedrungen auf eine Umverteilung von den darüber liegenden Einkommen zu den „Ärmeren“ verzichtet. Das lässt sich nicht vermeiden, da Haushalten mit besonders hohen Einkommen offensichtlich nicht zugemutet werden kann, eine Krankenversicherung im Extremfall für einen Beitrag von z. B. 100.000,- Euro (10 % Beitrag auf ein Millioneneinkommen) zu „kaufen“.

Würde die Umverteilung getrennt von der Finanzierungsfunktion über Steuern angestrebt, würde eine entsprechende Steuerzahlung ohne Obergrenze eher akzeptiert werden.

Da es grundsätzlich beim *Arbeitgeberanteil* bleibt, gelingt eine Abkoppelung der Gesetzlichen Krankenversicherung vom Arbeitsmarkt nicht. Es kommt zwar kurzfristig „mehr Geld ins System“, aus den Sparzwängen, die sich „künstlich“ aus der Verbindung zum Arbeitsmarkt ergeben, wird die Gesundheitspolitik aber nicht befreit<sup>3</sup>. Auch in Zukunft muss es daher immer wieder „Ausgabendämpfungsgesetze“ geben, die nicht gesundheitspolitisch, sondern arbeitsmarktpolitisch begründet sind. Arbeitsmarktpolitische Motive sind jedoch auf Dauer keine sinnvolle Leitlinie für Gesundheitspolitik. Die Projektionen, die bei der aktuellen Ausgestaltung der GKV für die Zukunft (2030-2050) zu Beitragssätzen von um die 25 % kommen, haben auf einem um ca. 2 Prozentpunkte abgesenkten Niveau auch für die Bürgerversicherung Gültigkeit.

Da alle Bürger Mitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden müssten, ginge der Privaten Krankenversicherung (PKV) der größte Teil ihres Marktes verloren, sie hätte nur im Bereich der Zusatzversicherungen eine Existenzberechtigung. Damit würde das Umlageverfahren (der GKV) ausgeweitet und das Kapitaldeckungsverfahren (der PKV) aufgegeben. Auf diese Weise würde die Demografieabhängigkeit des Gesamtsystems verstärkt. Statt die Kapitaldeckung auszubauen würde sie – im Gegenteil – reduziert. Die ohnehin drohende Gefährdung des sog. „Generationenvertrages“ würde verschärft. Es spricht daher vieles dafür, die PKV mit ihrem Kapitaldeckungsverfahren beizubehalten, dieses allerdings wettbewerblicher zu gestalten.

Das *Konzept der Pauschalprämien mit getrennt finanziertem Sozialausgleich*<sup>4</sup> geht von einer anderen Philosophie aus. Zwar werden auch diese Vorschläge zumeist von der aktuellen Finanzierungsproblematik der Gesetzlichen Krankenversicherung „angetrieben“. Dahinter steht aber eine sehr viel weitergehende Konzeption. Angestrebt wird eine nachhaltige Lösung der wichtigsten Grundprobleme der GKV.

Dazu wird eine *Trennung von Versorgungs- und Verteilungsfunktion* vorgeschlagen, weil es nur dann möglich ist, für die getrennten Bereiche, sowohl für das Versorgungssystem wie auch für das Umverteilungssystem, eine optimale Lösung zu erreichen. Der Zielkonflikt zwischen Allokation und Distribution kann nur auf diese Weise entschärft werden.

<sup>3</sup> Vgl. Gerken/Raddatz (2003), S. 7.

<sup>4</sup> Zum Konzept der Pauschalprämien vgl. *Rürup-Kommission* (2003), S. 161 ff. und *Sachverständigenrat* (2002), S. 285 ff.

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung soll dabei über Pauschalprämien realisiert werden, weil diese mit einer wettbewerblichen Rahmenordnung besser kombiniert werden können als einkommens- oder gar lohnbezogene Beiträge zur GKV. Hintergrund dieser Überlegungen ist also eine Wettbewerbsordnung für den Krankenversicherungsbereich, über die eine effizientere Versorgung mit Gesundheitsleistungen angestrebt wird.

Nicht nur Effizienzziele werden heute in der GKV verletzt, die Verteilungswidersprüche sind nicht weniger zahlreich und gravierend. Abgekoppelt von der Leistungserstellung sollen die Ziele der Umverteilung grundsätzlich und deutlich formuliert werden und über Umverteilungsmaßnahmen, die die gesamte Bevölkerung einbinden (z. B. allgemeine Steuern), erreicht werden.

Da das Pauschalprämien-Modell die wichtigsten Zielverfehlungen im heutigen System beheben will, ist es erforderlich, sich mit diesen Zielverfehlungen, den anzustrebenden Verteilungszielen sowie mit dem dahinter stehenden Wettbewerbskonzept für den Gesundheitssektor auseinander zu setzen.

