

Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationzentrum Wirtschaft
The Open Access Publication Server of the ZBW – Leibniz Information Centre for Economics

Leiber, Simone; Zwiener, Rudolf

Working Paper

Zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale : Vorschläge für eine tragfähige Kompromisslösung

WSI-Diskussionspapiere, No. 146

Provided in cooperation with:

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Suggested citation: Leiber, Simone; Zwiener, Rudolf (2006) : Zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale : Vorschläge für eine tragfähige Kompromisslösung, WSI-Diskussionspapiere, No. 146, <http://hdl.handle.net/10419/21592>

Nutzungsbedingungen:

Die ZBW räumt Ihnen als Nutzerin/Nutzer das unentgeltliche, räumlich unbeschränkte und zeitlich auf die Dauer des Schutzrechts beschränkte einfache Recht ein, das ausgewählte Werk im Rahmen der unter

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen>
nachzulesenden vollständigen Nutzungsbedingungen zu vervielfältigen, mit denen die Nutzerin/der Nutzer sich durch die erste Nutzung einverstanden erklärt.

Terms of use:

The ZBW grants you, the user, the non-exclusive right to use the selected work free of charge, territorially unrestricted and within the time limit of the term of the property rights according to the terms specified at

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen>
By the first use of the selected work the user agrees and declares to comply with these terms of use.

WSI

Diskussionspapiere

Zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale: Vorschläge für eine tragfähige Kompromisslösung

**Simone Leiber
und
Rudolf Zwiener**

WSI Diskussionspapier Nr. 146

Überarbeitete Fassung vom Juli 2006

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut
in der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

In der Reihe „WSI-Diskussionspapiere“ erscheinen in unregelmäßiger Folge Arbeiten aus dem WSI zu aktuellen Vorgängen auf wirtschafts-, sozial- und gesellschaftspolitischem Gebiet. Sie basieren u.a. auf Vorträgen, die Mitglieder des Instituts gehalten haben oder auf gutachterlichen Stellungnahmen, können aber auch Diskussionsbeiträge zu ausgesuchten Einzelthemen sein. Für den Inhalt sind die Autorinnen und Autoren selbst verantwortlich.

Dieses und andere WSI-Diskussionspapiere finden Sie als pdf-Datei unter: www.wsi.de
Gedruckte Einzel Exemplare sind zu beziehen über Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-Stiftung (WSI in der HBS),
Hans-Böckler-Str. 39, 40476 Düsseldorf

Simone Leiber
WSI in der Hans-Böckler-Stiftung

Rudolf Zwiener
IMK in der Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Str. 39
40476 Düsseldorf

simone-leiber@boeckler.de

rudolf-zwiener@boeckler.de

WSI-Diskussionspapier (Print) ISSN 1861-0625
WSI-Diskussionspapier (Internet) ISSN 1861-0633
http://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_diskp_146.pdf

WSI

Diskussionspapiere

Zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale: Vorschläge für eine tragfähige Kompromisslösung

**Simone Leiber
und
Rudolf Zwiener**

WSI Diskussionspapier Nr. 146

Überarbeitete Fassung vom Juli 2006¹

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut
in der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

¹ Gegenüber der ersten Version des Papiers vom Juni 2006 wurden Korrekturen in den Passagen zur Krankenversicherung von Selbstständigen (S. 31) vorgenommen.

Zusammenfassung

Das Papier liefert einen Beitrag zur aktuellen Diskussion über die Finanzierung des Gesundheitswesens. Es werden die Problemfelder und mögliche Lösungen aufgezeigt. Der vom wissenschaftlichen Beirat des Bundesfinanzministeriums vorgeschlagene Gesundheitsfonds erweist sich dabei in mehrfacher Hinsicht als hilfreiches Instrument. So könnten ohne bürokratischen Aufwand Steuermittel zur Finanzierung der bisherigen versicherungsfremden Leistungen in das Gesundheitssystem gebracht werden. Gleichzeitig könnten damit auch die Grundlagen für einen fairen Wettbewerb unter den gesetzlichen Kassen sowie zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung geschaffen werden.

Abstract

The paper contributes to the current discussion about financing health care in Germany. It highlights the problems of the current system and potential solutions. The authors find that the general health fund (Gesundheitsfonds, Inkassostelle) proposed by the scientific committee of the Federal Ministry of Finance proves a useful instrument in several respects. It would facilitate the transfer of tax revenues for financing children's health insurance and other social policy measures, which have so far been financed almost exclusively by the insured employees. At the same time it would create a fair basis for competition among public health insurance funds and between public and private insurance.

1. Einleitung

Mit großer Spannung wird der Entwurf für eine „große Gesundheitsreform“ der Großen Koalition erwartet.² Die Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehörte zu den Themenfeldern, in denen die vor der Bundestagswahl 2005 präsentierten Konzepte der Parteien besonders weit auseinander lagen. Im Wahlkampf wurden die Modelle Bürgerversicherung, vorgeschlagen durch SPD und Grüne, und Gesundheitsprämie³, vertreten durch die Unionsparteien, als konträr und unvereinbar gegenübergestellt.⁴ Seit der Regierungsbildung durch die Große Koalition ist klar, dass keiner dieser Vorschläge in seiner Reinform zur Umsetzung kommen wird. Stattdessen muss eine Kompromisslösung zwischen den beiden Ansätzen gefunden werden. Eine Arbeitsgruppe soll noch vor der Sommerpause konkrete Reformpläne vorlegen. Währenddessen prägen bereits mögliche Kompromissvorschläge, wie etwa die einer „kleinen“ Kopfpauschale und zuletzt eines „Gesundheitsfonds“, die öffentliche Debatte. Mit diesem Papier stellen wir aus unserer Sicht tragfähige – gemessen an sechs allgemeinen Anforderungen an eine Gesundheitsreform, die wir beschreiben – Reformschritte für die Finanzierung der Krankenversicherung (KV) zur Diskussion. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Vorschlägen zur Reform der Einnahmenseite des Gesundheitssystems. Gleichzeitig sollen damit auch Grundlagen für einen fairen Wettbewerb unter den gesetzlichen Kassen sowie zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung geschaffen werden. Grundsätzlich können die Einnahmen- und die Ausgabenseite getrennt analysiert werden. Erfahrungen anderer Länder mit einem anderen Einnahmensystem zeigen, dass damit nicht automatisch eine bessere Kontrolle der Entwicklung der Ausgabenseite verbunden ist.⁵ Eine Fokussierung auf die Einnahmenseite schließt parallel dazu durchzuführende Reformmaßnahmen auf der Ausgabenseite nicht aus. Diese sind jedoch nicht Gegenstand dieses Papiers.

² Wir danken sehr herzlich Thomas Gerlinger, Volker Meinhard, Katja Rietzler, Armin Schäfer und Claus Schäfer für ihre hilfreichen Kommentare sowie Britta Seine für ihre Unterstützung bei der Datenrecherche. Verbliebene Fehler oder Ungereimtheiten liegen in der Verantwortung der Autoren.

³ Dieses Modell wird häufig auch als „Kopfpauschale“ bezeichnet.

⁴ In Wirklichkeit handelte es sich dabei allerdings stets um Pakete verschiedener Reformmaßnahmen, die in eine spezifischen Konstellation gebündelt wurden, sich aber keinesfalls gänzlich ausschließen und auch auf andere Weise kombiniert werden könnten, vgl. Leiber, S.; Zwiener, R.: Reformperspektiven für die Finanzierung der sozialen Sicherung, in: WSI-Mitteilungen 8 (2005), S. 446-458; Jacobs, K.: Wer bezahlt die Gesundheit?, in: Gesundheit und Gesellschaft 3 (2006), S. 22-28.

⁵ Ein Beispiel hierfür ist die Schweiz, in der ein Kopfpauschalenmodell angewendet wird und in dem die Ausgabenseite aus dem Ruder läuft. Vgl. bspw. Gerlinger, T: Gesundheitsreform in der Schweiz – ein Modell für die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung?, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 38: Gesundheitsreformen – internationale Erfahrungen, Hamburg 2003, S. 10-30.

2. Anforderungen an eine Gesundheitsreform

Als Grundlage einer nachvollziehbaren Diskussion und Beurteilung gesundheitspolitischer Reformmaßnahmen ist es notwendig, zunächst die Kriterien zu definieren, anhand derer eine Bewertung erfolgt. Aus unserer Sicht sind sechs Anforderungen an die Ausgestaltung von Reformmaßnahmen im Gesundheitswesen von Bedeutung:

- (1) Die *Erfüllung des Versorgungsauftrages* im Krankenversicherungssystem im Sinne des gleichberechtigten, sozial undiskriminierten Zugangs der gesamten Bevölkerung zu allen medizinisch notwendigen Leistungen ohne Rationierungen muss gewährleistet sein.
- (2) Die *finanzpolitische Nachhaltigkeit der Sicherung* und damit die längerfristige Stabilität des KV-Systems stellt eine wichtige Voraussetzung für eine verlässliche Lebensplanung der Versicherten dar.
- (3) Auf Grund der gleichstellungspolitischen Implikationen ist die Ermöglichung *individueller, nicht subsidiärer Sozialversicherungsansprüche* ein wichtiges Ziel sozialpolitischer Reformen.
- (4) Von hoher Bedeutung, bspw. für die Akzeptanz eines Systems, ist zudem die *gerechte Verteilung der Finanzierungslasten*. Traditionell orientieren sich die Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland gemäß dem Prinzip der *finanziellen Leistungsfähigkeit* an der Höhe des Erwerbseinkommens (bis zur Beitragsbemessungsgrenze), während sich die Sachleistungen der GKV nach dem *Bedarf* richten. Die Nichtberücksichtigung des Einkommens oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und der Vermögenseinkommen führt zu einer degressiven Belastung durch die Beiträge. Das Solidarprinzip kommt somit nur abgeschwächt zur Geltung. Das Äquivalenzprinzip findet hauptsächlich für das Krankengeld Anwendung. Wo die GKV nach dem Prinzip ökonomischer Leistungsfähigkeit finanziert wird und werden soll, werden im Folgenden als Bewertungsmaßstab die aus der Finanzwissenschaft stammenden Grundsätze der *horizontalen* (Personen mit gleicher Leistungsfähigkeit werden gleich behandelt) und *vertikalen Gerechtigkeit* (Personen mit höherer Leistungsfähigkeit sollen auch höhere Beiträge erbringen) zu Grunde gelegt.
- (5) Die Allokation finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen kann auf unterschiedlichem Wege erfolgen, bei dem Markt- und Wettbewerbselementen

eine mehr oder weniger starke Bedeutung zukommt.⁶ Setzt man auf ein marktförmig organisiertes Wettbewerbssystem, muss dieses einen *fairen Wettbewerb unter gleichwertigen Rahmenbedingungen* zwischen den beteiligten Leistungsanbietern ermöglichen.

- (6) *Beschäftigungseffekte* zu erzielen ist kein originäres Ziel der Sozialversicherung. Es kann jedoch bei der Erfüllung der vorangegangenen Anforderungen an ein Gesundheitssystem zu Zielkonflikten mit der Beschäftigungssicherung kommen. Für viele politische Akteure sind die Folgen der sozialen Sicherung für den Arbeitsmarkt ein wichtiges Reformmotiv. Die voraussichtlichen Beschäftigungswirkungen von Reformoptionen werden daher ebenfalls als Beurteilungskriterium herangezogen.

