



Modell einer solidarischen Bürgerversicherung

**Bericht der
Projektgruppe Bürgerversicherung des
SPD-Parteivorstandes**

Berlin, den 26. August 2004

Mitglieder der Projektgruppe Bürgerversicherung:

Vorsitzende: Andrea Nahles, Mitglied des Präsidiums der SPD

Klaus Uwe Benneter, Generalsekretär der SPD
Günter Baaske, Minister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Brandenburg
Dr. Ursula Engelen-Kefer, Stellv. Vorsitzende des DGB
Birgit Fischer, Ministerin für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie, NRW
Karl-Hermann Haack, MdB, SPD-Bundestagsfraktion
Klaus Kirschner, MdB, SPD-Bundestagsfraktion
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie der Universität zu Köln
Erika Lotz, MdB, gesundheits- und sozialpolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion
Gernot Mittler, MdL, Minister der Finanzen des Landes Rheinland-Pfalz
Claus Möller, Landesvorsitzender SPD-Landesverband Schleswig-Holstein
Prof. Dr. Martin Pfaff, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)
Gudrun Schaich-Walch, MdB, Stellv. Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion
Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung
Dr. Thomas Spies, MdL, SPD-Landtagsfraktion Hessen
Prof. Dr. Gert G. Wagner, DIW Berlin, Leiter des SOEP und Forschungsdirektor

Modellberechnungen:

Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach
Dr. rer. pol. Markus Lungen
Dipl. Theologe Dr. med. Andreas Gerber MA
Dipl. Volkswirtin Gabriele Klever-Deichert
Dipl.-Statistiker Björn Stollenwerk

Universität Augsburg, Institut für Volkswirtschaftslehre Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES)

Prof. Dr. Anita B. Pfaff
Prof. Dr. Martin Pfaff
Dipl. Volkswirt Florian Freund
Dipl.-Kaufmann Bernhard Langer
Dipl.-Ökonom Florian Mamberer
Dipl.-Statistiker Christian Rindsfüßer

Sitzungen der Projektgruppe Bürgerversicherung:

Konstituierende Sitzung: 3. März 2004

5. April 2004

10. Mai 2004

7. Juni 2004

Anhörung: 21. Juni 04

Klausurtagung: 11. Juli 2004

23. August 2004

26. August 2004

Grundlage der Arbeit der Projektgruppe Bürgerversicherung war der Beschluss des Bundesparteitages in Bochum vom 17. – 19. November 2003:

„Alle Bürgerinnen und Bürger müssen krankenversichert sein. Das bedeutet umgekehrt, dass die Versicherungen jeden versichern müssen. Die Qualität der Versorgung muss sich ebenfalls für alle Bürgerinnen und Bürger verbessern. Eine Zwei-Klassen-Medizin, die Einkommensschwache vom Fortschritt in der Medizin ausschließt, kommt für uns nicht in Frage. Die Finanzierung der medizinisch notwendigen Leistungen soll daher für alle Bürgerinnen und Bürger solidarisch gesichert werden. Einkommensabhängige Kopfprämien, die jede Person mit einem gleich hohen Krankenversicherungsbeitrag belasten, lehnen wir als unsolidarisch ab. Deshalb wollen wir das Krankenversicherungssystem stufenweise in eine Bürgerversicherung umwandeln. Am Nebeneinander von gesetzlichen Kassen und privaten Krankenversicherungen halten wir dabei fest, weil wir den Wettbewerb wollen. Eine Einheitskasse oder ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem lehnen wir ab. Wir wollen die Stärkung des Wettbewerbs auch innerhalb der Systeme. Deshalb wollen wir gewährleisten, dass die Altersrückstellungen der Versicherten beim Wechsel der privaten Krankenversicherung von den Versicherten mitgenommen werden können. Das eröffnet zugleich den Wettbewerb unter den privaten Versicherungen zugunsten der Versicherten. Bei der Verwirklichung einer Bürgerversicherung lassen wir uns von folgenden Prinzipien leiten:

- Alle Bürgerinnen und Bürger müssen sich an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung beteiligen. Dabei sind alle Einkommensarten zu berücksichtigen.
- Der Beitrag jedes Einzelnen soll sich nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit richten.
- Wer viel verdient, gesund oder jung ist, darf sich nicht der Solidarität in der Krankenversicherung entziehen.
- Wir wollen einen Wettbewerb um gute Versorgungsstrukturen und nicht um gute Risiken. Es darf keinen Anreiz zum „Rosinenpicken“ geben.
- Die Belastung des Faktors Arbeit durch Beiträge muss begrenzt werden.

Geprüft werden muss, auf welchem Weg ein fairer Wettbewerb zwischen den Systemen unter Einbeziehung eines modernisierten Risikoausgleichs ermöglicht werden kann. Geprüft werden muss, wie neben dem Erwerbseinkommen andere Einkommensarten bei der Finanzierung der Krankenversicherung berücksichtigt werden können. Durch die Anpassung der Beitragsbemessungsgrenzen ist sicherzustellen, dass die Einbeziehung von Mieten und Zinsen die Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen zusätzlich nicht belastet.

Die Einführung einer Bürgerversicherung wirft vielschichtige Fragen ökonomischer und rechtlicher Art auf. Wir werden sozialrechtliche, wettbewerbsrechtliche, kartellrechtliche und verfassungsrechtliche Probleme lösen müssen. Angesichts dieser Herausforderungen wird es daher einer intensiven Diskussion und klarer Übergangsregelungen bedürfen, um unser Ziel der Bürgerversicherung zu erreichen. Das in diesem Zusammenhang geforderte Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge halten wir für falsch. Die Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung muss beibehalten werden.

Die beitragsfreie Familienversicherung von nichterwerbstätigen Ehepartnern und Kindern in der gesetzlichen Krankenversicherung ist ebenso wie die Übernahme von Mutterschaftsgeld und Lohnkosten von Erziehenden während der Krankheit eines Kindes ein erheblicher Beitrag zur Familienförderung.