### III. Wettbewerbsorientierte Reformpolitik und Pauschalprämien

Wettbewerb kann – wegen der mangelnden Konsumentensouveränität der Patienten – schwergewichtig nur auf der *Versicherungsebene* ansetzen. Stichworte sind hier – wie gesagt – „*Pflicht zur Grundabsicherung für jeden*“ und Konsumentenfreiheit im *Zwahrleistungsbereich* (einschließlich einer steuerungswirksamen Direktbeteiligung mit Überforderungsklausel). Ebenso erforderlich ist eine Reorganisation der Krankenkassen einerseits und der Leistungserbringer andererseits, die einen *Vertragswettbewerb* (statt gemeinsamer und einheitlicher Abschlüsse) um die besten Leistungserbringer zulässt. Stichworte sind hier integrierte Versorgungseinheiten der Leistungserbringer und „selektive Verträge“ zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Erforderlich ist eine Deregulierung der „gemeinsamen Selbstverwaltung“ und des Organisationsrechts für Krankenkassen und alle Leistungserbringer.

Auf der Finanzierungsseite sind „Preise“ (Prämien) für die von den Versicherungsnehmern bevorzugte Form der Risikoabsicherung gegen die materiellen Folgen von Krankheiten (in Art und Umfang) erforderlich. Nur dann können Versicherungskonsumenten aufgrund von Preis-Leistungs-Vergleichen rational entscheiden. Ein geeignetes Preissystem könnte in „Pauschalprämien“ gesehen werden. Da die Krankenversicherungen über diese „Wettbewerbspreise“ ihre gesamten Einnahmen bestreiten müssen – andernfalls kann es zu keinen sinnvollen Preis-Leistungs-Vergleichen kommen – wären zwangsläufig die Arbeitgeberbeiträge dem Lohn zuzuschlagen und an die Arbeitnehmer auszuzahlen. Eine Abkoppelung der Krankenversicherung vom Arbeitsmarkt ist daher ein wesentlicher Bestandteil des Pauschalprämien-Konzeptes<sup>5</sup>. Damit entfielen auch die arbeitsmarktpolitischen Begründungen für die zahlreichen

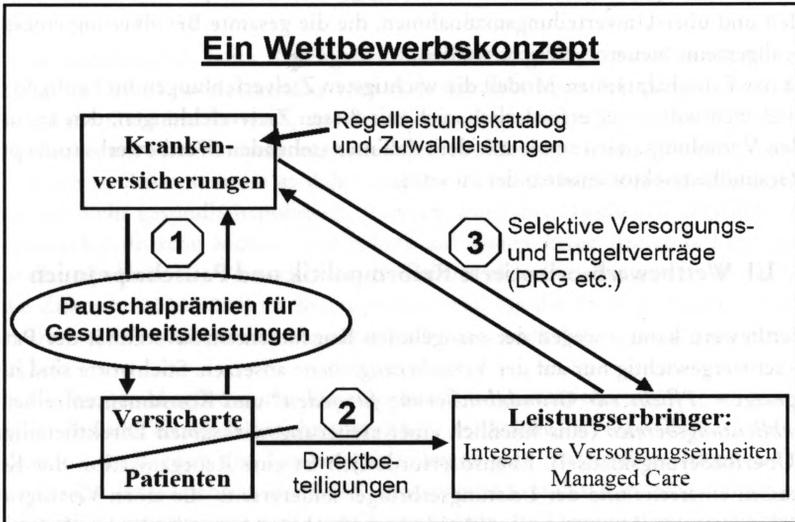
---

<sup>5</sup> Vgl. Gerken/Raddatz (2003), S. 7.

Ausgabendämpfungsgesetze der Vergangenheit. Ein Großteil der politisch-bürokratischen Steuerung des Gesundheitswesens würde durch eine wettbewerbliche Steuerung ersetzt<sup>6</sup>.

Pauschalprämien sind daher ein wesentlicher Bestandteil eines wettbewerblichen Gesamtkonzeptes. Abbildung 1 verdeutlicht, wie sich Pauschalprämien in ein Wettbewerbskonzept einfügen (vgl. Beziehungsstrang 1)<sup>7</sup>.

Abbildung 1



Die Art des Preissystems entscheidet nicht nur darüber, wie gut ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen funktionieren kann, sondern auch darüber, welche Aspekte des „Solidarprinzips“ *innerhalb* der Krankenversicherung verwirklicht werden und welche Aspekte über ergänzende Systeme aufzufangen sind.

#### IV. Der „Solidarausgleich“

Das gegenwärtige System der GKV erhebt den Anspruch „sozial“ oder „solidarisch“ zu sein. Vier Ausprägungen des Solidarprinzips in der GKV sind dabei zu unterscheiden<sup>8</sup>:

<sup>6</sup> Vgl. *Knappe/Arnold* (2002), S. 14.

<sup>7</sup> Zur Wirkung von Pauschalprämien auf den Arbeitsmarkt vgl. *Rürup-Kommission* (2003), S. 164.