3. Problemfelder der KV-Finanzierung

Es besteht weitgehend Konsens darüber, dass das Gesundheitssystem unter Finanzierungsproblemen leidet, die sich – unter Beibehaltung des gegenwärtigen Systems – in Zukunft noch verstärken werden. Weniger einheitlich fallen dagegen die Analysen der Ursachen für diese Probleme aus. In diesem Abschnitt geht es um verbreitete Irrtümer sowie aus unserer Sicht nicht ausreichend beachtete Problemfelder der KV-Finanzierung.

⁶ Am Beispiel Österreichs zeigt sich, dass ein Wettbewerbssystem keine notwendige Bedingung für eine effektive und kosteneffiziente Organisationsstruktur in der Krankenversicherung ist, vgl. bspw. Tálos, E.; Obinger, H.: Die Krankenversicherung in Österreich – Ein Erfolgsmodell?, in WSI-Mitteilungen 4 (2006), S. 220-222.

3.1. Mythos „Kostenexplosion“

In den Medien tauchen immer wieder Berichte über die vermeintliche „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ auf. Als Beleg wird auf die gestiegenen Beitragssätze für die gesetzlichen Krankenkassen verwiesen. Zwar haben in einzelnen Bereichen Kostensteigerungen stattgefunden. Bei genauerer Analyse handelt sich dabei aber „nur“ um deutliche Kostensteigerungen in bestimmten Bereichen, z.B. bei den Arzneimittelausgaben oder der stationären Krankenhausversorgung. Insgesamt beliefen sich die Gesundheitsausgaben seit Anfang der 90er Jahre auf 10 bis 11% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) und erreichten 2003 eine Gesamthöhe von 239,7 Mrd. € (11,3 % des BIP),⁷ wovon gut die Hälfte durch Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) aufgebracht wurde. In der Summe gab es also keine Kostenexplosion, sondern eine Entwicklung ähnlich dem gesamtwirtschaftlichen Wachstum.⁸ Allerdings haben sich die Anteile der einzelnen Ausgaben verschoben, wobei in der GKV der Anstieg der Arzneimittelkosten besonders ins Auge fällt.⁹ Auch stiegen die Ausgaben der privaten Krankenversicherung (PKV) in den letzten Jahren stärker als die der GKV.¹⁰ Selbst v.a. für die PKV charakteristische Elemente wie Selbstbehalte oder Beitragsrückerstattungen konnten die Ausgaben- und Kostendynamik also nicht außer Kraft setzen.

Dennoch sind im internationalen Vergleich die Gesundheitsausgaben in Deutschland hoch. Deutschland belegte 2001 in Europa bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben hinter der Schweiz den zweiten, bei den Ausgaben in % des BIP den dritten Platz (hinter der Schweiz und Luxemburg), bei gleichzeitig relativ hoher Unzufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem im Vergleich zu Ländern mit niedrigeren Ausgaben.¹¹ Die Effektivität des deutschen Gesundheitssystems mit seiner Über-, Unter- und Fehlversorgung¹² kann demnach noch deutlich verbessert werden.

⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005, Berlin 2005, Tab. 10.3.

⁸ Vgl. auch Breyer, F. et al.: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen, in: Zukunftsmarkt Gesundheit, Band 145, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 2002, Kapitel 2 und Kapitel 3.4. sowie Meinhardt, V.; Schulz, E.: Kostenexplosion im Gesundheitswesen, Wochenbericht des DIW 7 (2003).

⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2005, Tab. 10.7.A.

¹⁰ Verband der privaten Krankenversicherung, Zahlenbericht 2004/2005, Köln.

¹¹ Vgl. Döring, D.; Dudenhöffer, B.; Herdt, J.: Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck, Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und Reformoptionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Wiesbaden 2005, S. 92-93.

¹² Bspw. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2001, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden 2001.

3.2. Probleme der Beitragsfinanzierung

Die Probleme in der GKV resultieren zu einem großen Teil aus der im Vergleich zur Entwicklung des BIP bzw. der Ausgaben deutlich unterdurchschnittlichen Entwicklung der Einnahmenbasis, nämlich der Bruttolohn- und Gehaltssumme (BLG) (Abbildung 1). Verschärft wurde die Diskrepanz zwischen Ausgaben- und Einnahmenentwicklung noch durch einige strukturelle Faktoren, auf die weiter unten eingegangen wird. Grundproblem war und ist aber die Wahl der BLG als Bezugsbasis für die Einnahmen – direkt für die Beschäftigten und indirekt für die RentnerInnen. Eine Partialrechnung verdeutlicht: Wäre die BLG seit 1991 genauso gewachsen wie das BIP, dann wäre sie im Jahr 2005 um 115 Mrd. € höher gewesen als sie es tatsächlich war, und der Beitragssatz in der GKV hätte die ganze Zeit weitgehend stabil bei etwa 12,5% gehalten werden können. Niemand würde dann von einem Problem in der gesetzlichen Krankenversicherung sprechen.

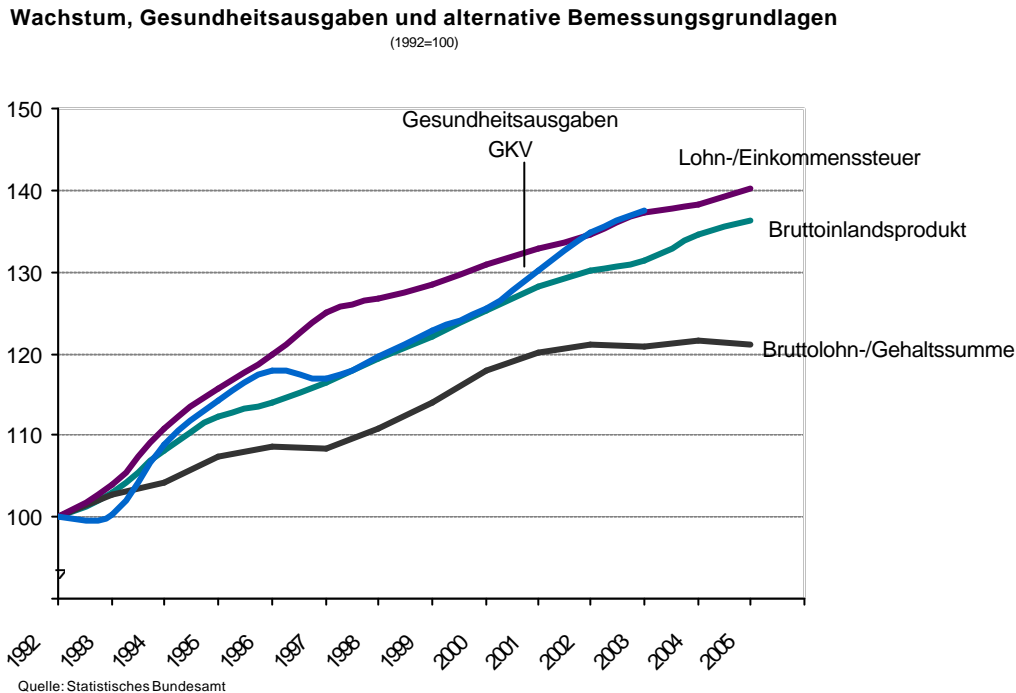
Hätte man an Stelle der BLG daher eine breite Steuerbasis als Bezugsgröße für die Einnahmen gewählt, dann wäre die GKV nicht in Finanzprobleme gelaufen. Die überwiegende Mehrzahl der europäischen Länder hat im Übrigen ein System, in dem die Steuern den wesentlichen Einnahmenbestandteil der Krankenversicherung ausmachen¹³. Mit Ausnahme des Krankengeldes und im Unterschied zur Renten- sowie Arbeitslosenversicherung gibt es bei der Krankenversicherung keinen Äquivalenzbezug zwischen Beitragszahlung und Leistungsbezug. Insofern eignet sich in diesem Sozialversicherungszweig das Steuersystem als Einnahmenbasis besonders gut. Im Unterschied zum lohnbezogenen System hätte ein stärker steuerbasiertes Einnahmensystem in der Krankenversicherung eine Vielzahl von Vorteilen: Der wichtigste, die enge Bindung an die BIP-Entwicklung, wurde schon erwähnt. Eine leistungsfähigkeitsbezogene Belastung der Nutzer des Gesundheitswesens lässt sich besser im Rahmen eines Steuersystems erreichen, das neben den Löhnen weitere Einkommensarten (vor allem Gewinne und weitere Kapitaleinkünfte und Vermögen) mit einbezieht und auch Rücksicht auf außergewöhnliche Belastungen des Einzelnen im Sinne des Steuerrechts nimmt.

Ein steuergestütztes Gesundheitssystem belastet den Produktionsfaktor Arbeit weniger einseitig. Insofern wäre es beschäftigungsfreundlicher. Es würde den Teufelskreis von zu geringen Lohnsteigerungen, ungenügender Beschäftigung, damit zu niedrigen

¹³ Vgl. Döring, D.; Dudenhöffer, B.; Herdt, J. 2005, S. 86-91.

Einnahmen in der GKV und den daraus sich zwangsläufig ergebenden Beitragssatzsteigerungen, die die Arbeitskosten erhöhen und die verfügbaren Einkommen der Beschäftigten schmälern, vermeiden.

Abbildung 1



3.3. Übernahme versicherungsfremder Leistungen in der GKV

Ein weiterer Problempunkt der heutigen Art der Beitragsfinanzierung in der GKV kommt hinzu: Im Unterschied zur PKV übernimmt die GKV auch sog. versicherungsfremde Leistungen¹⁴ wie etwa die kostenfreie Versicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehepartnern oder Mutterschaftsgeld. Diese gesellschaftspolitisch notwendigen Leistungen sollten nicht nur von den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, sondern vom Kreis der gesamten Steuerzahler finanziert werden. Wird bspw. die Unterstützung der Familie als eine von der gesamten Gesellschaft zu leistende Aufgabe angesehen, dann liegt ein Fehleinsatz der Beiträge vor, solange sich einige Personenkreise (z.B. Beamte, Selbstständige und Einzelpersonen oder Ehepaare mit Einkommen oberhalb der

¹⁴ Diese werden hier verstanden als Leistungen, die in erster Linie im allgemeinen Interesse des Staates liegen.

Versicherungspflichtgrenze) der Mitfinanzierung entziehen können. Staatliche Sozialpolitik wird hier zu Lasten der Beitragszahler vollzogen, und der Sozialversicherung werden Aufgaben aufgebürdet, die allgemein staatlicher Natur sind. Von der Funktion her sind dies eher Versorgungs- oder Fürsorgeleistungen, aber keine Versicherungsleistungen.

Die Ausgaben für die beitragsfrei versicherten Familienmitglieder werden zwischen 18,9 Mrd. € für das Jahr 2002¹⁵ bzw. 24,3 Mrd. € in 2003¹⁶ beziffert. Die pauschale Einbeziehung der Arbeitslosengeld II- und Sozialgeldbezieher in die gesetzliche Krankenversicherung durch das Vierte Gesetz zur Modernisierung der Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz IV) – die aus der Perspektive der Absicherung und Schutzbedürftigkeit der Betroffenen positiv zu bewerten ist – erhöht die versicherungsfremden Leistungen, da von der Bundesebene, dem Kostenträger dieser Grundsicherung, kein den Ausgaben adäquater Beitrag für diesen Personenkreis bezahlt wird. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) rechnet auch die gesamte Einkommensumverteilung in der GKV – Mitglieder mit höheren Einkommen bezahlen mit ihren höheren Beiträgen einen Teil der Gesundheitskosten der Mitglieder mit geringen Einkommen – mit zu den versicherungsfremden Leistungen.¹⁷ Aus unserer Sicht kann der Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Einkommen ebenso wie der Ausgleich zwischen guten und schlechten Risiken dagegen als konstitutiver Bestandteil der GKV als einer *Sozialversicherung* angesehen werden.