In einer Bürgerversicherung soll es nicht nur einen uneingeschränkten fairen Wettbewerb auf der Ebene der Krankenversicherungen geben, sondern auch zwischen den Leistungserbringern. Daher müssen die Ansätze der Modernisierung des Gesundheitswesens, die wir erfolgreich eingeleitet haben, konsequent fortgeführt werden. Anbietermonopole wie z.B. die der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen aufgehoben werden.“

Inhalt

1	Eckpunkte für eine solidarische Bürgerversicherung.....	9
1.1	Warum wir die Bürgerversicherung wollen	9
1.2	Solidarität auf neuer Basis	9
1.3	Was ist die Bürgerversicherung? Unsere Eckpunkte:	10
1.4	Solidarität auf breiter Basis	10
1.5	Vorteile für Arbeitgeber und den Arbeitsmarkt.....	11
1.6	Mehr Wettbewerb um Qualität.....	12
2	Hintergrund: Warum die Bürgerversicherung notwendig ist	13
3	Die Bürgerversicherung: Zukunftssicherung für Krankenversorgung und Wettbewerb	21
3.1	Das Grundmodell: Alle Bürger nach ihrer Leistungsfähigkeit und alle Anbieter nach ihrer Wettbewerbsfähigkeit.....	21
3.2	Vorschlag 1: Das Zwei-Säulen Modell.....	23
3.2.1	Abbau von Ungleichbehandlungen	25
3.2.2	Abbau von Bürokratie	25
3.3	Vorschlag 2: Das Kapitalsteuer-Modell (KSM)	27
4	Auswirkungen auf den Beitragssatz und Bevölkerungsgruppen.....	29
4.1	Beitragssatz	29
4.1.1	Das Zwei-Säulen-Modell.....	29
4.1.2	Das Kapitalsteuer-Modell (KSM).....	30
4.1.3	Die Entwicklung bis zum Jahr 2030	33
4.2	Verteilungswirkungen nach Bevölkerungsgruppen	35
4.3	Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt.....	41
4.3.1	Theoretische und empirische Überlegungen zur Auswirkung der Bürgerversicherung auf den Arbeitsmarkt	42
4.4	Einbeziehung von Beamten: Auswirkungen auf die Länderhaushalte.....	46
4.4.1	Unmittelbare Umstellung	46
4.4.2	Schrittweise Umstellung	47
4.4.3	Auswirkungen der Einführung der Bürgerversicherung (NRW).....	48
4.4.4	Auswirkungen der Bürgerversicherung auf Beamte.....	48
5	Für einen nachhaltigen Qualitätswettbewerb in der Krankenversicherung	49
5.1	Qualitätswettbewerb zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Leistungsanbietern.....	49
5.2	Wettbewerb zwischen Krankenkassen und die Zukunft der PKV	50
5.2.1	Altersrückstellungen	51
5.3	Demographie und Nachhaltigkeit	52
5.3.1	Das Grundgesetz der demographischen Entwicklung: Altern gleich teureres Gesundheitssystem?	52
5.3.2	Entwicklung der Einnahmen auf Grund der demographischen Entwicklung	53
6	Gibt es Alternativen zur Bürgerversicherung?	55

6.1	Ausweitung des Risikostrukturausgleich auf private Krankenkassen	55
6.2	Kopfpauschalen beziehungsweise Gesundheitsprämien	55
6.2.1	Verteilungswirkungen von Kopfpauschalen	56
7	Rechtliche Fragen	60
7.1	Nationales Verfassungsrecht	60
7.2	Europarecht.....	61
8	Literatur	63
9	Anhang: Methodik	64
9.1	IGKE: Berechnung der Beitragssatzsenkung	64
9.1.1	Der Datensatz.....	64
9.1.2	Die Annahmen: Zeit	64
9.1.3	Zuordnung der Leistungsausgaben	64
9.1.4	Berechnungen des Beitragssatzes im Status Quo	65
9.1.5	Beitragssätze der Bürgerversicherung.....	66
9.1.6	Zukunftsprognosen	66
9.2	INIFES: Berechnung der Beitragssätze.....	66
9.2.1	Daten und Vorgehensweise	67
9.2.2	Beitragssatzeffekte bis 2030	68
9.3	Berechnung der Verteilungswirkungen.....	69
9.3.1	Die Datenlage/ Die Annahmen	69
9.4	Validierung der Ergebnisse	69
9.4.1	Frühere Gutachten und Berichte.....	69
9.4.2	Vergleich zwischen IGKE und INIFES Schätzungen	70

1 Eckpunkte für eine solidarische Bürgerversicherung

1.1 Warum wir die Bürgerversicherung wollen

Für die Menschen in Deutschland ist die Gesundheitsversorgung ein wichtiges Gut. Sie wollen medizinische Leistungen auf hohem qualitativen Niveau. Sie wollen, dass ihre hart verdienten Beiträge effizient und wirtschaftlich verwendet werden. Und sie wollen, dass das Gesundheitssystem solidarisch und gerecht ist.

Mit den vorliegenden Eckpunkten für eine Bürgerversicherung setzen wir unsere Gesundheitspolitik konsequent fort. Wir haben Strukturreformen für mehr Wirtschaftlichkeit umgesetzt. Erste Erfolge sind sichtbar.

Auch in Zukunft stellen wir mit der Bürgerversicherung die Weichen für eine solidarische Finanzierung. Die alleinige Belastung der Erwerbseinkommen ist nicht zukunftsfähig. Die Bedeutung der Kapitaleinkommen wird wachsen. Sie müssen ihren Beitrag leisten. Das ist gerecht, schafft Stabilität und senkt die Lohnnebenkosten. Für uns ist klar: allen Ansätzen, die auf einkommensunabhängige Beiträge abzielen (Kopfpauschalen) erteilen wir eine Absage.

Wir sorgen für einen echten Leistungs- und Qualitätswettbewerb zwischen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung.

Mit den vorliegenden Eckpunkten folgen wir dem Auftrag des SPD-Bundesparteitages in Bochum.

Der Parteivorstand hat die Projektgruppe beauftragt, den Beschluss des Parteitages zu konkretisieren und ein Modell für eine Bürgerversicherung vorzulegen. Eckpunkte des Modells der Bürgerversicherung der SPD sind:

1.2 Solidarität auf neuer Basis

- Wir wollen die **Solidarität stärken**. Gesunde sorgen für Kranke, Alleinstehende für Familien. Wer gut verdient, trägt dazu bei, dass auch Menschen mit geringem Einkommen die beste medizinische Versorgung bekommen. Denn Krankheit ist ein Lebensrisiko, das jeden treffen und das niemand alleine schultern kann. Solidarische Absicherung ist deshalb wichtig für alle.
- Auch mit dem **Einbezug anderer Einkünfte**, wie Einkünften aus Kapitalvermögen, aus gewerblicher und selbstständiger Tätigkeit stärken wir die Solidarität. Bisher wird das Gesundheitswesen über Löhne und Gehälter finanziert, die alleine die Last nicht mehr tragen können. Zukünftig werden Einkünfte wie Zinsen und Dividenden an Bedeutung gewinnen.
- Erwerbseinkommen und Kapitaleinkommen finanzieren zusammen die Bürgerversicherung. **Zwei Säulen tragen mehr als eine**. Auch damit reagieren wir auf die demographische Entwicklung.