<sup>8</sup> Zum Solidarprinzip in der GKV vgl. *Knappe et al.* (2003), S. 182 ff. Unterschiedliche Ansichten hinsichtlich des Solidarausgleichs bei Pauschalprämien vertreten *Knappe/Arnold* (2003) und *Schneider* (2003).

(1) *Erstens* Solidarität zwischen *aktuell* kranken und *aktuell* gesunden Personen. Diese Solidarität bietet jede Versicherung, gleich ob privat oder gesetzlich. Sie ist die unverzichtbare Kernaufgabe jeder Krankenversicherung.

(2) *Zweitens* Solidarität zwischen Personen mit *erkennbar* hohen und *erkennbar* geringen Krankheitsrisiken. Diese hängen u. a. von Alter, Geschlecht, individueller Konstitution, Lebensweise etc. ab.

(3) *Drittens* Solidarität der wirtschaftlich Leistungsfähigen mit den weniger Leistungsfähigen (Einkommensausgleich). Dieses gesamtgesellschaftliche Prinzip erfordert eine Umverteilung von „oben“ nach „unten“.

(4) *Viertens* Solidarität zwischen kinderreichen Familien und kinderlosen Personen. Auch dieser „Familienlastenausgleich“ ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht sinnvoll durch eine Teilgruppe (GKV-Versicherte) gelöst werden kann<sup>9</sup>.

Soll lediglich die Solidarität zu (1) innerhalb des GKV-Systems aufgefangen werden, wären gegenwartsbezogene Risikoprämien zu fordern. Diese wären gering für junge und gesunde Individuen, sie wären hoch für Alte und Kranke und sie würden mit dem Alter einer Person (langsam) und mit dem Auftreten chronischer Krankheiten (sprunghaft) ansteigen. In einem solchen Versicherungssystem wären die Versicherten zwar gegen die unmittelbaren Folgen von überraschend auftretenden Krankheiten und Unfällen geschützt. Existentielle Gefahren, z. B. durch eine dauerhafte und drastische Verschlechterung des Gesundheitszustandes, dauerhafte Behinderungen etc., müssten individuell getragen werden.

Das gegenwärtige Solidarsystem der GKV, aber auch die Bürgerversicherung und die Pauschalprämienmodelle sehen daher vor, dass innerhalb der Krankenversicherung sowohl Risiken zu (1) als auch Risiken zu (2) solidarisch durch die Versichertengemeinschaft getragen werden sollen. Die Prämien dürfen weder nach Alter, Geschlecht noch nach Gesundheitszustand differenziert werden. Für die Beitragszahlung erhält man einen Versicherungsschutz gegen *alle zukünftig* auftretenden Krankheitsfolgen.

An diesem Tatbestand soll auch im Pauschalprämienmodell – wie gesagt – nichts geändert werden. Die Prämien können zwar von Versicherungsunternehmen zu Versicherungsunternehmen differieren (Pauschalprämien wären ein wichtiger Wettbewerbsparameter), eine *einzelne* Versicherung hat jedoch von allen ihren Versicherten dieselbe Prämie zu verlangen (Differenzierungsverbot). Im Wettbewerb der Versicherungen wären daher ergänzend ein Kontrahierungszwang (und/oder) ein (Rest-)Risikostrukturausgleich nach Alter und Geschlecht sowie z. B. eine Rückversicherungspflicht für Großrisiken erforderlich (allerdings kein einnahmeseitiger Finanzausgleich wie im heutigen RSA). Das Gesamtsystem könnte im Umlageverfahren verbleiben, es bliebe aber die Option bestehen, das System sofort oder später, ganz oder teilweise, kurzfristig oder in einem langen Übergangsprozess auf Kapitaldeckung umzustellen (eine Überlegung, die hier ausgeklammert bleibt)<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Vgl. Breyer (1997), S. 219 ff.

<sup>10</sup> Vgl. Knappe/Arnold (2002), S. 16 f.

In einem solchen Wettbewerbskonzept wären starke Anreize für alle Beteiligten zu erwarten, Ausgaben auf ihre Nützlichkeit hin zu prüfen und die Erstellungskosten für alle Leistungen zu senken.