Die Beitragseinnahmen der Sozialversicherungen wurden neben den geringen Lohnsteigerungen, der zunehmenden Arbeitslosigkeit und dem Abbau von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen noch durch sozialrechtliche Änderungen wie der Möglichkeit der sozialversicherungsfreien Gehaltsumwandlung (so genannte „Eichel-Rente“), der im Zuge der Riester-Reform ausgebauten Förderung privater Altersvorsorge, geschmälert. Auch die Reformmaßnahmen auf dem

¹⁵ Vgl. Meinhardt, V., Zwiener, R.: Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung, Studie des DIW Berlin im Auftrag des DGB Bundesvorstandes, der Hans-Böckler-Stiftung und der Otto-Brenner-Stiftung, Berlin 2005, Tabelle 2.

¹⁶ Vgl. Sesselmeier, W.: Gesamtgesellschaftliche Leistungen in der Gesetzlichen Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung – Abgrenzung und Umfang, Gutachten im Auftrag des DGB Bundesvorstandes, Landau 2005, Tabelle 3.

¹⁷ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR): Die Chancen nutzen – Reformen mutig voranbringen, Wiesbaden 2005, Ziffer 42.

Arbeitsmarkt (Ich-AGs, Mini- und Midi-Jobs)¹⁸ und Nullrunden bei der Rentenversicherung trugen zu Einnahmeverlusten der Krankenversicherung bei.

3.4 Krankenversicherung und Demografie

Der bisherige Anstieg der Beitragssatzentwicklung in der GKV von im Durchschnitt 11,4 % zu Beginn der 1980er Jahre bis auf 14,2 % (2005) ist vor allem auf die oben beschriebenen Ursachen für den Rückgang der GKV-Beitragseinnahmen zurückzuführen und mit dem demografischen Wandel nur begrenzt zu erklären.¹⁹ Künftig dürfte ein strukturelles Einnahmenproblem jedoch dadurch entstehen, dass die Zahl der Rentenempfänger gegenüber der (aktiven) Erwerbsbevölkerung weiter ansteigt²⁰ und mit ebenfalls steigender Lebenserwartung eine längere Rentenphase verbunden ist, in der – aufgrund der vergleichsweise niedrigeren Transferbezüge – deutlich geringere Beiträge bezahlt werden. Formal betrachtet steigt dann der Anteil der Rentenbezieher an den Mitgliedern der GKV und die durchschnittliche Beitragszahlung sinkt. Schon in den letzten 10 Jahren ist die Zahl der Mitglieder in der Krankenversicherung der Rentner um rund 2 Millionen Personen gestiegen, während sie in der Allgemeinen Krankenkasse um gut 2 Millionen Personen abgenommen hat. Hierin ist die Veränderung der Mitversicherten noch nicht eingerechnet. Ende 2004 waren von rund 70 Millionen Mitgliedern in der GKV gut 18 Millionen Rentner. Diese Tendenz zu einem steigenden Rentneranteil an den Mitgliedern der GKV wird sich in Zukunft verstärken und damit auch die Tendenz zu einem selbst zur BLG nur unterdurchschnittlichen Einnahmenwachstum in der GKV.

Verschiedene Studien errechnen unter der Annahme sonst konstanter Status quo Bedingungen und unterschiedlicher Bevölkerungsvorausrechnungen als Grundlage einen Anstieg des GKV-Beitragssatzes auf Grund der alternden und gleichzeitig

¹⁸ Bei Mini-Jobs bis zu 400 € wird ausschließlich vom Arbeitgeber ein Pauschalbeitrag von 11 % an die GKV entrichtet, allerdings nur dann, wenn bereits ein Versicherungsschutz in der GKV (bspw. über die Familienversicherung) besteht. Bei den Midi-Jobs gilt für die „Gleitzone“ zwischen 400 und 800 € ein ermäßigter, gleitend bis zum vollen Satz ansteigender KV-Beitrag für ArbeitnehmerInnen. Midi-Jobber erhalten vollen Krankenversicherungsschutz. Insoweit Mini- und Midi-Jobs „reguläre“ Arbeitsverhältnisse ersetzen, verringern sie daher die Beitragseinnahmen der GKV. Insoweit zusätzliche Erwerbstätigkeit bspw. von bisher erwerblosen, doch familienversicherten Ehepartnern entsteht, erhöhen sie sich.

¹⁹ Ausführlich dazu auch Jacobs, K.; Dräther, H.: Demografischer Wandel in der Krankenversicherung, in: Kerschbaumer, J.; Schroeder, W. (Hg.): Sozialstaat und demografischer Wandel: Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung, Wiesbaden 2005, S. 102 ff.

²⁰ Zu einer kritischen Auseinandersetzung mit verschiedenen Vorausrechnungen der Bevölkerungsentwicklung vgl. Kistler, E.: Demografischer Wandel und Arbeitsmarkt – Die Debatte muss ehrlicher werden, in: WSI-Mitteilungen 2 (2004), S. 71-77.

schrumpfenden Bevölkerung bis zum Jahr 2050 von bis zu 3 Prozentpunkten.²¹ Inwiefern die steigende Lebenserwartung künftig die Gesundheitskosten beeinflussen wird, hängt jedoch auch davon ab, ob die Menschen künftig „gesünder“ alt werden. Anhänger der *Kompressionsthese* sind der Ansicht, dass sich der durch besonders schwere Krankheit (und damit teure Behandlungen) gekennzeichnete Lebensabschnitt auf wenige Jahre vor dem Tod beschränkt. Mit steigender Lebenserwartung kommen somit nicht ausschließlich hoch krankheitsanfällige, sondern auch „aktive“ und gesunde Lebensjahre hinzu. Vertreter der *Medikalisierungsthese* argumentieren dagegen, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter stark zunimmt und Mehrausgaben durch den medizinisch-technischen Fortschritt gerade bei Älteren und chronisch Kranken deutlich in die Höhe gehen werden.

Vor dem Hintergrund der vorliegenden Vorausberechnungen sowie der verbleibenden offenen Fragen sollten diese Veränderungen in der Versichertenstruktur ernst genommen, aber nicht dramatisiert werden.

3.5 Ausbau des Zwei-Klassen-Systems

Dass sich bestimmte Gruppen (Selbstständige und Beamte) und einkommensstarke Angestellte mit guten Gesundheitsrisiken dem System der GKV systematisch entziehen können, hat die Einnahmensituation der GKV weiter verschlechtert. In den letzten 20 Jahren haben im Saldo rund vier Millionen Personen die GKV verlassen und sind in die PKV gewechselt (zur Mitgliederentwicklung s. auch Abbildung 2).²² Dabei handelte es sich vorwiegend um gut verdienende, gesunde und freiwillig Versicherte in der GKV. Beamte und viele Selbstständige sind erst gar nicht in die GKV eingetreten. Für beide Personengruppen wurde der Zugang seit Ende der 1980er Jahre sukzessive sogar erschwert.²³

Für viele Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen sind die Leistungen in der PKV wegen der fehlenden Umverteilung derzeit deutlich besser bei gleichzeitig niedrigeren Beiträgen und dies trotz der Bildung von Altersrückstellungen. So beträgt der monatliche Beitrag für einen freiwillig Versicherten in der GKV knapp oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze von 3562,50 € bei einem durchschnittlichen Beitragssatz

²¹ Siehe die Übersicht in Jacobs, K.; Dräther, H. 2005, S. 98.

²² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2005, Tabelle 9.18.

²³ Vgl. Greß, S.; Walendzik, A.; Wasem, J. 2005: Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland – Bestandsaufnahmen und Lösungsmöglichkeiten, Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, Essen 2005, S. 23.

von 14,2% rund 500 € pro Monat. Die durchschnittlichen Ausgaben für eine voll versicherte Person in der PKV betragen dagegen im Jahr 2003 nur 120 € pro Monat²⁴ während sie in der GKV bei rund 238 € lagen.²⁵ Die Prämienhöhe ist in der PKV abhängig vom Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und Umfang der Versicherung. Für einen 30jährigen gesunden Mann beträgt die monatliche Prämie bei einer Vollversicherung in der PKV derzeit etwa 127,91 €²⁶

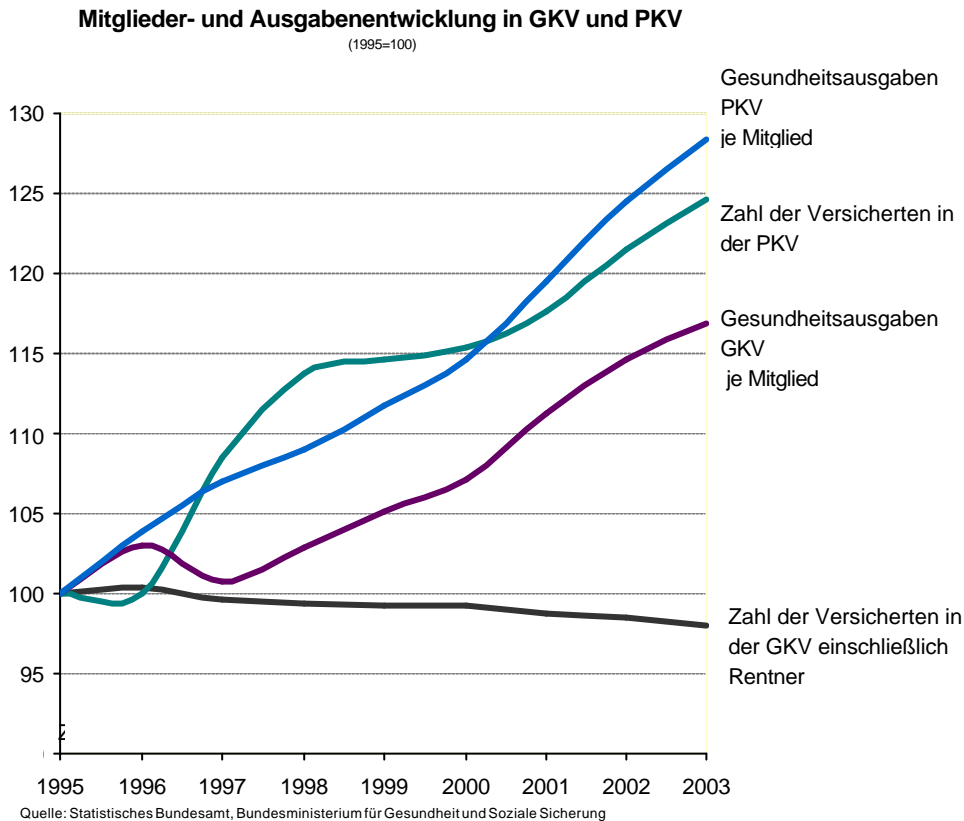
Der Abgang an guten Risiken mit hohem Einkommen von der GKV in die PKV erzwang weitere Leistungskürzungen und Beitragssatzsteigerungen in der GKV, was wiederum andere freiwillig Versicherte zum Wechsel bewegt haben dürfte. Diese Art der unfairen Konkurrenz der PKV zur GKV, die von Lobbygruppen und der Politik bisher gefördert wurde, verhinderte so eine stabilere Einnahmenentwicklung der GKV. Die Mitglieder der PKV beteiligten sich weder am Einkommensausgleich für Personen mit geringem Einkommen, noch an den Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen, noch am Risikostrukturausgleich für Kassen mit vielen Schwer- und chronisch Kranken.

²⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt 2005, Tab. 10.9. In den jeweiligen Beiträgen sind noch Altersrückstellungen, Verwaltungskosten und Gewinnanteile enthalten.

²⁵ Daten des Bundesministeriums für Gesundheit.

²⁶ Vgl. <http://www.abcfinanzen.de/modules.php?op=modload&name=Rechner&file=index> (Download vom 16.5.2006).

Abbildung 2



3.6 Zahl der Nicht-Versicherten nimmt zu

Im Gegensatz zu Nachbarländern, wie etwa der Schweiz oder seit 2006 den Niederlanden, besteht in Deutschland keine allgemeine Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung. Unter den Bedingungen sich wandelnder Erwerbs- und Lebensformen der Bevölkerung zeigt sich daher, dass das deutsche Sicherungssystem, welches im Grundsatz auf der Absicherung abhängig Beschäftigter und (davon abgeleitet) ihrer Familienangehörigen beruht, auch an dieser Stelle seine Passgenauigkeit verliert.

Die zunehmende Zahl an Personen ohne Krankenversicherungsschutz stellt ein Problemfeld dar, das erst seit dem letzten Jahr verstärkt ins öffentliche Problembewusstsein dringt. Zwar ist die bisherige statistische Erfassung der Gruppe der Nicht-Versicherten mit einigen methodischen Problemen behaftet, die möglicherweise einerseits zur Unter-, andererseits zur Übererfassung bestimmter Personengruppen in den lediglich auf der Basis von Bevölkerungsumfragen zu gewinnenden Daten führt.²⁷

²⁷ Dazu sowie zu den folgenden Ausführungen in diesem Abschnitt vgl. Greß, S.; Walendzik, A.; Wasem, J. 2005.

Vorbehaltlich dieser methodischen Schwierigkeiten, zeigt der Mikrozensus zwischen 1995 und 2003 im Trend nahezu eine Verdoppelung der Nicht-Versicherten von 105.000 auf 188.000 Personen.²⁸ Damit liegt die Zahl der Nicht-Versicherten gemessen an der Gesamtbevölkerung zwar insgesamt nach wie vor auf einem niedrigen Niveau von 0,23 %. Eine Reihe sozio-ökonomischer sowie sozialrechtlicher Veränderungen lassen es jedoch plausibel erscheinen, dass sich dieser Trend fortsetzen könnte.

Der Anteil der Selbstständigen in der Bevölkerung hat – u.a. als Folge der gezielten Förderung von Existenzgründungen im Zuge der Hartz-Reformen – in den letzten Jahren beachtlich zugenommen. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber für bestimmte Personengruppen, darunter bspw. über längere Phasen privat versicherte Selbstständige in höheren Altersgruppen, den Zugang zur GKV in den letzten Jahrzehnten schrittweise erschwert. Dies geschah im Wesentlichen, um Trittbrettfahrerverhalten einzudämmen und Missbrauch zu verhindern, kann nun aber unter ungünstigen ökonomischen Bedingungen dazu führen, dass die Betroffenen keinen hinreichenden Versicherungsschutz erlangen. Auch die Hartz-IV-Reform brachte insgesamt zwar eine Reihe von Verbesserungen für die soziale Absicherung von Langzeitarbeitslosen und Bedürftigen, bspw. für ehemalige SozialhilfeempfängerInnen, die als Arbeitslosengeld II-Empfänger (ALG II) nun Pflichtversicherte in der GKV werden. Allerdings können auch neue Problemgruppen identifiziert werden, wie etwa ehemalige (zumeist weibliche) ArbeitslosenhilfempfängerInnen, die auf Grund der verstärkten Vermögens- und Einkommensanrechnung ihren Unterstützungsanspruch verlieren und nicht familienversichert sind. Als eine weitere Problemgruppe lassen sich im Kontext der Hartz-Reformen ausschließlich geringfügig Beschäftigte ausmachen, die nicht über abgeleitete Ansprüche der Familienversicherung abgedeckt sind²⁹ und sich auf Grund ihres geringen Einkommens keine Krankenversicherung leisten können oder leisten wollen.

4. Reformvorschlag: Zentrale Inkassostelle als Einstieg in die steuergestützte Bürgerversicherung

Für die weitere Diskussion von Reformansätzen der Einnahmenseite des Krankenversicherungssystems wird angenommen, dass sich auch in Zukunft die Gesundheitsausgaben ähnlich wie das nominale BIP entwickeln. Dabei gehen wir weder

²⁸ Greß, S.; Walendzik, A.; Wasem, J. 2005, S. 53.

²⁹ Vgl. auch Fußnote 18.

davon aus, dass der Leistungskatalog der GKV weiter eingeschränkt wird, noch dass es eine erneute Verschiebung von Aufwendungen aus der GKV hin zu den Versicherten geben sollte. Das GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 hat bereits weit reichende und bislang ungekannte Schritte in diese Richtung vollzogen.³⁰ Diese gingen mit einer besonderen Belastung vor allem von Geringverdienern, chronisch Kranken und Frauen einher.³¹ Um weitere Privatisierungen von Gesundheitsausgaben zu vermeiden wird es künftig notwendig sein, die Ausgabendynamik bspw. über weitere Effizienzgewinne im Wettbewerb nicht nur zwischen den Kassen, sondern auch unter den Leistungsanbietern zu dämpfen. Gleichzeitig darf nicht vernachlässigt werden, dass das Gesundheitswesen ein großer Wirtschaftszweig mit einem hohen und stabilen Beschäftigungsniveau ist. Ausgabenwachstum hat neben der steigenden Kostenbelastung für Versicherte und Unternehmen daher stets eine „zweite Seite der Medaille“, nämlich die steigende Beschäftigung im Gesundheitswesen.

Die folgende Analyse geht aus Platzgründen nicht weiter auf Instrumente der Ausgabensteuerung ein, sondern beschränkt sich auf die Reformen der Einnahmenseite des Gesundheitswesens. Wir setzen dabei voraus, dass von einem in etwa am BIP orientierten Ausgabenwachstum ausgegangen werden kann, das es über einen längeren Zeitraum hinweg – ohne permanente Eingriffe und Korrekturen – zu finanzieren gilt.

Ausgangspunkt unserer Überlegungen zur Einnahmenseite ist der Vorschlag des wissenschaftlichen Beirates beim Bundesfinanzministerium (BMF) zur Einrichtung einer zentralen Inkassostelle (auch Gesundheitsfonds, s. Abschnitt 41). Aus unserer Sicht birgt der Vorschlag – *unter bestimmten Voraussetzungen*, die im Folgenden dargelegt werden – eine Reihe von Chancen für eine gerechtere und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems.

Dennoch löst auch dieser Vorschlag die langfristigen Einnahmenprobleme sowie eine Reihe der anderen in Abschnitt 1 angesprochenen Problempunkte nicht. Er ist aus unserer Sicht ein sinnvoller Ansatzpunkt für die GKV-Reform, der aber mit weiteren Schritten verbunden werden muss (s. Abschnitte 4.2 bis 4.7).

³⁰ Vgl. bspw. Gerlinger, T.: Privatisierung – Liberalisierung – Re-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems, in: WSI-Mitteilungen 9 (2004), S. 501-506.

³¹ Zu Wirkungsanalysen s. bspw. Pfaff, A.B. et al.: Zuzahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen, Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe Nr. 253, Augsburg 2003.

4.1 Zum Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats beim BMF: Einrichtung einer zentralen Inkassostelle (Gesundheitsfonds)

Der Vorschlag³² sieht vor, dass wie bisher einkommensabhängige Beiträge von Arbeitnehmern (AN) und Arbeitgebern (AG) bezahlt werden, diese aber nicht mehr direkt an die einzelnen Krankenkassen, sondern an eine zentrale Inkassostelle abgeführt werden. Die Inkassostelle stellt dann jedem Mitglied einen Beitragscheck aus, mit dem sich diese Person bei einer Krankenkasse ihrer Wahl versichern kann. Dieser Beitragscheck muss nicht zwingend einheitlich sein, eine Orientierung seiner Höhe am Lebensalter des Versicherten dürfte sogar Vorteile haben. Dabei können die derzeitigen durchschnittlichen Ausgaben der GKV je Altersgruppe als Basis dienen.

Ein zentraler und bislang vernachlässigter Punkt dieses Ansatzes ist: Dabei können und sollten auch die Mitglieder der *privaten* Kassen in das Inkassosystem einbezogen werden, die dann ebenfalls einen Beitragscheck in gleicher Höhe wie die GKV-Versicherten ausgehändigt bekommen. Dies wird möglich, weil die Einkommensumverteilung in der Inkassostelle und nicht mehr bei den einzelnen Krankenkassen erfolgt. Zudem könnte man langfristig auch allen Versicherten freistellen, sich bei einer privaten Kasse zu versichern. Diese müsste dann allerdings einen entsprechenden Tarif – wie die gesetzlichen Kassen – mit Kontrahierungszwang und ohne Risikoausschluss anbieten.

Der Vorschlag hat wichtige Vorteile, verbindet er doch wesentliche Elemente der Bürgerversicherung (einkommensabhängige Beiträge bei der Einzahlung in die Inkassostelle, Überwindung der heutigen Trennung von GKV und PKV) mit der Kopfpauschale (Prämien bei der Auszahlung an die Leistungsträger). Er bietet damit einen optimalen Anknüpfungspunkt, Teile der PKV in das einkommensabhängige Beitrags- und Umverteilungssystem mit einzubeziehen. Darüber hinaus ist dies ein Vorschlag, der Vorstellungen beider Regierungsparteien der Großen Koalition ein Stück weit entgegen kommt und somit die Gefahr einer politischen Nicht-Einigung vermindern könnte.

Dennoch löst auch dieser Vorschlag die langfristigen Einnahmenprobleme nicht. So reduziert zwar eine einheitliche Inkassostelle den bürokratischen Aufwand für die Arbeitgeber, sobald das System eingespielt ist. Auch lassen sich damit die Mitglieder der PKV leichter in das einkommensabhängige Beitragssystem und

³² Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, 2005.

Umverteilungssystem einbeziehen, weil die Beiträge der Versicherten erst einmal abgekoppelt sind von den Zahlungen an ihre Krankenkasse. Dies schafft mehr Wettbewerb zwischen PKV und GKV und verbessert zu Beginn die Einnahmen/Ausgabenrelation der Inkassostelle, da die PKV relativ mehr Mitglieder mit höheren Einkommen als die GKV hat.³³ Der Wettbewerb zwischen den Kassen konzentriert sich dann nicht mehr auf die Suche nach besonders einkommensstarken Mitgliedern, sondern verlagert sich stärker auf die Leistungsebene.³⁴ Allerdings muss dann der Wettbewerb über zusätzliche freiwillige Leistungen der Krankenkassen oder Beitragsrückerstattungen, wenn die Prämien, die die Kassen von der Inkassostelle für ihre Versicherten bekommen, nicht ausgeschöpft werden, auch möglich sein.³⁵ Für einen echten Wettbewerb müssen die Krankenkassen aber auch mehr Rechte eingeräumt bekommen. Dazu gehört u.a. auch das Recht, mit Ärzten individuelle Verträge abschließen zu dürfen.