- Positiv für alle: **die Beitragssätze sinken**. Damit entlasten wir Arbeitnehmer und Arbeitgeber.
- Solidarität muss bezahlbar bleiben. Die Bürgerversicherung schafft **mehr Effizienz durch Wettbewerb**: den Wettbewerb um Qualität, den Wettbewerb um die besten medizinischen Angebote und die günstigsten Beiträge.

Durch unsere Bürgerversicherung werden all diejenigen, die kleine und mittlere Einkommen beziehen, profitieren. Sie werden spürbar entlastet. Stärker belastet wird nur der kleine Teil der Bürgerinnen und Bürger, der über hohe Kapitaleinkommen verfügt.

1.3 Was ist die Bürgerversicherung? Unsere Eckpunkte:

- Bürgerversicherung versichert alle Bürgerinnen und Bürger. Die Versicherungspflichtgrenze wird aufgehoben.
- Gesetzliche Krankenkassen bieten Bürgerversicherung an. Private Krankenversicherungen können Bürgerversicherung zu gleichen Wettbewerbsbedingungen anbieten. Alle Bürgerversicherungstarife werden in den Risikostrukturausgleich einbezogen.
- Der Bürgerversicherungstarif umfasst folgende Mindestanforderungen:
 - Einkommensbezogene Beiträge: Jeder zahlt nach seiner Leistungsfähigkeit aus Erwerbs- und Kapitaleinkommen seine Beiträge. Lohnbezogene Beiträge werden paritätisch finanziert.
 - Kontrahierungszwang: jede Versicherung – ob gesetzliche oder privat - muss jeden ohne Gesundheitsprüfung aufnehmen .
 - Gesetzlicher Leistungskatalog: alles medizinisch Notwendige ist versichert: zu 100% und in bester Qualität.
 - Sachleistungsprinzip: Patientinnen und Patienten erhalten die Leistungen unmittelbar und müssen nicht voraus zahlen.
- Bürgerinnen und Bürger können ihre Kasse frei wählen. Wer gesetzlich versichert ist, kann künftig zwischen den Bürgerversicherungsangeboten der gesetzlichen und der privaten Kassen wählen. Wer bereits einen privaten Versicherungsvertrag nach altem Muster hat, kann diesen behalten oder in einen Bürgerversicherungsangebot seiner Wahl wechseln.
Wer neu krankenversichert wird, geht sofort in die Bürgerversicherung. Dabei wird nicht vorgeschrieben, ob das gesetzliche oder das private Bürgerversicherungsangebot gewählt wird.
- In der Bürgerversicherung sind Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen und Kinder beitragsfrei mitversichert.

1.4 Solidarität auf breiter Basis

In der Bürgerversicherung wird das Prinzip der Umlagefinanzierung weiterentwickelt. Für den Einbezug der Kapitaleinkommen zur Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung unterbreitet die Projektgruppe zwei Umsetzungsvorschläge.

Grundmodell ist das 2-Säulen-Modell

- Das 2-Säulen-Modell erreicht deutliche Entlastungen für den Arbeitsmarkt. Durch die Einbeziehung anderer Einkommensarten und die Ausweitung auf alle Personen können wir die Lohnnebenkosten für Arbeitgeber und Arbeitnehmer deutlich senken.
- Wir bleiben bei der Beitragsbemessungsgrenze.
- Die Erwerbseinkommen aus Lohn, Gehalt, selbständiger Tätigkeit, Renten und der Arbeitslosenversicherung werden wie bisher bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu Beiträgen herangezogen. Dies ist die erste Säule der Beiträge.

Variante 1: Das 2-Säulen-Beitragsverfahren

- Einkommensabhängige Beiträge aus Erwerbseinkommen werden durch eine zweite Beitragssäule ergänzt, die sich auf Kapitaleinkommen bezieht. Damit wird die Belastung nach Leistungsfähigkeit erreicht
- In der zweiten Säule werden Kapitaleinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen. Für diese zweite Säule gilt der steuerrechtliche Sparerfreibetrag (derzeit 1340 €/Jahr). Bei der Verbeitragung wird auf die Daten der Finanzämter zurückgegriffen.

Variante 2: Das Kapital-Steuer-Modell

- Einkommensabhängige Beiträge werden durch eine Abgeltungssteuer ergänzt, die sich nach den Kapitaleinkommen richtet. Eine vernünftige Mischung aus Beiträgen und pauschalen Steuern gewährleistet Stabilität und Demographiefestigkeit.
- Der Einbezug von Kapitaleinkommen zur solidarischen Krankenversicherung, wird als Teil einer Abgeltungssteuer in Höhe von etwa 7% erhoben, der zweckgebunden in die Finanzierung der Bürgerversicherung fließt.
- Ein aus Steuern auf Kapitaleinkünfte finanziertes Zuschuss an die Krankenversicherung wird sofort von allen, auch den privat Versicherten, erhoben. Im Rahmen einer Abgeltungssteuer entfällt eine Beitragsbemessungsgrenze für Einkünfte aus Kapitalvermögen. Der Solidarbeitrag für alle Kapitaleinkommen wirkt sich sofort beitragsmindernd aus.
- Solange es nicht zur Einführung einer Abgeltungssteuer kommt, kann der Zuschuss an die Krankenversicherung auch im Rahmen der Kapitalertrags- und Zinsabschlagsteuer erbracht werden.

1.5 Vorteile für Arbeitgeber und den Arbeitsmarkt

- In der Bürgerversicherung bleibt es bei der paritätischen Finanzierung der Beiträge aus abhängiger Beschäftigung. Die Beibehaltung des Arbeitgeberbeitrags ist wichtig, denn nur so haben auch die Unternehmen und ihre Verbände ein unmittelbares Interesse, dass das Gesundheitssystem wirtschaftlich ist.
- Die Einführung der 2. Beitragssäule oder der Abgeltungssteuer entlastet die Einkommen der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen. Sie entlastet zudem die Lohnkosten für die Arbeitgeber. Die Lohnnebenkosten lassen sich mit den vorgestellten Modellen deutlich absenken. Das bringt Impulse für den Arbeitsmarkt.

1.6 Mehr Wettbewerb um Qualität

Die Bürgerversicherung ersetzt weitere Strukturreformen im Gesundheitswesen nicht. Die Projektgruppe hält zwei Strukturreformen, die die Wirkungen und die Logik der Bürgerversicherung ideal ergänzen, für elementar:

- Die Möglichkeit, direkte Verträge zwischen Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern zu schließen, wird ausgeweitet. Die integrierte Versorgung, spezielle Behandlungsprogramme und Spezialisierungen werden weiter ausgebaut, um bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Niemand wird von Qualität und medizinischem Fortschritt ausgeschlossen.
- Die Qualität der Behandlungen wird verbessert und insbesondere durch eine qualitätsorientierte Vergütung der Ärzte unterstützt. Die freie Arztwahl stärkt so die Rolle der Patienten.