In der gegenwärtig über lohnbezogene Beiträge finanzierten GKV werden der Familienlastenausgleich und vor allem der Einkommensausgleich nur unvollkommen und mit großen Widersprüchen realisiert<sup>11</sup>. Das Ziel, die *Finanzlasten nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Haushalte* zu verteilen, wird weitestgehend verfehlt. Das liegt einmal daran, dass sich die Ziele der familienbezogenen Umverteilung und der Einkommensumverteilung teilweise widersprechen und politisch nicht klar formuliert ist, wo der Kompromiss zwischen beiden Zielen gefunden werden soll. So kommt es z. B. dazu, dass „arme Single-Haushalte“ mit ihren Beiträgen „reiche Familien“ unterstützen. Gravierender sind die Widersprüche im Einkommensausgleich. Bruttolöhne sagen über ökonomische Leistungsfähigkeit nichts aus. Dazu müsste sich die Umverteilung auf das Netto-Gesamteinkommen beziehen. Weitere Widersprüche ergeben sich aus der Versicherungspflicht- und der Beitragsbemessungsgrenze. Wer den Verteilungsbelastungen ausweichen will, kann häufig das Umverteilungssystem verlassen und sich privat versichern. Auch innerhalb der GKV-Versicherungsgemeinschaft werden Haushalte mit gleichem Gesamteinkommen – wegen der Beitragsbemessungsgrenze – ganz unterschiedlich mit Beiträgen belastet<sup>12</sup>.

Diese Ungerechtigkeiten sind nach einem bestimmten Muster auf die Mitglieder verteilt. Besonders diejenigen Haushalte werden ungerechtfertigt begünstigt, deren Bruttolohn zwar niedrig ist (geringe Beiträge), deren ökonomische Leistungsfähigkeit jedoch gleichzeitig (aufgrund hoher sonstiger Einkommen) hoch ist. Ein-Verdiener-Haushalte haben konzeptuell nicht beabsichtigte Vorteile gegenüber Zwei-Verdiener-Haushalten mit demselben Gesamteinkommen. In Abbildung 2 sind beispielhaft drei Haushalte mit identischer ökonomischer Leistungsfähigkeit (gleichem Gesamteinkommen und gleicher Haushaltsgröße) verglichen. Ihre monatliche Beitragsbelastung liegt zwischen 288,- und 720,- Euro. Trotz gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit kann man daher genauso gut zu den Verteilungsgewinnern wie zu den Verteilungsverlierern gehören. Schließlich ist es sozialpolitisch auch nur schwer zu akzeptieren, dass der Beitragssatz effektiv umso niedriger wird, je mehr das Lohneinkommen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet. Diese Ungerechtigkeiten konzentrieren sich vor allem bei Rentnerhaushalten. Besondere Widersprüche ergeben sich daraus, dass im höheren Alter üblicherweise Ein-Personen- und Zwei-Personen-Haushalte überwiegen. Bei vergleichbarem Einkommen haben Rentner daher ein tendenziell höheres Wohlstandsniveau als der Durchschnitt der Mitglieder. Gleichzeitig ist die Differenz zwischen der Rente – der meist alleinigen Beitragsbemessungsgrundlage – und dem Gesamteinkommen häufig besonders groß. Da die Entwicklung der Rentner-Mitglieder-Relation und die Beitragsbemessung an den Renten gleichzeitig die wichtigste Ursache dafür ist, dass im demografischen Wandel die Einnahmehasis der GKV wegbrechen wird und allein aus diesem Grund die Beitragssätze steigen müssen, wird die

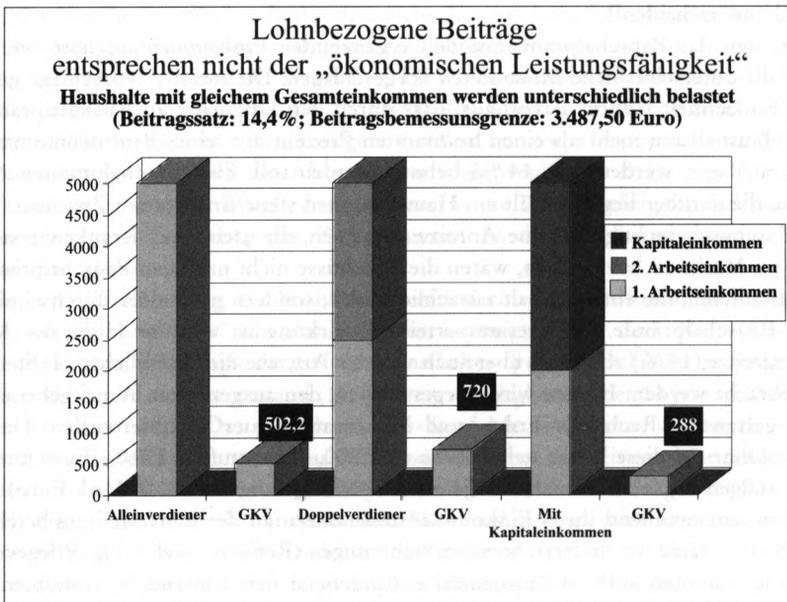
<sup>11</sup> Vgl. Gerken/Raddatz (2003), S. 8.

<sup>12</sup> Vgl. Knappe/Arnold (2002), S. 11 ff.

Notwendigkeit einer Korrektur dieser Situation nicht nur aus Gerechtigkeitsgründen, sondern auch aus Gründen der Beitragssatzstabilität unterstrichen<sup>13</sup>.