Ein weiterer Vorteil der zentralen Inkassostelle besteht in den geringeren Aufwendungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen, weil Unterschiede auf der Einnahmenseite automatisch verschwinden. Ein Risikostrukturausgleich bleibt zwar weiterhin notwendig, kann sich aber auf den Ausgleich von Zahlungen für überdurchschnittlich viele Schwerkranke und chronisch Kranke beschränken. Dieser Ausgleich kann über die Inkassostelle abgewickelt werden. Wenn sich die Höhe des Beitragschecks am Lebensalter eines Versicherten orientiert, dann werden Kassen mit überdurchschnittlich vielen älteren Mitgliedern nicht besonders belastet. Dies erleichtert auch die Einbeziehung der PKV in das Inkassosystem, weil in der PKV die Beitragshöhe stark altersabhängig ist. Auch das Krankengeld sollte folgerichtig von der Inkassostelle und nicht mehr von den einzelnen Krankenkassen ausbezahlt werden, weil nur die Inkassostelle über die Informationen und die entsprechenden Beitragseinnahmen der einzelnen Mitglieder verfügt.

Weitere Veränderungen im System der Krankenversicherung lassen sich mit Hilfe einer Inkassostelle bürokratisch leichter umsetzen. Die PKV kann einfacher in den neuen

³³ Aber auch in der PKV gibt es Personen ohne eigene Einkünfte, in der Regel Kinder und teilweise Ehepartner.

³⁴ In der Vergangenheit hat es schon den Wettbewerb zwischen den Kassen der GKV über unterschiedlich hohe Beitragssätze gegeben, der allerdings nur von einem Teil der Versicherten (insbesondere jüngere Versicherte mit guten Risiken und einem höheren Bildungsniveau) zu einem Wechsel der Krankenkasse genutzt wurde, vgl. Höppner, K. et al: Kassenwettbewerb: Motive für den Kassenverbleib, in: Böcken, J. et al. (Hg.): Gesundheitsmonitor 2004, Gütersloh 2004, S. 58-68.

³⁵ Diese Rückerstattungen sind zu unterscheiden von dem derzeitigen Rückerstattungssystem auf der Basis *individueller* Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen. Diese kommen vor allem Versicherten mit guten Risiken zu Gute und führen zu Brüchen im GKV-Solidarsystem.

Risikostrukturausgleich einbezogen werden. Gleichzeitig könnten private Versicherer – profitorientiert – zeigen, ob sie den gesetzlichen Kassen unter gleichen Wettbewerbsbedingungen gewachsen wären. Die Kosten versicherungsfremder Leistungen ließen sich bei einem Inkassosystem sehr einfach durch Steuern finanzieren. Dazu muss der Staat nur seine finanziellen Leistungen an die Inkassostelle aufstocken. Im Gegenzug können die Beitragssätze gesenkt werden. Es bedarf dabei keiner individuellen Bedürftigkeitsprüfung wie bei vielen Kopfpauschalenmodellen. Höherer Steueranteil und niedrigerer Beitragsanteil könnten sich bei den Einnahmen der Inkassostelle gerade ausgleichen.

Doch auch im System einer zentralen Inkassostelle wird das Hauptproblem unseres gegenwärtigen Gesundheitswesens nicht gelöst: Die lohnbasierten Einnahmen steigen weiterhin zu gering im Vergleich zur Ausgabenentwicklung. Dagegen kann das zweite große Problem, der gegenwärtig unfaire Wettbewerbsvorteil der PKV gegenüber der GKV, zu einem großen Teil gelöst werden: Der Vorteil für Beamte und gutverdienende Angestellte bei einer Versicherung in der PKV ist dann nicht mehr so eindeutig wie heute, weil für die besseren Leistungen der PKV auch individuelle Zuzahlungen zu dem Beitragscheck der Inkassostelle notwendig werden dürften.

4.2 Ausbau der Steuerfinanzierung

Will man das Gesundheitssystem langfristig stabil ausrichten, führt kein Weg an einer stärkeren Steuerfinanzierung der GKV vorbei. Ansonsten wäre man zu ständigen Leistungskürzungen, immer wieder neuen Beitragssatzsteigerungen und höheren Zuzahlungen gezwungen. Ein Umstieg auf einen höheren Steueranteil bei gleichzeitiger Senkung der Beitragssätze würde die gesamte Abgabenquote in der Volkswirtschaft unverändert lassen.³⁶ Allerdings würden die Anreize deutlich verändert. So würde eine Reduzierung der Beitragssätze die Lohnkosten für die AG senken und das verfügbare Einkommen der sozialversicherungspflichtigen AN erst einmal erhöhen. Elemente des sozialen Ausgleichs könnten so schrittweise von der GKV bzw. vom Inkassosystem in das Steuersystem verlagert werden.

Die Reduzierung der Arbeitskosten über niedrigere Beiträge würde *ceteris paribus* sowohl beschäftigungsfördernd und preissenkend wirken als auch – im Endergebnis –

³⁶ Formal kann dabei die Abgabenlast der privaten Haushalte zu- und die der Unternehmen abnehmen. Die effektive Abgabenlast hängt allerdings von den zur Gegenfinanzierung gewählten Steuern und deren Überwälzungsmöglichkeiten ab.

die realen Nettoeinkommen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten erhöhen. Die zu erwartenden Wachstums-, Preis- und Beschäftigungseffekte, aber auch die Auswirkungen auf die Einkommensverteilung und den Staatshaushalt, lassen sich nur mit Hilfe von gesamtwirtschaftlichen ökonomischen Modellen ermitteln. Zuvor muss allerdings entschieden werden, welche Steuern als Kompensation für die niedrigeren Beitragssätze angehoben werden sollen. Grundsätzlich sollten aufkommensstarke Steuern gewählt werden, die in etwa so wie das BIP wachsen. An erster Stelle kommen dafür die Lohn- und Einkommensteuer und die Mehrwertsteuer in Frage. Dabei muss allerdings eine Besonderheit beachtet werden. In dem Maße, wie über das Steuersystem die bisherige Einkommensumverteilung der GKV finanziert werden soll, kommt für diesen Teil nur die Lohn- und Einkommensteuer in Betracht und nicht die Mehrwertsteuer. Letztere hat leicht regressive Verteilungseffekte. Personen mit einem geringen Einkommen geben in der Regel einen höheren Anteil ihres verfügbaren Einkommens für Konsumgüter aus als Personen mit einem hohen Einkommen. Würde die Einkommensumverteilung in der GKV durch eine höhere Mehrwertsteuer ersetzt, dann wäre der Personenkreis mit geringen Einkommen stärker belastet als bisher.

4.3. Exkurs: Braucht man dazu die Kopfpauschale?

Nicht wenige Wissenschaftler³⁷ halten die Einführung einer Kopfpauschale für den geeigneteren Weg als die Umstellung der GKV auf ein steuergestütztes System. Die Auswirkungen der in der Diskussion befindlichen Modelle unterscheiden sich dabei je nach ihrer Ausgestaltung sehr stark.³⁸ Wollte man jedoch ein Kopfpauschalensystem so umsetzen, dass untragbare soziale Härten durch die einkommensunabhängige Beitragserhebung vermieden würden, wäre ein erheblicher Aufwand an steuerlicher Gegenfinanzierung notwendig. Dieser wird auf bis zu 39 Mrd. € beziffert.³⁹ Erste Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen zudem, dass ein sehr hoher Anteil der Versicherten – Schätzungen zu Folge dort etwa zwei Drittel der Haushalte⁴⁰ – damit zu EmpfängernInnen des steuerfinanzierten Sozialausgleichs würden. Zudem muss man

³⁷ Z.B. SVR 2005.

³⁸ Für eine Übersicht über verschiedene Modellvorschläge vgl. Greß, S.; Pfaff, A.B.; Wagner, G.G. (Hg.): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie, Düsseldorf 2005 sowie für grundlegende Strukturelemente Leiber, S.; Zwiener, R. 2005, S. 446-453.

³⁹ Wasem, J.; Greß, S.; Rothgang, H.: Kopfpauschalen in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Lohnt sich ein Systemwechsel?, in: Greß, S.; Pfaff, A.B.; Wagner, G.G. (Hg.) 2005, S. 13.

⁴⁰ Hoffmann, A.: Zwischen Kopfpauschale und Bürgerversicherung: Das große Schweigen, in: Süddeutsche Zeitung, 7.3.2006, S. 8.

fragen, ob man die mit einem solchen radikalen Reformschritt verfolgten Ziele nicht auch auf „einfacherem“ Wege erreichen kann ohne zuerst eine Kopf- bzw. Bürgerpauschale einzuführen⁴¹, um dann anschließend einen steuerfinanzierten und personenbezogenen Sozialausgleich bürokratisch aufwändig zu organisieren.

Es wirkt befremdlich, wenn der SVR, der sich für eine Bürgerpauschale stark macht, in seinem neuesten Gutachten als Begründung schreibt: „Auf diese Weise werden das Äquivalenzprinzip in diesen Sozialversicherungen gestärkt und die Attraktivität der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung erhöht. Da die Lohnabhängigkeit der Beitragseinnahmen beseitigt wird, kann zudem eine Einnahmeschwäche, wie sie derzeit in allen Sozialversicherungszweigen zu beobachten ist, in solchen Pauschalbeitragssystemen nicht mehr auftreten. Die Systeme werden auch in diesem Fall stabilisiert.“⁴² Man kann das auch anders formulieren: Das Risiko, dass die Lohnzuwächse nicht Schritt halten mit den Gesundheitsausgaben, wird privatisiert. Der Einzelne bezahlt dann absolut und relativ privat immer mehr für die Gesundheit, die Belastung und Umverteilung nach Gesichtspunkten der Leistungsfähigkeit wird gleichzeitig drastisch reduziert. Die Systemstabilisierung ist nur vordergründig, weil sich der Einzelne nicht weigern kann, bei geringen Lohnzuwächsen einen immer größeren Anteil für seine Krankenversicherung aufzubringen. Der Druck auf die Politik, Effizienzreserven auf der Ausgabenseite zu mobilisieren um Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden, wird damit automatisch reduziert.

Für den Fall, dass ein höherer Steueranteil in einer Inkassostelle gemeinsam durch Lohn- und Einkommensteuern und Mehrwertsteuern aufgebracht würde, würde die dadurch ermöglichte Beitragssatzsenkung auch durch die Personen mit geringen Einkommen und die Rentner mitfinanziert. Insofern gäbe es keine einseitige Entlastung dieses Versichertenkreises, wie der SVR unterstellt. Die gravierenden Vorteile eines höheren Steueranteils an den Einnahmen der Inkassostelle gegenüber der Einführung einer Bürgerpauschale liegen in der Möglichkeit einer sofortigen deutlichen Senkung der Beitragssätze von Arbeitnehmern und Arbeitgebern und in dem erheblich einfacheren bürokratischen Verfahren.

Gewarnt werden soll an dieser Stelle auch vor einer anderen Reform-Variante in der GKV, die gegenwärtig in den Medien diskutiert wird. Danach sollen die derzeitigen

⁴¹ Begründet wird dieses Vorgehen vom SVR mit der Zielgenauigkeit einer Steuerfinanzierung. Vgl. SVR 2005.