2 Hintergrund: Warum die Bürgerversicherung notwendig ist

Überlegungen zur zukünftigen Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens müssen zwei grundsätzlich verschiedene Aspekte berücksichtigen. Zum einen die Struktur der Lastenverteilung auf der Einnahmeseite, zum anderen die Ausgabenseite, also die Struktur von Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Mit den Reformgesetzen wurden nach und nach wettbewerbliche Elemente eingeführt, von Lahnstein 1992 und der Einführung des Wettbewerbs der Krankenkassen bis zur Einführung der diagnose-orientierten Fallpauschalen (DRG's) mit der Gesundheitsreform 2000. Mit dem GMG (GKV-Modernisierungsgesetz) wurden Strukturreformen auf den Weg gebracht, die Wettbewerb, Effizienz und Qualität gleichberechtigt nebeneinander gestellt haben. Es zeigt sich, dass dieser Weg bereits erste Erfolge zeigt: Neue Behandlungsmethoden wie Disease-Management-Programme stehen chronisch Erkrankten zur Verfügung, Krankenhäuser können Patienten verstärkt ambulant behandeln und Krankenkassen bieten ihren Versicherten hausarztzentrierte Versorgung an. Die Bürgerversicherung geht den Weg der Wettbewerbssteigerung und Qualitätsverbesserung konsequent weiter. Die Qualität der Versorgung für alle Bürger rückt gleichberechtigt mit Finanzierungsaspekten in den Mittelpunkt.

Dennoch muss klar festgestellt werden, dass auch auf der Einnahmeseite des Gesundheitswesens erhebliche Veränderungen eingetreten sind. Die Bemessungsgrundlage für den Beitragssatz hat sich kontinuierlich verkleinert. Es lohnt sich daher, den Begriff der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ kritisch zu hinterfragen. „Kostenexplosion“ suggerierte eine aus der Kontrolle geratene Ausgabenentwicklung, festgemacht am beobachtbaren Anstieg der Beitragssätze. Und tatsächlich sind die durchschnittlichen Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1980 bis 2003 von 11,4 % auf 14,3 % – also um ein Viertel - gestiegen (Abbildung 1).

Abbildung 1: Entwicklung der Beitragssätze zur GKV; Jahre 1980 bis 2003; Quelle: BMGS.

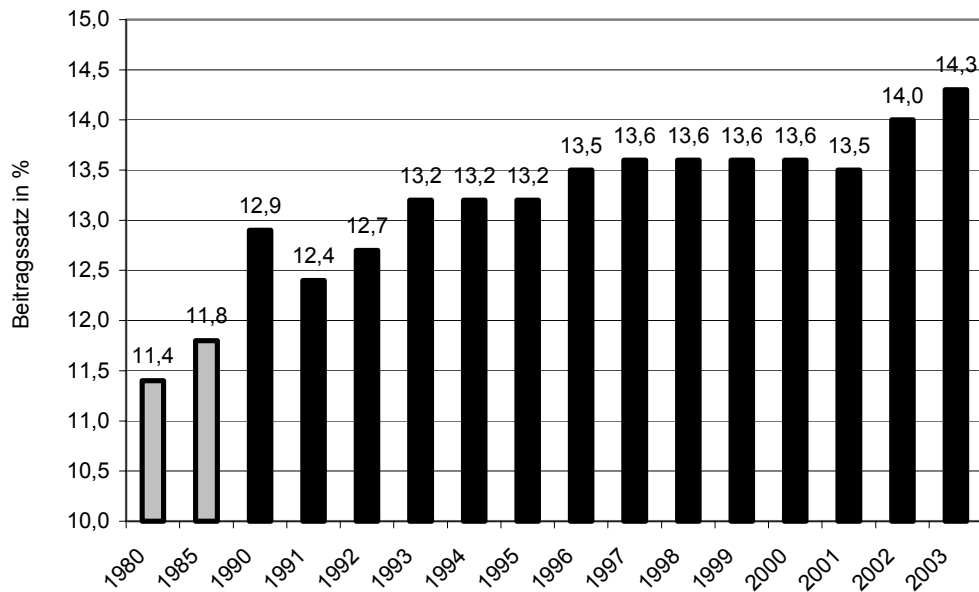
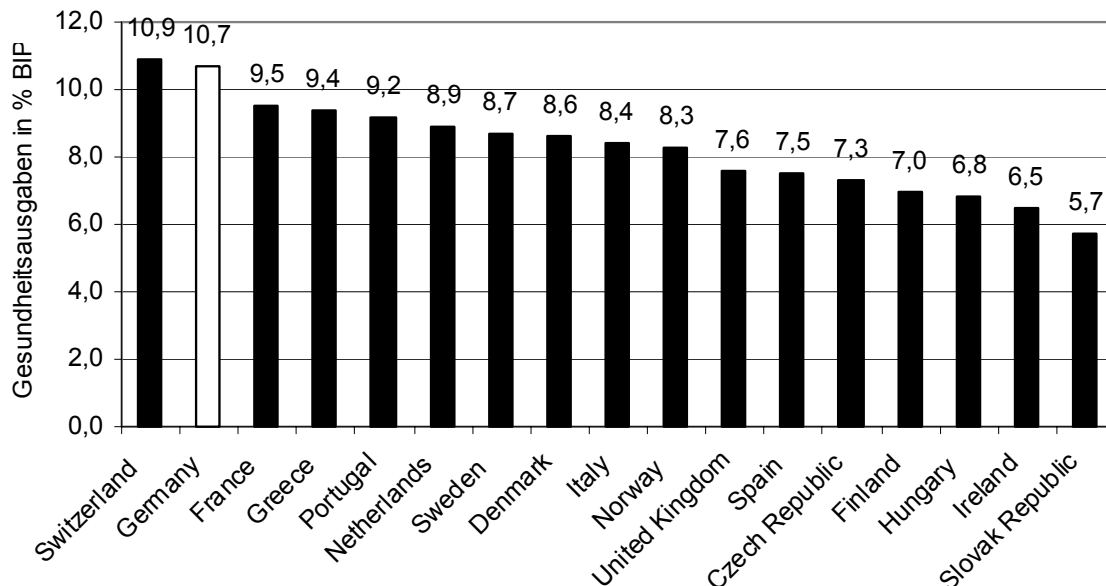


Abbildung 2 zeigt, dass Länder mit sehr leistungsfähigen Gesundheitssystemen sehr viel geringere Anteile ihres Bruttosozialproduktes für Gesundheit ausgeben müssen. Dort ist die Qualität der Versorgung dennoch nicht schlechter, sondern vielfach sogar besser.¹

Abbildung 2: Ausgaben für Gesundheit in % des Bruttoinlandsproduktes (BIP), europäische Länder Jahr 2001; Quelle: OECD Health Data.