Während die Bürgerversicherung an dieser Tatsache nur partiell etwas ändert (andere Einkommensarten werden einbezogen, aber es bleibt beim Bruttoeinkommensbezug und einer Beitragsbemessungsgrenze), wird versucht, die skizzierten Widersprüche durch den Sozialausgleich (Steuer-Transfer-System zur Erreichung eines Familienlasten- und Einkommensausgleichs), der die Finanzierung über Pauschalprämien ergänzen soll, grundsätzlich zu lösen<sup>14</sup>.

Abbildung 2



Hierzu werden als Ergänzung des Pauschalprämienmodells unterschiedliche Vorschläge unterbreitet. Da die Ausgliederung des Familienlastenausgleichs einem langfristigen Trend der Familienpolitik und mehreren Bundesverfassungsgerichtsentscheidungen, nach denen sozialpolitische Maßnahmen bestehende familienpolitische Defizite abzubauen haben, widerspricht, gehen die meisten Vorschläge davon aus, dass für Kinder keine bzw. verringerte (halbierte) Pauschalprämien zu entrichten sind. Die Pauschalprämie für Erwachsene (eine beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern ohne eigenes Einkommen entfiel) ist entsprechend höher. Die Grundidee einer vollständigen Trennung zwischen Versorgungssystem und Umverteilungssystem wird

<sup>13</sup> Vgl. Knappe et al. (2003), S. 182 f.

<sup>14</sup> Vgl. Gerken/Raddatz (2003), S. 18.

insofern durchlöchert. Man wird sich zwischen Systematik und aktueller Notwendigkeit entscheiden müssen, ob der Familienlastenausgleich (wenigstens teilweise) *innerhalb* der Krankenversicherung erhalten bleiben oder ebenfalls im Steuer-Transfersystem verwirklicht werden soll. Im ersten Fall wären Kinder – wie gesagt – beitragsfrei zu versichern, die Kopfpauschale für Erwachsene läge dann bei etwa 200,- Euro pro Monat. Im zweiten Fall wäre jeder beitragspflichtig, die individuelle Kopfpauschale läge bei etwa 150,- Euro pro Monat. Ein Kompromissmodell sähe eine um die Umlage für Ältere verringerte Prämie für Kinder vor, die bei ca. 80,- Euro liegen würde. Für Erwachsene müssten dann ca. 170,- Euro Pauschalprämie gezahlt werden. Diese Werte wären für eine durchschnittliche einzelne Krankenversicherung kostendeckend, die Prämienhöhen würden sich im Wettbewerb der Krankenversicherungen jedoch unterscheiden<sup>15</sup>.

Für den das Pauschalprämienmodell ergänzenden *Einkommensausgleich* werden ebenfalls unterschiedliche Modalitäten vorgeschlagen. Die meisten Vorschläge gehen der „Einfachheit halber“ davon aus, dass durch den Übergang zu Pauschalprämien kein Haushalt um mehr als einen bestimmten Prozentsatz seines Bruttoeinkommens (vorgeschlagen werden z. B. 14 %) belastet werden soll. Für Pauschalprämien-Ausgaben, die darüber liegen, erhält ein Haushalt einen steuerfinanzierten Zuschuss. Um bei Zuschussberechtigten keine Anreize zu setzen, die „teuerste“ Krankenversicherung im Markt zu bevorzugen, wären die Zuschüsse nicht nach den Pauschalprämien zu kalkulieren, die ein Haushalt tatsächlich zahlt, sondern nach einer durchschnittlichen Pauschalprämie. Die Gesamtverteilungswirkung ist von der Höhe der Kapazitätsgrenze (14 %) abhängig, aber auch von der Art, wie die zusätzlichen (?) Steuern aufgebracht werden. Hierzu wird vorgeschlagen, den ausgezahlten Arbeitgeberanteil nach geltendem Recht der Lohn- und Einkommensteuer zu unterwerfen. Da die Bruttolöhne auf diese Weise steigen (von ca. 2.200,- Euro auf ca. 2.360,- Euro monatlich), steigen die Steuereinnahmen (je nach Detailregelung um ca. 16 Mrd. Euro) und alle sind entsprechend ihren Einkommensteuersätzen an der Umverteilung beteiligt. Die Beitragssätze der anderen Sozialversicherungen (Rentenversicherung, Pflegeversicherung) könnten einkommensneutral entsprechend den höheren Bruttolöhnen gesenkt werden. Die Transferzahlungen werden nach diesem Grundmodell auf 23 bis 28 Mrd. Euro geschätzt, daher würde sich eine Nettobelastung für den Staatshaushalt ergeben<sup>16</sup>.