⁴² SVR 2005, Ziffer 480.

GKV Mitglieder nicht nur Beiträge auf ihrem Lohn, sondern auch auf ihre Mieteinnahmen und ihre Kapitaleinkünfte entrichten. Im Prinzip entspräche das zwar eher dem Leistungsfähigkeitsprinzip als die derzeitige reine Lohnorientierung. Allerdings würde damit der Beitragscharakter der Abgabe zur Krankenversicherung, bei dem es eigentlich einen Bezug zwischen der Höhe der Abgabe und der Leistung geben sollte, weiter ausgehöhlt. Blicke das PKV-System unverändert, liefe dies faktisch jedoch auf eine Steuer für einen Teil der Bevölkerung hinaus, der sich Beamte, Selbstständige und gutverdienende Angestellte erneut entziehen können. Würde die Politik diesen Weg wählen, dann würde am Ende die Kluft zwischen GKV und PKV weiter vergrößert und nicht verkleinert. Es würde ein neuer Schub von Übertritten von der GKV zur PKV bei den gutverdienenden – und gut zahlenden – freiwillig Versicherten ausgelöst. Übrig blieben die alten und kranken freiwillig Versicherten, die allerdings auch höhere Kosten verursachen. Die GKV hätte keine Chance, für junge und gesunde freiwillig Versicherte in Zukunft attraktiv zu sein. Die Einnahmen würden zwar einmalig steigen. Der Steueranteil wäre aber langfristig zu niedrig um für ein stabiles Einnahmenwachstum zu sorgen. Rechnet man die Einnahmenverluste durch die zu erwartenden Übertritte und das zukünftige Wegbleiben von freiwillig Versicherten gegen, dann könnte die Bilanz sogar schon von Anfang an negativ sein.

4.4 Beschäftigungswirkungen einer stärkeren Steuerfinanzierung: Modellsimulationen im Vergleich

Simulationsrechnungen mit einem makroökonomischen Modell zeigen, dass bei einer Kombination von Lohn-/Einkommensteuer und Mehrwertsteuer zur Gegenfinanzierung einer Senkung der Beitragssätze insgesamt die besten gesamtwirtschaftlichen Wirkungen erreicht würden.⁴³ Für 2007 sind die Einnahmen der Mehrwertsteuererhöhung um 3 %-Punkte allerdings schon für eine Senkung der Beitragssätze zur Arbeitslosenversicherung und für Zwecke der Haushaltskonsolidierung verplant.

Das verteilungspolitisch bessere Ergebnis zeigt allerdings die Lohn-/Einkommensteuer. Würde sie erhöht und würden die Mehreinnahmen für die Senkung der Beitragssätze in der GKV verwendet, dann würde dem Leistungsfähigkeitsprinzip am ehesten Rechnung getragen. Der SVR schreibt: „Da die Beitragsfinanzierung bezogen auf das gesamte

⁴³ Vgl. Meinhardt, V. ; Zwiener, R. 2005.

Haushaltsnettoeinkommen mit steigendem Einkommen zunächst progressiv, die Einkommensteuer dagegen durchgehend und stärker progressiv wirkt, nimmt die relative Belastung bei Verwirklichung der Umfinanzierungsmaßnahme mit zunehmendem Einkommen zu.⁴⁴

Dagegen scheint die Mehrwertsteuer insbesondere unter Wettbewerbsgesichtspunkten ein geeignetes Finanzinstrument darzustellen, unterscheidet sie doch nicht zwischen dem Konsum inländischer und ausländischer Produkte. Es spricht gleichwohl einiges dafür, nur den Regelsatz der Mehrwertsteuersatz anzuheben. Dies ändert die Preise von Nahrungsmitteln und einigen Gütern für Bildung, Unterhaltung und Freizeit, die mit einem ermäßigten Satz belegt sind, nicht direkt. Damit werden insbesondere Haushaltsgruppen nicht übermäßig belastet, die entweder gar nicht oder nur teilweise von einer Senkung der Beitragssätze zur Krankenversicherung profitieren. Dazu gehören in erster Linie Haushalte von Transfereinkommensbeziehern, deren Einkommen nicht regelmäßig und nicht vollständig an die Lohnentwicklung angepasst werden. Auch die Selbstständigen profitieren nicht von der Senkung der Beitragssätze. Allerdings kann ein Teil der Selbstständigen in dem Maße seine Einkommensposition verbessern, wie er die gesunkenen Lohnkosten für seine Beschäftigten nicht voll in eine Preissenkung für ihre Produkte und Dienstleistungen weitergibt. Dagegen würden auch die Beamten, wenn sie denn zahlende Mitglieder der Inkassostelle wären, genauso wie alle bisher sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von der Beitragssenkung profitieren.

Die Wirkung der Arbeitgeberbeiträge auf die Lohnkosten muss unter dem Gesichtspunkt des optimalen Einsatzes der Produktionsfaktoren in Betracht gezogen werden. So kann der reichlich vorhandene Produktionsfaktor Arbeit unter anderem auch deshalb unzureichend eingesetzt sein, weil sein Preis zuvor durch die Anhebung der Arbeitgeberbeiträge erhöht wurde. Eine Senkung der Lohnkosten in Folge der Reduzierung der Arbeitgeberbeiträge kann so – für sich genommen – eine Substitution von Kapital durch Arbeit auslösen.⁴⁵

Zwar dürften Wachstum und Beschäftigung unterschiedlich stark angeregt werden, je nachdem, ob die Mehrwertsteuer oder die Lohn-/Einkommensteuer zur Gegenfinanzierung einer Beitragssatzsenkung eingesetzt wird, doch hebt sich in der Studie von Meinhardt/Zwiener eine Simulationsvariante deutlich ab. Diese Variante, in

⁴⁴ SVR 2005, Ziffer 567.

⁴⁵ Die Stärke dieses Substitutionseffekts sollte allerdings nicht überschätzt werden.

der sowohl Mehrwertsteuern wie Lohn- und Einkommensteuern aufkommensneutral zur Reduzierung der Beitragssätze der Sozialversicherung eingesetzt werden, zeigt auch die besten Ergebnisse bei den realen Nettolöhnen (pro Kopf) und löst mittelfristig keine Preiseffekte aus. Insofern ist sie anderen Simulationsvarianten mit nur einer – direkten oder indirekten - Steuerart überlegen. Gemäß den Modellergebnissen lässt sich bei einer aufkommensneutralen und symmetrischen Senkung der Beitragssätze der Arbeitnehmer und Arbeitgeber um 50 Mrd. € das Beschäftigungsniveau dauerhaft um über eine halbe Million Personen anheben.⁴⁶

Andere Studien zeigen ebenfalls positive Beschäftigungseffekte.⁴⁷ Allerdings werden die zugrundeliegenden Annahmen insbesondere zum außenwirtschaftlichen Rahmen häufig nicht deutlich. Eine aktuelle Studie von Bach/Koch/Spitznagel (2004) hat ebenfalls die Alternativen Erhöhung der Mehrwertsteuer oder direkter Steuern zur Gegenfinanzierung einer Senkung der Sozialabgaben zum Gegenstand. Die Impulse sind dort im Vergleich zur DIW-Studie viel geringer angesetzt, es wird nur eine Erhöhung der Mehrwertsteuer um einen Prozentpunkt untersucht. In einer Variante mit exogenen Tariflöhnen und einer unterstellten Preisüberwälzung von 50 % nähme die Zahl der Beschäftigten um durchschnittlich 81.000 Personen zu, das reale Bruttoinlandsprodukt stiege um 0,1 % und der Preisindex der privaten Konsumausgaben um 0,4 %. Bei der entsprechenden Erhöhung der direkten Steuern wären es ein Plus von 47.000 Beschäftigten, ein Anstieg des realen Bruttoinlandsprodukts um 0,1 % und ein Rückgang des Preisindex des privaten Verbrauchs um 0,2 %.

Verglichen mit den Ergebnissen von Meinhardt/Zwiener fallen die Wachstumseffekte geringer und die Preiseffekte höher aus. Eine Erklärung für diesen Unterschied könnte in der außenwirtschaftlichen Modellierung liegen. In der Studie von Bach/Koch/Spitznagel (2004) dürften die Veränderungen der Lohnstückkosten keine (oder keine nennenswerten) Auswirkungen auf die deutschen Exporte haben.⁴⁸ Damit fehlt aber eine wichtige treibende Kraft für den Anstieg von Wachstum und Beschäftigung. Die Preiseffekte selbst können nicht direkt verglichen werden, weil - im Unterschied zur Realität - in den Modellsimulationen der Studie sämtliche

⁴⁶ Vgl. Meinhardt, V; Zwiener, R. 2005, Tabelle 11, Variante VI.

⁴⁷ Vgl. Kaltenborn, B. et al.: Arbeitsmarkteffekte eines Freibetrages bei den Sozialabgaben, München und Mering 2003; Bach, H.-U.; Koch, S.; Spitznagel, E.: Was würde eine andere Finanzierung der Arbeitsmarktpolitik bringen? Simulation von Alternativen mit einem ökonometrischen Modell, IAB-Kurzbericht Nr. 7 (2004).

⁴⁸ Die Exporte werden in den Tabellen des Berichts nicht ausgewiesen, vgl. Bach, H.-U.; Koch, S.; Spitznagel, E. 2004.

Mehrwertsteuereinnahmen über eine entsprechende Erhöhung des Preisindex des privaten Verbrauchs erzielt werden. Damit fällt aber automatisch die für den Preisindex des privaten Konsums unterstellte Preisüberwälzung zu hoch aus. Die Zweitrundeneffekte zwischen Preisen und Löhnen werden deshalb auch deutlich überzeichnet.

Gemäß einer IAB-Studie von Feil und Zika⁴⁹ könnte eine Absenkung der Sozialversicherungsbeiträge pro Beitragspunkt längerfristig jeweils bis zu 150 000 neue Jobs bringen. Leider wurden die Wirkungen einer Erhöhung der Lohn-/Einkommensteuer nicht untersucht. Im Vergleich zu einer Reduzierung der Staatsausgaben oder einer Erhöhung der Mehrwertsteuer zeigte in der Studie die Einführung einer Kopfpauschale die höchsten Beschäftigungseffekte. Die Autoren betonen allerdings die damit verbundenen unerwünschten Verteilungswirkungen.

Eine Studie von Kaltenborn et al.⁵⁰ kommt anhand des DGB-Freibetragsmodells zu dem Schluss, dass eine steuerfinanzierte Senkung der Sozialabgaben in *asymmetrischer* Form, d.h. gezielt v.a. im unteren Einkommensbereich, nochmals höhere Beschäftigungseffekte ergibt als bei einer *linearen* Senkung mit demselben Entlastungsvolumen. Auch eine solche Option wäre mit dem Inkassomodell kompatibel. Da das DGB-Modell neben den kleinen auch alle anderen Einkommen entlastet ist es allerdings sehr kostenintensiv. Das Progressiv-Modell von Bündnis 90/Die Grünen stellt eine günstigere Alternative dar, da es nur Einkommen bis 2000 € entlastet.⁵¹

Auch der SVR kommt nach Auswertung einer Reihe von Studien zu dem Schluss, dass „die besten Ergebnisse von einem Finanzierungsmix aus Einkommensteuer und Mehrwertsteuer zu erwarten sind, da sich bei einer solchen Kombination unterschiedlicher Steuern allokativer und verteilungspolitische Nachteile der einen Steuer durch die Wirkungen der anderen ausgleichen können“.⁵²

Der Umstieg auf eine stärkere Steuerfinanzierung kann in kleinen oder in großen Schritten erfolgen. Große Schritte hätten den Vorteil, dass das Gesundheitssystem schneller und nachhaltiger stabilisiert wird und auch nennenswerte Senkungen der Beitragssätze ermöglicht werden. Bei kleinen Schritten besteht die Gefahr, dass die

⁴⁹ Feil, M., Zika, G.: Wege zu mehr Beschäftigung: Mit niedrigeren Sozialabgaben aus der Arbeitsmarktkrise?, in: IAB Kurzbericht 4 (2005).