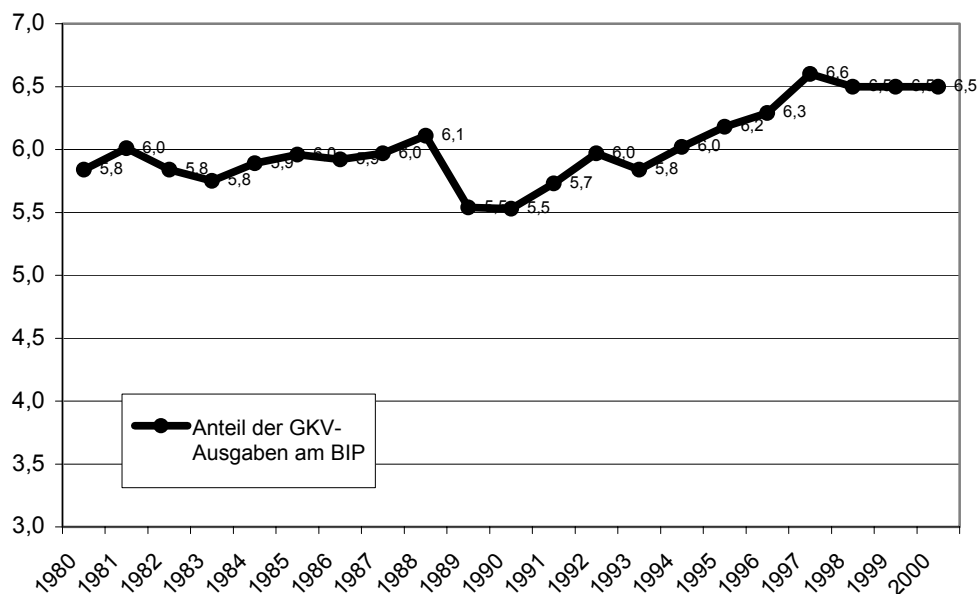


Implizit wurde die Reformdiskussion in Deutschland mit der Annahme geführt, dass die Ausgaben schneller steigen würden als die Einnahmen und daher die Ausgaben der

¹ Tandon A, Murray CJL, Lauer JA, Evans DB (2001) Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries. GPE Discussion Paper Series: No.30. EIP/GPE/EQC. WHO.

Ansatzpunkt für Reformbemühungen sein müssten. Diese Vermutung war jedoch nicht richtig. Der GKV-Anteil ohne Eigenbeteiligung am BIP lag zwischen 1975 und 1990 – mit Ausnahme des Jahres 1988 – immer unter 6% und weist in seinem Anstieg einen eher parallelen Verlauf zum Anstieg des BIP auf.² (Abbildung 3) Kurz gesagt: Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt ist nahezu stabil geblieben. Erst nach der deutschen Wiedervereinigung stieg der Anteil der Ausgaben am BIP über die 6%-Marke. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Leistungsausgaben der ostdeutschen Versicherten beinahe Westniveau erreichten, der ostdeutsche Beitrag am BIP pro Erwerbstätigem jedoch deutlich geringer ausfiel als in den alten Bundesländern.³

Abbildung 3: Anteil der Ausgaben der GKV am BIP; Jahre 1980 bis 2000; Quelle: BMGS.



Seit 1980 hat sich der Anteil der Ausgaben für die Gesetzlichen Krankenversicherungen, bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt, nur wenig verändert. Dabei ist der wesentliche Anstieg in den frühen 90er Jahren der durch die Wiedervereinigung gewachsenen Bevölkerungszahl geschuldet, dem kein vergleichbarer Anstieg des Bruttoinlandsproduktes entsprach.

Die sinkende Lohnquote⁴ seit Beginn der 80er Jahre dient als Indikator der Einnamenschwäche. Wie Abbildung 4 zeigt bleiben die Bruttoeinkünfte aus abhängiger Beschäftigung hinter dem Wachstum des BIP zurück⁵.

Abb. 4: Wachstum beitragspflichtiger Einnahmen und des BIP im Vergleich

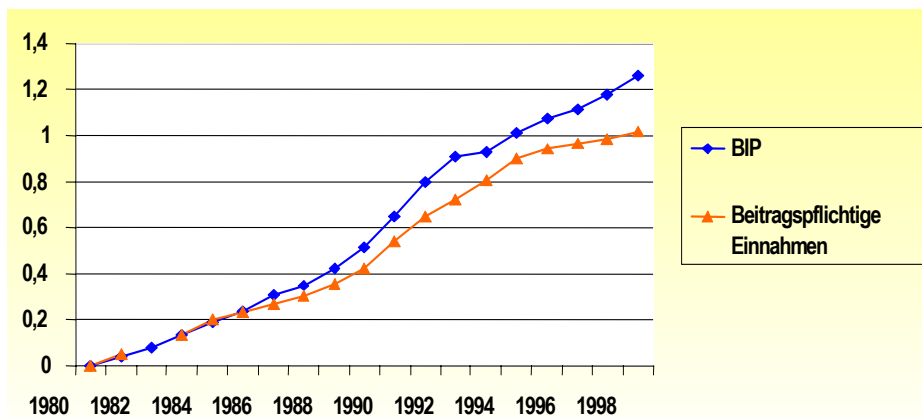
² Bundesministerium für Gesundheit, Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002, Bonn 2002; Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 1997, Baden-Baden 1997.

³ Braun B, Kühn H, Reiners H: Das Märchen von der Kostenexplosion, Frankfurt a.M. 1998)

⁴ Definiert über den Anteil der Bruttoeinkommen aus abhängiger Beschäftigung inkl. Beamte, jedoch ohne Renten und ohne Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze.

⁵ Wille, E, Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Arbeitsbericht der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg Nr. 199, Stuttgart 2001.

(Basis 1980, alte Bundesländer*)



Quelle: Wille, E.: Basis- und Zusatzversorgung in der GKV, 2001
* Differenzierte Daten Ost-West nur bis 1998

Ursächlich für den Anstieg des Beitragssatzes war, dass dieser nahezu ausschließlich auf der Grundlage von Löhnen und Gehältern sowie den Lohnersatzleistungen beruht. Die Lohnquote, also der Anteil der Löhne und Gehälter am Bruttoinlandsprodukt, sind seit den 70er Jahren kontinuierlich gesunken. Während das Bruttoinlandsprodukt sich nahezu verdoppelte, stiegen die Löhne nur um knapp die Hälfte (Abb. 5).