Dieser vorgeschlagene Einkommensausgleich hat neben der Tatsache, dass die Gesamtbevölkerung ohne obere Einkommensgrenzen einbezogen wird, vor allem den Vorteil der Einfachheit. Es bleibt allerdings bei der fehlenden Abstimmung zwischen den Zielen des Familienlastenausgleichs (der über beitragsfreie Mitversicherung der Kinder angestrebt wird) und den Einkommensausgleichszielen. Auch fehlt ein Indikator, der festlegen würde, was unter der „ökonomischen Leistungsfähigkeit der Haushalte“ verstanden werden soll. Schließlich ist die nennenswerte Nettobelastung

<sup>15</sup> Vgl. *Knappe/Arnold* (2002), S. 16 f.

<sup>16</sup> Vgl. *Rürup-Kommission* (2003), S. 164, S. 171 ff.

des Staatshaushaltes zumindest in der heutigen Situation mehr als ein „Schönheitsfehler“.

Die ökonomische Leistungsfähigkeit von Haushalten hängt vor allem vom Netto-Gesamteinkommen ab. Auch vorhandenes Vermögen beeinflusst, je nach Art unterschiedlich, die „ökonomische Leistungsfähigkeit“ und wird deshalb z. B. in der Schweiz mit in die Betrachtung einbezogen.

Bei gegebenem Einkommen hängt die Leistungsfähigkeit von der Familiengröße ab, von der Zahl und dem Konsumbedarf der Personen, die einen Haushalt bilden. Bei gleichem Einkommen ist der Wohlstand eines Ein-Personen-Haushaltes höher als der Wohlstand einer Großfamilie. Das würde als Wohlstandsmaßstab eine Art „Pro-Kopf-Einkommen“ nahe legen. Allerdings sinkt der Wohlstand nicht linear mit der Zahl der Familienmitglieder, da der dringliche Konsumbedarf eben nicht linear, sondern unterproportional mit der Mitgliederzahl steigt. Ursache sind vor allem „Familien-Kollektivgüter“, wie z. B. Wohnung, PKW, Fernseher, Bücher etc., aber auch anderweitige Vergünstigungen, die das Haushaltsbudget nicht proportional zur Mitgliederzahl belasten (wie z. B. günstigere Großpackungen, Gruppenrabatte, Gebührenermäßigung etc.). Auch das Alter und sonstige persönliche Begleiterscheinungen (z. B. Schulweg etc.) der Mitglieder sprechen für die Berücksichtigung individueller Bedarfskriterien, die neben der Einkommenshöhe die Wohlstandsposition eines Haushaltes bestimmen.

Der OECD-Vorschlag, die Wohlfahrtsposition eines Haushaltes anhand des sog. „Äquivalenzeinkommens“ abzubilden, berücksichtigt neben dem Netto-Gesamteinkommen und der Mitgliederzahl des Haushaltes drei unterschiedliche Bedarfsgewichte: für den Haushaltsvorstand (1), für weitere Mitglieder über 14 Jahren (0,5) und unter 14 Jahren (0,3). Das gewichtete Pro-Kopf-Netto-Gesamteinkommen des in Abbildung 3 beschriebenen Haushaltes würde daher bei einem Netto-Gesamteinkommen von 5.000,- Euro dementsprechend 2.174,- Euro betragen ( $5000 : 2,3 = 2174$ ). Ein Single-Haushalt mit demselben Nettoeinkommen wäre dementsprechend als „mehr als doppelt so wohlhabend/leistungsfähig einzustufen“<sup>17</sup>.

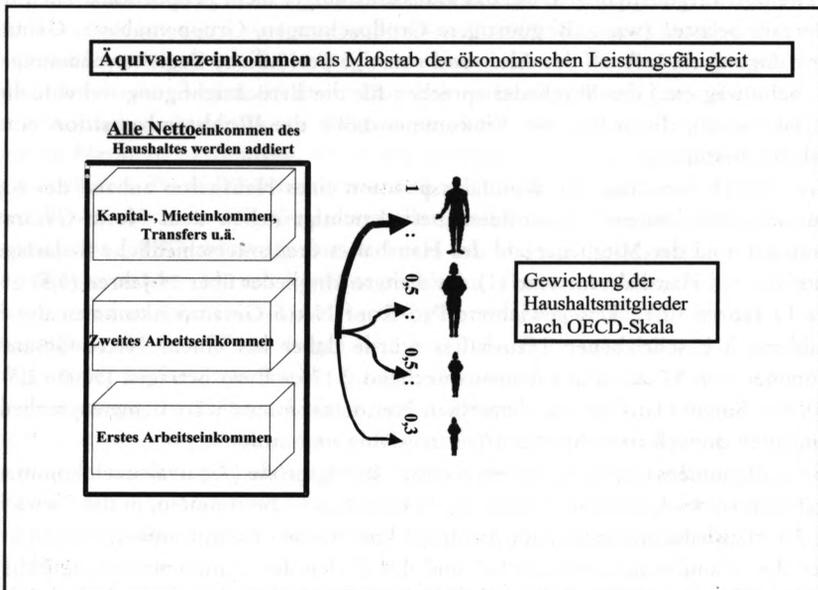
Ein Einkommensausgleich, der nach dieser Bezugsgröße (Äquivalenzeinkommen) vorgenommen wird, beinhaltet daher bereits einen ganz bestimmten, in der Gewichtung der Haushaltsmitglieder zum Ausdruck kommenden Kompromiss zwischen den Zielen des „Familienlastenausgleichs“ und den Zielen des „Einkommensausgleichs“. Transferzahlungen an Haushalte mit geringem „Äquivalenzeinkommen“ sind daher prinzipiell familienfreundlicher als die oben beschriebene 14 %-Regel oder gar die Bürgerversicherung. Implizit in eine ähnliche Richtung gehen Vorschläge, als Kriterium für einen Transferanspruch die Höhe der Einkommensteuerzahlungen heranzuziehen, da diese auch von familienbezogenen Freibeträgen abhängen. Allerdings setzt das zuvor eine Bereinigung des Steuerrechts um eine Vielzahl sonstiger Abzugsmöglichkeiten voraus.