⁵⁰ Kaltenborn, B. et al: Sozialabgaben und Beschäftigung, in: MitAB 4 (2003), S. 672-688.

⁵¹ Ausführlich dazu IMK-WSI-Arbeitskreis Kombilohn: Kombilöhne – Zwischen Illusion und Wirklichkeit, IMK-Report 8 (2006), S. 9.

⁵² SVR 2005, Ziffer 568.

zusätzlichen Steuermittel gerade zum Schließen der Finanzierungslücke ausreichen und die Beitragssätze nicht gesenkt werden können.

Bei einer breiten parlamentarischen Mehrheit für eine solche Reform lassen sich die Steuermittel für die GKV auch zu einem gewissen Grad vor den Begehrlichkeiten von Finanzministern schützen, indem bei der Aufteilung des Lohn- und Einkommensteueraufkommens und des Mehrwertsteueraufkommens auf die Gebietskörperschaften zusätzlich ein bestimmter Anteil an die zentrale Inkassostelle in den Verteilerschlüssel neu aufgenommen wird. Wenn die beiden Steuern dabei entsprechend erhöht werden, verlieren die Gebietskörperschaften keine Einnahmen. Für die Einbeziehung der Beamten in das einkommensabhängige Beitragssystem zur Krankenversicherung dürften Mehrbelastungen auf die Gebietskörperschaften zukommen, obwohl die Aufwendungen der öffentlichen Arbeitgeber für die bislang gewährte Beihilfe dann wegfällt. Eventuelle Mehrbelastungen lassen sich aber ohne Probleme über eine entsprechende Steuererhöhung ausgleichen. Diesen Mehrbelastungen stehen dann gleichzeitig Mehreinnahmen der Inkassostelle gegenüber, die für weitere Beitragssatzsenkungen verwendet werden können. Die Abgabenquote insgesamt steigt daher nicht, es gibt immer nur eine Verlagerung von den lohnbezogenen Beiträgen hin zu den Steuern. Die öffentlichen Arbeitgeber profitieren dann zudem von allen Beitragssatzsenkungen in der Krankenversicherung.

4.5 Steuerfinanzierung versicherungsfremden Leistungen als erster Schritt

Ein erster Schritt in Richtung einer stärkeren Steuerfinanzierung könnte die Übernahme der versicherungsfremden Leistungen in der GKV sein.⁵³ So beträgt die Summe der versicherungsfremden Leistungen in der GKV zwischen 22 Mrd. € und 45 Mrd. €⁵⁴

Zwischen den großen Parteien scheint heute Einigkeit darüber zu herrschen, die Leistungen der Krankenversicherungen für Kinder in Zukunft über Steuern zu finanzieren. So folgerichtig dieser Schritt ist, können von ihm in der gegenwärtigen Situation aber ganz unerwünschte Wirkungen ausgehen. Voraussetzung dafür ist daher, dass nur Personen, die in die Inkassostelle einbezahlen, diesen – kostenlosen – Beitragscheck für ihre Kinder bekommen. Gelingt es nicht, die Steuerfinanzierung für

⁵³ Zu Besonderheiten der Mitversicherung von Ehepartnern s. den nachfolgenden Abschnitt.

⁵⁴ Auf die hohe Summe kommt man, wenn man wie der Sachverständigenrat die Umverteilung von den Besserverdienern zu den Geringverdienern in der GKV mit dazurechnet. Vgl. Meinhardt, V.; Zwiener, R. 2005, Sesselmeier, W. 2005, SVR 2005.

die Gesundheitsausgaben für Kinder auf die Teilnehmer an der Inkassostelle – aus GKV und PKV – zu beschränken, sondern sollen alle Kinder in der PKV gefördert werden, ohne dass ihre Eltern am Inkassosystem teilnehmen, dann könnte das problematische Auswirkungen für die GKV haben. Zurzeit besteht ein wichtiger Anreiz für freiwillig Versicherte der GKV in der automatischen Mitversicherung von Kindern. Wird diese Vergünstigung auch in der PKV gewährt, ohne dass einkommensabhängige Beiträge an die Inkassostelle abgeführt werden, dann lohnt sich der Übertritt zur PKV umso mehr. Im Endergebnis könnte die GKV bei einer solchen Maßnahme nennenswert Einnahmen verlieren. Dann aber können die Beitragssätze nicht deutlich genug gesenkt werden, und die Mitglieder der GKV bezahlen über höhere Steuern auch noch die sich weiter verstärkende Besserstellung der Mitglieder der PKV mit. Analoge Schlussfolgerungen gelten für die mögliche Steuerfinanzierung der Krankenversicherung von nicht berufstätigen Ehepartnern, wobei diese aus unserer Sicht besser generell auf den Prüfstand gestellt werden sollte (s. Abschnitt 4.6.)

4.6. Zur beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern: Ungerechtigkeiten beseitigen

Neben der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern steht vor dem Hintergrund der Kostendämpfungspolitik der vergangenen Jahre seit längerem auch die Mitversicherung von Ehepartnern in der Diskussion. Diese ursprünglich als politische Maßnahme zur Familienförderung konzipierte Struktur macht einen wichtigen Anteil des Solidarausgleichs in der GKV aus.

Beitragsfrei versicherte Personen über 20 Jahre machten 2003 in der GKV (Krankenversicherung der Arbeitnehmer und Rentner) 6,5 Mio. Personen und ca. 9,3 Prozent der Versicherten aus. Von ihnen wurden im Durchschnitt Leistungsausgaben in Höhe von 12,3 Mrd. € (8,5 % bezogen auf die Ausgaben für alle Versicherten) in Anspruch genommen.⁵⁵ Wenngleich die beitragsfreie Mitversicherung in Folge einer gestiegenen Erwerbsbeteiligung von Frauen in den letzten Jahren insgesamt zurückging, sind die meisten der mitversicherten Ehepartner noch immer Frauen. Von den 30-60jährigen Frauen war im Westen etwa jede vierte, im Osten ca. jede zwanzigste über ihren Ehemann abgesichert.⁵⁶

⁵⁵ Eigene Berechnungen nach SVR 2005, S. 353.

⁵⁶ Klammer, U.: Soziale Sicherung, in: WSI-Frauen-Daten-Report 2005: Handbuch zur wirtschaftlichen und sozialen Situation von Frauen, Berlin 2005, S.342-343.

Im Zuge einer konsequenten Diskussion einer stärkeren Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlich erwünschter, „versicherungsfremder“ Leistungen läge es auf den ersten Blick nahe, nicht nur die Mitfinanzierung der Kindern, sondern auch der Ehepartner einzubeziehen.

Von der feministischen Wohlfahrtsstaatsforschung wird die beitragsfreie Mitversicherung allerdings seit langem zu recht wegen ihrer interpersonellen Verteilungswirkungen kritisiert. Zudem werden dadurch die Prinzipien der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit offenkundig verletzt. So ergibt sich (bei gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit) eine Ungleichbehandlung von nichtehelichen Lebensgemeinschaften und Allein Erziehenden gegenüber Ehepaaren sowie eine Begünstigung des Ein- gegenüber eines Zwei-Verdienermodells für verheiratete Paare. Da Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (3.562,50 € im Jahr 2006) nicht beitragspflichtig sind, gilt: je ungleicher die versicherungspflichtigen Bruttoarbeitsentgelte auf die Eheleute verteilt sind, desto geringer fallen die zu leistenden Beiträge aus. Bei einem Haushaltseinkommen von bspw. 5.000 € monatlich können die beitragspflichtigen Einnahmen um bis zu 1437,5 € variieren, je nachdem, ob diese von einem Ehepartner alleine (Paar 1: beitragspflichtige Einnahmen = 3.562,50 €) erbracht werden oder sich gleichmäßig auf beide Partner verteilen (Paar 2: beitragspflichtige Einnahmen = 5000 €). Diese Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen führen bei gleichem Beitragssatz zu unterschiedlich hohen Versicherungsbeiträgen. In einer Krankenkasse mit einem Beitragssatz von 14,2 % würde Ehepaar 2 somit zusammengerechnet einen Monatsbeitrag von 710 € (jeder Partner 355,-) leisten müssen, während das Einverdienerpaar 1 gemeinsam für rund 506 € versichert wäre.

Diese Subvention kommt Ehepaaren unabhängig davon zu Gute, ob in dem jeweiligen Haushalt Kinder erzogen oder anderen Fürsorgeaufgaben übernommen werden. Als Ziel führende familienpolitische Maßnahme kann sie daher nicht angesehen werden.⁵⁷ Darüber hinaus ist zu kritisieren, dass diese Form der Mitversicherung negative Arbeitsanreize für verheiratete Frauen im Hinblick auf eine versicherungspflichtige Beschäftigung setzt. Das weibliche „Zuverdienermodell“ wird dadurch noch besonders gefördert, dass im Bereich der geringfügigen Beschäftigung bis 400,- € keine eigenen Beiträge der ArbeitnehmerInnen zur GKV geleistet werden müssen. Für

⁵⁷ Dasselbe gilt ebenfalls für das Ehegattensplitting im Steuerrecht, wodurch die beschriebene Problematik gleichsam verdoppelt wird.

familienversicherte Ehefrauen ist die geringfügige Beschäftigung daher besonders attraktiv, hat aber langfristig gleichzeitig negative Auswirkungen auf andere Bereiche der sozialen Sicherung wie bspw. die eigenständig erworbenen Rentenansprüche von Frauen.

Zur Überwindung dieser Problematik werden eine Reihe von Vorschlägen diskutiert, die bspw. ein „negatives Ehegattenplitting“ in der GKV oder Mindestbeiträge (auf verschiedene Weise erhoben) von heute beitragsfrei versicherten Ehepartnern (teilweise beschränkt auf nicht Kinder erziehende Partner) umfassen. Diese haben jeweils unterschiedliche rechtliche Implikationen, Auswirkungen auf die horizontale und vertikale Gerechtigkeit sowie die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit von Frauen, auf die nicht im Detail eingegangen werden kann.⁵⁸ Wichtig ist uns an dieser Stelle jedoch zu betonen, dass der alleinige Schritt einer Steuerfinanzierung dieser „versicherungsfremden Leistung“ in die falsche Richtung zielt. Dies würde den Solidarausgleich von den GKV-Versicherten zwar auf den breiteren Personenkreis der Steuerzahler verlagern. Gleichzeitig würden damit aber auch die diesem Solidarelement inhärenten Gerechtigkeitsdefizite und frauenpolitisch negativen Implikationen reproduziert und verfestigt.