Ein gleichbleibender Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP muss aus einem sinkenden Anteil von Löhnen, Gehältern und Ersatzleistungen finanziert werden – über einen steigenden Beitragssatz.

Dieser Effekt der einseitigen Lohnbelastung macht Arbeit teuer und belastet Arbeitnehmer. Die Verteilung der Lasten lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- wer vor allem von unselbstständiger Arbeit lebt, wird voll herangezogen,
- wer Überstunden macht, zahlt einen Beitrag, wer die gleiche Arbeit zum gleichen Einkommen als selbstständige Nebentätigkeit leistet, zahlt dagegen keinen Beitrag,
- wer kein oder nur ein geringeslohneinkommen hat, aber zugleich hohe Zins- und Kapitalerträge, hat einen viel geringeren Beitrag als Arbeitnehmer mit gleichem Gesamteinkommen.

Abbildung 5 zeigt zudem, dass das Bruttoinlandsprodukt und Reallöhne in Deutschland auseinanderlaufen.

Abbildung 5: Bruttoinlandsprodukt und Löhne real; Jahre 1970 (Basis=1,0) bis 2000; Quelle: Statistisches Bundesamt.

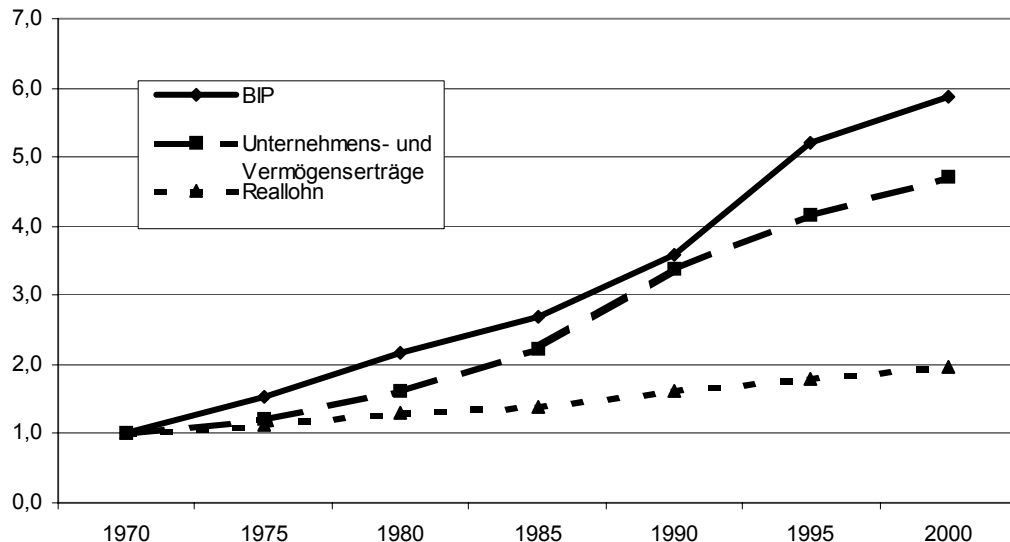
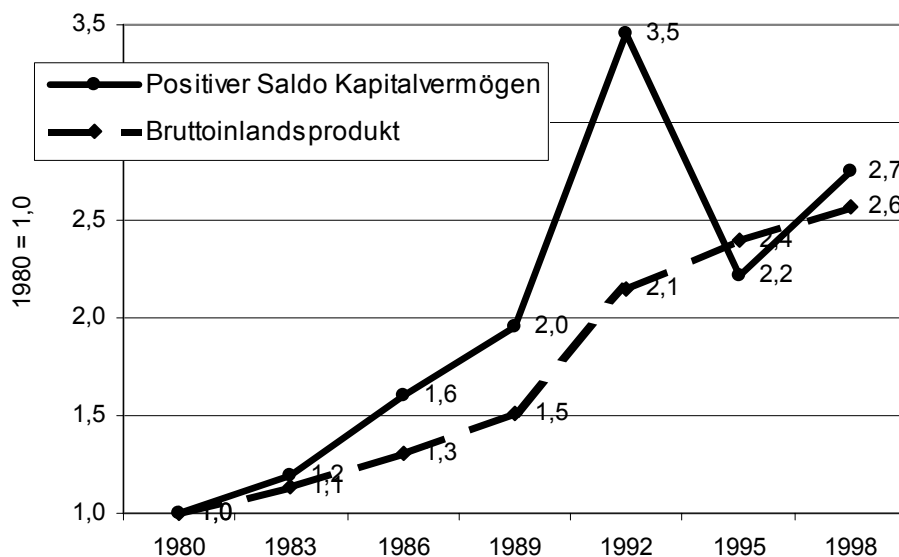


Abbildung 6 macht deutlich, dass demgegenüber Kapitalvermögen im Vergleich zu den Löhnen, eine sehr viel günstigere Entwicklung im Zeitablauf aufweisen und etwa die Entwicklung des BIP aufnehmen.

Abbildung 6: Entwicklung der Einkünfte aus Kapitalvermögen und des Bruttoinlandsproduktes im Zeitablauf (1980 = 1,0). Quelle: Statistisches Bundesamt, Bundesbank.



Neben der sinkenden Lohnquote bei steigendem Anteil der Kapitalvermögen ist für die Schwäche der Einnahmebasis die rückläufige Zahl der Erwerbstätigen verantwortlich. Dem annähernd konstanten Anteil potenziell Erwerbstätiger an der Gesamtbevölkerung steht eine sinkende Erwerbstätigenquote gegenüber. D.h. der Anteil der tatsäch-

lich Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung nimmt ab wie die folgende Darstellung veranschaulicht.

Erwerbsquoten und Erwerbstätigenquote in Deutschland; Jahre 1991, 2001 und 2002; Quelle Statistisches Bundesamt.