---

<sup>17</sup> Zum Äquivalenzeinkommen vgl. *Faik* (1997) und *Knappe/Arnold* (2002), S. 18.

Wollte man nach diesem Kriterium „Äquivalenzeinkommen“ ein integriertes „Familien- und Einkommens-Ausgleichssystem“ formulieren und ginge man von der Bedingung aus, dass die Transferzahlungen an Haushalte mit geringem Haushaltsgesamteinkommen in ihrer Summe den Staatshaushalt netto nicht belasten (nicht höher sind als die Steuermehreinnahmen aus dem ausgezahlten Arbeitgeberbeitrag), könnten Transferzahlungen all denen gewährt werden, die zum unteren Drittel der (Äquivalenz-)Einkommensbezieher zu rechnen sind. Das entspräche dem Netto-Einkommen eines „Single-Haushaltes“ von 1.400,- Euro bzw. dem Einkommen des in Abbildung 3 dargestellten Haushaltes von 3.220,- Euro und weniger. Je weiter ein Haushalt unter dieser Grenze liegt, umso höher läge sein Transferanspruch. Der Transferanspruch würde bei einem Einkommen in der Nähe des Sozialhilfeniveaus etwa die Gesamtausgaben für Pauschalprämien decken<sup>18</sup>.

Abbildung 3



Neben der nachhaltigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Kompatibilität mit mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen und den Umsetzungsmöglichkeiten des sozialen Ausgleichs spielen für die Bewertung der beiden Reformvorschläge *weitere Kriterien* eine Rolle.

Politisch sind alle Sozialreformen, die unter dem Druck knapper Finanzmittel erfolgen müssen, unpopulär. Der Vorschlag der Bürgerversicherung, der im Wesentli-

<sup>18</sup> Vgl. Knappe/Arnold (2002), S. 18 ff., S. 33 ff.

chen der Philosophie des „weiter so“ folgt, hat daher unter dem Aspekt einer wählerpolitischen, kurzfristigen Betrachtung Vorteile gegenüber dem in Bezug auf die o. g. Ziele vorzuziehenden Modell der Pauschalprämien, zumal eine mögliche Belastung des Staatshaushalts nicht zur Diskussion steht.

Langfristig ist auch damit zu rechnen, dass der „größte Dienstleistungsbereich der Volkswirtschaft“, das Gesundheitswesen, nicht auf Dauer vom europäischen Binnenmarkt abgeschottet werden kann. Die Teilbereiche, in denen bereits eine europäische Öffnung zulässig ist (Arzneimittel, Medizintechnik), leisten schon heute (z. B. durch hohe Exportüberschüsse) einen überproportionalen Beitrag zum wirtschaftlichen Wohlstand. Die Möglichkeiten einer europäischen Öffnung des Gesundheitswesens (Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung) sind im Pauschalprämienmodell erheblich größer als bei der Bürgerversicherung, weil die Umverteilungskomponente weitgehend vom Versorgungssystem abgetrennt ist.

Im demografischen Wandel ist eine erhebliche Mehrbelastung der kommenden Erwerbstätigengeneration unausweichlich, selbst wenn es gelingt, die Lasten auf alle Generationen zu verteilen. Zur Abfederung dieser Mehrbelastung leistet die Bürgerversicherung nahezu keinen, das Pauschalprämienmodell direkt nur einen geringen, indirekt (über mehr Wettbewerb) zumindest keinen hinreichenden Beitrag. Über weitergehende Möglichkeiten einer Entlastung kommender Generationen ist nachzudenken. Die Diskussion über „mehr Kapitaldeckung“ in den sozialen Sicherungssystemen (Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung) ist unausweichlich. Wenn auch dieser Aspekt hier ausgeklammert wurde (eine Beibehaltung des Umlageverfahrens wird implizit in allen hier behandelten Vorschlägen unterstellt), lässt sich unschwer erkennen, dass die Bürgerversicherung (die eine Auflösung bzw. ein Abdrängung der PKV auf Zusatzversicherungen zur Folge hat) einer falschen Weichenstellung folgt und die bereits vorhandene Kapitaldeckung reduziert.