4.7 Langfristig: Integration und fairer Wettbewerb von GKV und PKV

Die deutsche Art der Trennung zwischen GKV und PKV ist in Europa fast einmalig und ruft vielfältige Probleme hervor, die eingangs beschrieben wurden. Interessanter Weise herrscht in der Wissenschaft – unabhängig davon, ob etwa eine einkommensabhängiges (Bürgerversicherung, vgl. bspw. Karl Lauterbach) oder einkommensunabhängiges (Bürgerpauschale, vgl. bspw. Gert G. Wagner; Bert Rürup) System befürwortet wird – ein breiter Konsens darüber, dass dies so nicht länger haltbar ist. Allerdings zeichnet sich ausgerechnet an dieser Stelle, an der alle Wissenschaftler „an einem Strang“ ziehen, ab, dass der Gesetzgeber vor Veränderungen zurückschreckt, die mit Umstellungen für die private Versicherungswirtschaft verbunden sind. Für die anstehende Reform ist es daher wichtig, dass dieser Weg nicht verschlossen wird, sondern Maßnahmen getroffen werden, die langfristig dort hinführen. Das Inkassomodell könnte ein geeigneter Anknüpfungspunkt sein.

⁵⁸ Eine ausführliche Analyse bieten Dräther, H.; Rothgang, H.: Die Familienversicherung für Ehepaare in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Problemanalyse und Lösungsvorschläge, ZeS-Arbeitspapier Nr. 9, Bremen 2004.

Ein fairer Wettbewerb zwischen GKV und PKV muss es auch der PKV ermöglichen, zu den Bedingungen der GKV – also Kontrahierungszwang, kein Risikoausschluss, Teilnahme an einem reformierten, morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und dem Beitragsscheck der zentralen Inkassostelle – Versicherungsleistungen anzubieten. Die Rechte der derzeitigen Mitglieder der PKV müssen dafür nicht angetastet werden. Wichtig ist hier allerdings ein größerer Wettbewerb zwischen den einzelnen privaten Versicherungen, indem die Mitglieder bei einem Wechsel ihre Altersrückstellungen zum neuen Versicherer mitnehmen können. Probleme von unfairem Wettbewerb, die nur darauf beruhen, dass die PKV für Personen mit hohem Einkommen bisher günstiger ist, müssen beseitigt werden. Dazu wäre die Einbeziehung aller Beitragszahler von GKV und PKV in das einkommensabhängige Inkassosystem ein wichtiger Schritt. Das System der GKV ist langfristig nur lebensfähig, wenn alle Versicherer – gesetzliche wie private – zu den gleichen Mindestbedingungen Leistungen anbieten.

Dem Problem der wachsenden Zahl der Nicht-Versicherten könnte durch eine allgemeine Versicherungspflicht, ähnlich wie sie bereits in der Pflegeversicherung existiert, im einen oder anderen System entgegengewirkt werden. Dabei ist darüber nachzudenken, inwiefern ermäßigte Beitragssätze für Selbstständige mit geringem bis mittlerem Einkommen, denen der Arbeitgeberbeitrag fehlt, stärker als bisher über Steuern finanziert werden könnten. Im heutigen GKV-System leisten freiwillig versicherte hauptberuflich tätige Selbstständige selbst bei Nachweis eines geringen Einkommens einen Mindestbeitrag für den Kalendertag, der sich auf den 40. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (3562,50 € im Jahr 2006) bezieht.⁵⁹

5. Fazit: Auf dem Weg zur steuergestützten Bürgerversicherung

Eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens ist seit langem überfällig. Dazu gehören auf der Ausgabenseite eine Reihe Maßnahmen, die den Wettbewerb deutlich verbessern. Auch in Zukunft müssen sich über dadurch erreichbare Effizienzgewinne Ausgaben einsparen lassen, ohne dass das Leistungsniveau geschmälert wird. Dieses Papier widmet sich allerdings nur der Einnahmenseite des Gesundheitswesens. Ein Blick auf die Entwicklung der vergangenen 15 Jahren zeigt, dass sich die Gesundheitsausgaben ähnlich wie das Bruttoinlandsprodukt entwickelt haben, dass aber

⁵⁹ Eine Sonderregelung gilt für kleine Selbstständige, die eine so genannte Ich-AG gegründet haben oder einen Existenzgründerzuschuss erhalten. Für sie gilt ein Mindestbeitrag für den Kalendertag, der sich auf 1/60 der monatlichen Bezugsgröße (980,- € im Jahr 2006) bezieht.

die Einnahmenbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – die Gehälter der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten – damit nicht Schritt halten konnte. Leistungskürzungen, Beitragssatzanhebungen und vermehrte Zuzahlungen waren die Folge. Will man diese Politik beenden, dann müssen sich die Einnahmen der GKV in Zukunft ähnlich wie das BIP entwickeln. Mit einer schrittweisen Umstellung auf eine stärkere Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens kann man eine langfristig stabile Einnahmenbasis aufbauen. Die gleichzeitige Senkung der Beitragssätze reduziert die Arbeitskosten, erhöht die Nettoeinkommen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und wirkt damit wachstums- und beschäftigungserhöhend. Gesellschaftspolitisch erwünschte Leistungen werden dann von allen Steuerzahlern auf einer breiteren, nicht nur lohnbasierten Basis und nicht nur von dem Kreis der GKV-Mitglieder getragen. Dann kann auch ein fairer Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Kassen entstehen, für den die Einführung einer zentralen Inkassostelle (Gesundheitsfonds) als Instrument genutzt werden kann.

Derzeit werden von vielen vor allem die Risiken, nicht aber die Chancen gesehen, die mit einer zentralen Inkassostelle verbunden sind. Auf fast ideale Weise verbindet sie doch wesentliche Elemente der Bürgerversicherung mit der Pauschalprämie und eröffnet die Chance, die PKV in das einkommensabhängige Beitrags- und Umverteilungssystem mit einzubeziehen. Das zweite gravierende Problem unseres gegenwärtig dualen Systems, der unfaire Wettbewerbsvorteil der PKV gegenüber der GKV und die damit verbundene Nicht-Einbeziehung von Beamten und vielen Angestellten mit höheren Einkommen in die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen, in den Risikostrukturausgleich und in die Lastenumverteilung der GKV, kann weitgehend gelöst werden, wenn die einkommensabhängige Beitragszahlung von (fast) allen an die Inkassostelle zu leisten ist. Die Prämienzahlung an eine gesetzliche oder private Kasse über einen Beitragsscheck der Inkassostelle ist dann davon abgekoppelt und kann den Wettbewerb zwischen den Kassen auf der Leistungsseite verstärken. Dieser große Reformschritt – Verbreiterung der Einnahmenbasis durch Einbeziehung der Beamten, aller Angestellten und möglichst auch der Selbstständigen – kombiniert mit einem höheren Steueranteil (u.a. zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen) und der Senkung der Beitragssätze für Arbeitnehmer und Arbeitgeber würde die Krankenversicherung in Deutschland zukunftsfähig machen und zudem noch wachstums- und beschäftigungsfördernd wirken.

Seit 2004 erschienene WSI-Diskussionspapiere

120. **Truger, Achim:** Verteilungs- und beschäftigungspolitische Risiken aktueller Steuerreformkonzepte: Eine Analyse mit Steuerbelastungsvergleichen für konkrete Haushaltstypen, Februar 2004
121. **Niechoj, Torsten:** Gewerkschaften und keynesianische Koordinierung in Europa. Chancen, Risiken und Umsetzungshürden, März 2004
122. **Tangian, Andranik, S.:** Defining the flexicurity index in application to European countries, April 2004
123. **Niechoj Torsten:** Fünf Jahre Makroökonomischer Dialog – Was wurde aus den ursprünglichen Intentionen?, April 2004
124. **Hein, Eckhard/ Schulten, Thorsten/ Truger, Achim:** Wage trends and deflation risks in Germany and Europe, Juni 2004
125. **Hein, Eckhard/ Truger, Achim:** Macroeconomic co-ordination as an economic policy concept – opportunities and obstacles in the EMU, Juni 2004
126. **Hein, Eckard/Niechoj, Torsten:** Leitlinien für ein dauerhaftes Wachstum in der EU?, Juli 2004
127. **Seifert, Hartmut:** Arbeitszeitpolitischer Modellwechsel: Von der Normalarbeitszeit zu kontrollierter Flexibilität, Juli 2004
128. **Hein, Eckhard/Schulten, Thorsten:** Unemployment, Wages and Collective Bargaining in the European Union, September 2004.
129. **Schulten, Thorsten:** Foundations and Perspectives of Trade Union Wage Policy in Europe, August 2004
130. **Seifert, Hartmut:** Flexibility through working time accounts: reconciling economic efficiency and individual time requirements, Juni 2004
131. **Tangian, Andranik, S.:** Liberal and trade-Unionist concepts of flexicurity: Modelling in application to 16 European Countries, October 2004
132. **Tangian, Andranik, S.:** Constructing the composite indicator “Quality of work” from the third European survey on working conditions, November 2004
133. **Hein Eckhard,** Interest rate, debt, distribution and capital accumulation in a post-Kaleckian model, Dezember 2004
134. **Bothfeld, Silke; Gronbach Sigrid; Seibel Kai:** Eigenverantwortung in der Arbeitsmarktpolitik: zwischen Handlungsautonomie und Zwangsmaßnahmen; Dezember 2004.

135. **Tangian, Andranik, S.:** A composite indicator of working conditions in the EU – 15 for policy monitoring an analytical purposes; März 2005 - englische Fassung -
Tangian, Andranik, S.: Ein zusammengesetzter Indikator der Arbeitsbedingungen in der EU-15 für Politik-Monitoring und analytische Zwecke; August 2005 - deutsche Übersetzung -
136. **Dribbusch, Heiner:** Trade Union Organising in Private Sector Services; April 2005
137. **Tangian, Andranik, S.:** Monitoring flexicurity policies in the EU with dedicated composite indicators; Juni 2005
138. **Tangian, Andranik, S.:** Composite indicator of German regional policy and its use for optimizing subsidies to regional labour markets, Juli 2005
139. **Tangian, Andranik, S.:** Bundestagswahl 2005: Ergebnisse im Spiegel der Parteiprogramme, September 2005 – deutsche Fassung -
Tangian, Andranik, S.: German parliamentary elections 2005 in the mirror of party manifestos, January 2006 - englische Übersetzung -
140. **Ellguth, Peter/Kirsch, Johannes/Ziegler, Astrid:** Einflussfaktoren der öffentlichen Förderung in Ostdeutschland – eine Auswertung des IAB-Betriebspanels -, November 2005
141. **Tangian, Andranik, S.:** European welfare state under the policy „make work pay“: Analysis with composite indicators, Dezember 2005
142. **Brandt, Torsten:** Mini- und Midijobs im Kontext aktivierender Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, Dezember 2005
143. **Seifert, Hartmut/Tangian, Andranik:** Globalization and deregulation: Does flexicurity protect atypically employed?, März 2006
144. **Ziegler, Astrid:** Zur Vorbereitung auf die neue Förderphase der Europäischen Strukturfonds – Synopse zu den zentralen Ergebnissen der Aktualisierungsberichte zur Halbzeitbewertung der OP in Ostdeutschland -, März 2006
Ziegler, Astrid: Preparing for the European Structural Funds' next funding period – Synopsis of the central findings of the updates of the mid-term evaluation of the Operational Programmes in East Germany -, März 2006 - englische Übersetzung –
145. **Tangian, Andranik, S.:** Monitoring flexicurity policies in Europe from three different viewpoints, Juni 2006