	April 1991	April 2001	April 2002
Bevölkerung in Tsd.	79829	82277	82536
Erwerbspersonen in Tsd.	40087	40550	40607
Erwerbstätige in Tsd.	37445	36816	36536
Erwerbslose in Tsd.	2642	3734	4071
Erwerbsquote in %	50,2	49,3	49,2
Erwerbstätigenquote in %	46,9	44,7	44,3

Infolge dessen kommt es zu einer Verschiebung der Versichertenstruktur. Die Erwerbstätigen von gestern werden zu Rentnern, werden arbeitslos oder zählen als Stille Reserve zu den beitragsfrei versicherten Familienangehörigen. Analysen zeigen, dass der Anteil der Rentner und Arbeitslosen deutlich gestiegen ist. Die beitragsfreie Mitversicherung als Ursache des Einnahmedefizits tritt dem gegenüber als Erklärungsmodell in den Hintergrund. Vielmehr war zwischen 1991 und 2001 der Anteil an Personen, die ein Beitragszahler mitfinanziert, im gesamten Bundesgebiet rückläufig.⁶

- **Rentner:** Aufgrund der in der Regel geringeren beitragspflichtigen Durchschnittseinkommen der Rentner gegenüber den Erwerbstätigen, schwächt der steigende Rentneranteil unter den Beitragszahlern die Finanzierungsbasis. Dies ist ablesbar an der Höhe des Bruttorentenniveaus, das 2001 bei 48,0 v.H. lag.⁷ Verstärkt wird der Effekt durch den Anstieg der Rentner an allen Mitgliedern insbesondere in Ostdeutschland, da dort zwischen 1991 und 2001 der Anteil der Rentner um 2% gestiegen ist.
- **Arbeitslosigkeit:** Bei Personen, die Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe beziehen, gelten 80% des Arbeitsentgeltes als beitragspflichtige Einnahmen, das der Bemessung des Arbeitslosengeldes oder der Arbeitslosenhilfe zugrunde liegt (§ 232a SGB V). 1997 betrug die Mindereinnahmen durch Arbeitslosigkeit rd. 11 Mrd. DM beziehungsweise 5,6 Mrd. Euro.⁸ Dabei sind die Neuregelungen ab 2005 noch nicht berücksichtigt. Das entspricht etwa 0,6 Beitragsatzpunkten.

Ein langfristiger Aspekt, der für die Einführung der Bürgerversicherung spricht, ist demnach die Abfederung der Auswirkungen des demographischen Umbaus der Bevölkerung. Die Zahl alter und damit potenziell kostenträchtiger Bürger, die gleichzeitig einen geringeren Anteil an der Finanzierung der GKV leisten als Erwerbstätige, nimmt ab 2010 zu. Weichenstellungen zur Abfederung der Auswirkungen müssen bereits heute erfolgen, um Härten für spätere Generationen zu vermeiden.

Ein wichtiger Grund, warum wir eine Bürgerversicherung brauchen, ist die Struktur des

⁶ Wille E, Igel C: Zur Reform der Beitragsgestaltung, insbesondere der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung - eine empirische Analyse. Gutachten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Köln 2002.

⁷ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rentenversicherung in Zeitreihen 2002, Frankfurt a.M. 2002.

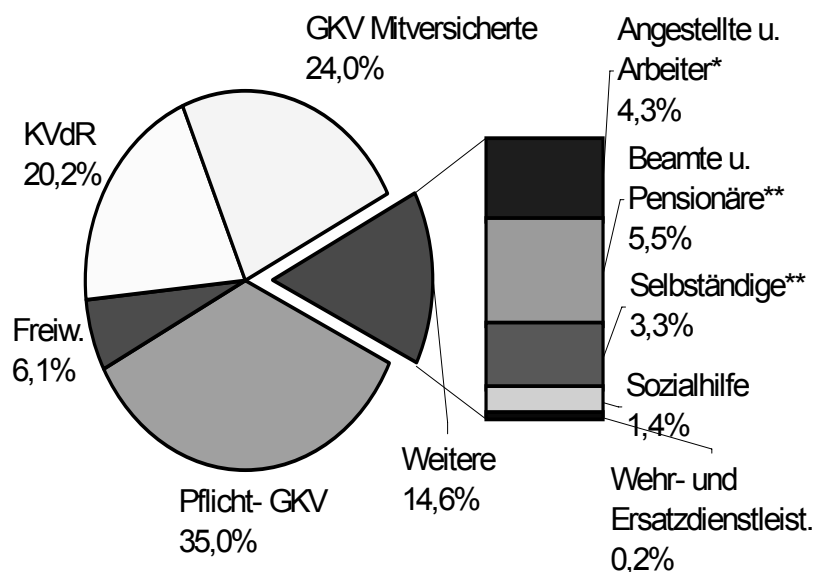
⁸ Beske, F, Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung - Kieler Konzept - . Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen Berlin 2001.

deutschen Gesundheitswesens selbst. Die Trennung in gesetzlich und privat Versicherte ist eine internationale Besonderheit.. Zum einen werden so vor allem sogenannte gute Risiken von den schlechten Risiken getrennt, da die Gruppen der Selbstständigen, der Beamten und insbesondere der gut verdienenden Angestellten oberhalb der Versicherungspflichtgrenze sich dem solidarischen System entziehen können und zugleich ein deutlich niedrigeres Krankheitsrisiko aufweisen.⁹ Ein Wechsel zwischen privaten Krankenversicherern ist wenig attraktiv, da angesparte Rückstellungen für eine Ermäßigung der Beiträge im Alter für den Versicherten verloren gehen.

70% der Bevölkerung in Deutschland können zwischen den Systemen aufgrund von formalen Hemmnissen überhaupt nicht wechseln. Jedoch sollte ein leistungsstarkes System entweder allen Versicherten offen stehen, oder aber seine Bewährung im Wettbewerb nachweisen müssen. Ist seine Attraktivität im Wettbewerb zu gering, dann sollte es durch gesetzliche Schutzwälle nicht künstlich am Leben erhalten werden.

Die parallele Existenz zweier vollständig unterschiedlich finanzierten Vollversicherungssysteme, zwischen denen nur bestimmte, insbesondere gutverdienenden Personengruppen auswählen können, ist nicht zukunftsfähig. Das Gesundheitssystem ist durch das Bestehen von zwei parallelen Doppelstrukturen im Wettbewerb gehemmt und in der Effizienz unterdurchschnittlich. Es weist eine Zersplitterung der Versicherungsverhältnisse in Abhängigkeit vom Erwerbsstaus auf (Abbildung 7). Es bestehen wenig Anreize zur qualitativ besten Versorgung der Versicherten.

Abbildung 7: Versichertenstruktur in Deutschland (GKV, PKV) in Prozent; Quelle: INIFES.¹⁰



*Inklusive privat versicherte Rentner und mitversicherte Familienangehörige

**Inklusive mitversicherte Familienangehörige

⁹ Siehe hierzu die Untersuchungen im Bericht der „Rürup-Kommission“ auf Seite 151-153. Demnach weisen privat Versicherte in der Altersgruppe der 30-40 jährigen insgesamt ein Drittel niedrigere Gesundheitsausgaben auf.

<http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/PDFs/Bericht.pdf> (Abfrage 08/2004)

¹⁰ Abbildung entwickelt von Pfaff, A. B., Langer B., Mamberer F. et al, INIFES, Augsburg.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Von einer generellen Ausgabenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung kann nicht gesprochen werden. Insgesamt hat sich das System der einkommensbasierten Beiträge bewährt.