## V. Fazit

Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung wird in naher Zukunft grundlegend reformiert werden müssen. Allein aus finanziellen Gründen ist eine Beitragserhebung als Prozentsatz vom Bruttolohn (Lohnersatzeinkommen), aufgeteilt in Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil, nicht durchzuhalten. Der „Preis“ wären stark steigende Beitragssätze, die wegen der Rückwirkungen auf den Arbeitsmarkt nicht hingenommen werden können. Es bliebe dann nur die Alternative einer drastisch verschärften Ausgabendämpfungspolitik. Daneben erfordern auch die Effizienzprobleme und die widersprüchlichen Verteilungsfolgen eine grundlegende Reform.

Politisch diskutiert werden zwei Grundmodelle einer Reform, die „Bürgerversicherung“ und „Pauschalprämien mit getrennt finanziertem Sozialausgleich“. Beide verfolgen eine grundlegend andere Philosophie und Weichenstellung.

Die „Bürgerversicherung“ will die Grundstruktur des GKV-Systems unangetastet lassen, setzt daher vor allem auf politische Lenkung, eine kurzfristige finanzielle Ent-

lastung und eine partielle Verbesserung heutiger Verteilungswidersprüche. Mehr Effizienz und mehr Wettbewerb, eine Abkoppelung vom Arbeitsmarkt und eine nachhaltige Antwort auf den demografischen Wandel stehen nicht im Vordergrund.

„Pauschalprämien mit getrennt finanziertem Sozialausgleich“ sind Teil einer sehr viel grundlegenden Philosophie. Die Finanzierungsprobleme sollen sehr viel nachhaltiger gelöst werden. Pauschalprämien sind einer von mehreren Bausteinen eines umfassenden Wettbewerbskonzeptes, weil nur mehr Wettbewerb und die Abkoppelung vom Arbeitsmarkt die Chance bieten, Politik und Bürokratie zurückzudrängen. Auch für den Sozialausgleich wird eine Lösung gesucht, die die politischen Vorgaben (Verteilung nach ökonomischer Leistungsfähigkeit) sehr viel grundsätzlicher einlöst. Schließlich wird mit Pauschalprämien eine Weichenstellung vorgenommen, die weitere Reformnotwendigkeiten (europäisches Gesundheitswesen, ergänzende Kapitaldeckung) nicht erschwert oder gar verbaut.

## Literaturverzeichnis

Breyer, F. (1997): „Beitragsfreie Mitversicherung“ und „Familienlastenausgleich“ in der GKV: ein populärer Irrtum, in: *Konjunkturpolitik*, 3/1997, S. 213-223.

Faik, J. (1997): Institutionelle Äquivalenzskalen als Basis von Verteilungsanalysen – Eine Modifizierung der Sozialhilfeskala, in: *Becker, I. und R. Hauser* (Hrsg.): *Einkommensverteilung und Armut*, Frankfurt/Main 1997, S. 13-42.

Gerken, L. und G. Raddatz (2003): „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“: Im Dickicht der Gesundheitsreform, Argumente zu Marktwirtschaft und Politik Nr. 79, Stiftung Marktwirtschaft, Berlin, November 2003.

Henke, K.-D. et al. (2003): Eine ökonomische Analyse unterschiedlicher Finanzierungsmodelle der Krankenversorgung in Deutschland, Diskussionspapier 4/2003, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation der TU Berlin, Berlin 2003.

Jacobs, K. (2003): Bürgerversicherung oder Kopfprämie? Neues Denken statt alter Dogmen, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 6. Jg., 9/2003, S. 42-48.

Knappe, E. et al. (2003): Wie lassen sich mehr Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit in der Sozialpolitik verwirklichen? Zur Notwendigkeit des Umbaus der Krankenversicherung, in: *Bertbold, N. und E. Gundel* (Hrsg.): *Theorie der sozialen Ordnungspolitik*, Stuttgart 2003, S. 173-193.

Knappe, E. und R. Arnold (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und Gerechtigkeit, Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V., München 2002.

Knappe, E. und R. Arnold (2003): Pauschalprämien zur Kassenfinanzierung: Kein Rückschritt für Familien, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 6. Jg., 3/2003, S. 54-58.

Rürup-Kommission (2003): Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme: Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin 2003.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Jahresgutachten 2002/03, Stuttgart 2002.

Schneider, W. (2003): Kopfprämien zur Kassenfinanzierung: Ein Rückschritt für Familien, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 6. Jg., 2/2003, S. 42-48.

Sehlen, S. et al. (2004): Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell – Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten, IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, IGES-Papier Nr. 04-06, Berlin 2004.