Die Ursache für entstehende Finanzierungsprobleme liegen insbesondere in einer sich ändernden Erwerbs- und Einkommensstruktur der Menschen in Deutschland. Das klassische lebenslange Normalarbeitsverhältnis verliert immer mehr an Bedeutung. Daneben tritt ein Mix aus abhängiger Beschäftigung, Selbstständigkeit und Zeiten ohne Erwerbstätigkeit.

Diese Entwicklung führt zu dem Problem in der Finanzierung der sozialen Sicherung. Aus der Analyse wird deutlich, dass die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Finanzierung des Gesundheitswesens der geeignete Weg ist, um dieser Entwicklung angemessen Rechnung zu tragen. Genau an dieser Stelle setzt die Bürgerversicherung an.

3 Die Bürgerversicherung: Zukunftssicherung für Krankenversorgung und Wettbewerb

Der erste Ansatz zur Konkretisierung des Modells der Bürgerversicherung wurde von der „Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssystem“ (sogenannte „Rürup“-Kommission, benannt nach dem Vorsitzenden Prof. Dr. Bert Rürup, eingesetzt vom BMGS) vorgenommen, welche das Modell in ihrem Abschlußbericht empfahl.¹¹

Die Bevölkerung hat sich in mehreren Umfragen wiederholt positiv für die Bürgerversicherung ausgesprochen. Die Zustimmung liegt in allen Erhebungen bei über 60%, unabhängig von der politischen Präferenz der Befragten. Anderen Modellen wie z. B. den Kopfpauschalen stimmt hingegen höchstens jeder fünfte Befragte zu.¹² Die Bevölkerung bevorzugt klar das Solidarsystem in der Krankenversicherung.

Die Grundpfeiler der Bürgerversicherung sind einkommensabhängige Beitragsgestaltung (Solidarprinzip), einheitliches Vertragsrecht (Wettbewerbsprinzip) und einheitlicher Leistungskatalog mit bester Versorgung (Qualitätsprinzip).

Kerngedanke sozialdemokratischer Politik für soziale Sicherungssysteme ist das Konzept der Leistungsfähigkeit. Für Sozialdemokraten bedeutet das, dass der Schutz vor den großen Lebensrisiken: die Absicherung im Alter, bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitslosigkeit von der Gemeinschaft solidarisch und nach Leistungsfähigkeit getragen wird. Einkommensbezogene Beiträge gehören deshalb klar zu unserem Modell einer solidarischen Bürgerversicherung.

Echten Wettbewerb gibt es im deutschen Gesundheitssystem nicht. Derzeit gibt es weder innerhalb der PKV noch innerhalb der GKV noch zwischen den Systemen ausreichenden Wettbewerb. Die Versicherten der PKV können nach erfolgter Einschreibung praktisch nicht mehr wechseln, da sie ihre Altersrückstellungen verlieren würden. Die Versicherten der GKV sehen sich einem Wettbewerb gegenüber, der sich auf gute Risiken beschränkt. Und zwischen den Systemen gibt es kaum Wettbewerb, da er 70% der Bevölkerung per Gesetz aufgrund einer Versicherungspflichtgrenze ausschließt.

Auch die Qualität der Versorgung leidet, wenn medizinische Spitzenkräfte ihre Dienste nach der Zahlungsfähigkeit der Patienten einteilen, und nicht nach der Bedürftigkeit. Erst wenn auch die medizinisch Bedürftigsten den besten Arzt ungehindert wählen können, erreicht die Versorgung in Deutschland wieder Anschluss an die Weltspitze.

3.1 Das Grundmodell: Alle Bürger nach ihrer Leistungsfähigkeit

¹¹ <http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/PDFs/Bericht.pdf> (Abfrage 08/2004)

¹² Am 5.12.2003 antworteten 70%, dass sie die Bürgerversicherung als bevorzugtes System zur Modifikation der Krankenversicherung sehen. 16% nannten die Kopfpauschalen, 8% machten keine Angabe. Auch in den Reihen von Anhängern der CDU/CSU äußerten sich 72% positiv zur Bürgerversicherung.

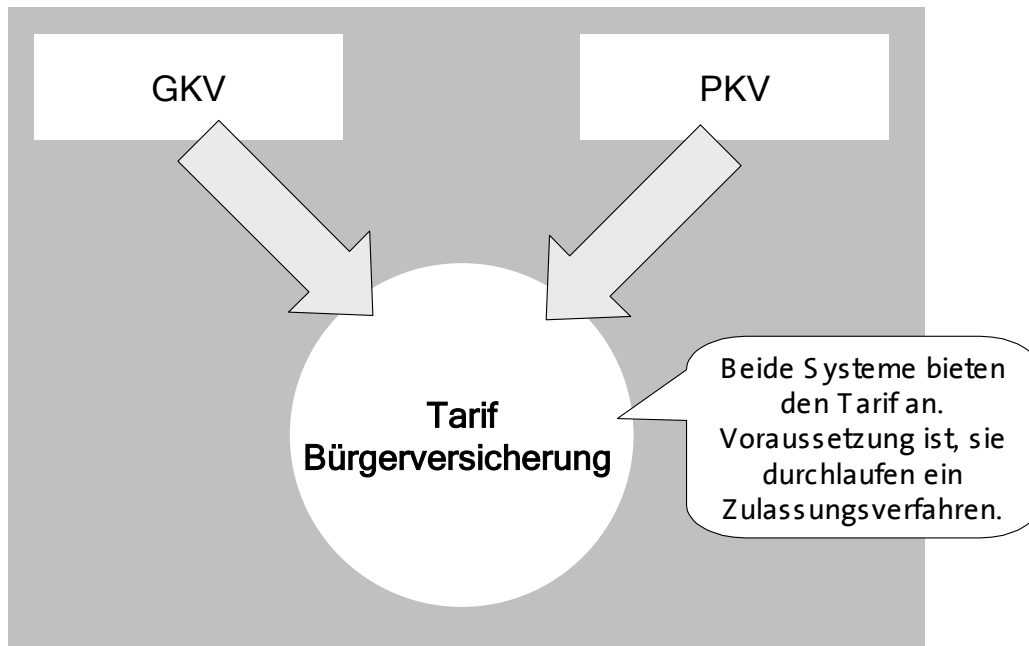
Im Auftrag der Zeitschrift Stern wurden von Forsa 1001 SPD-Mitglieder befragt. Sie stimmten zu 74% der Bürgerversicherung zu, 24% der Kopfpauschale (13.11.2003).

Für das ARD-Morgenmagazin stellte infratest-dimap im Zusammenhang mit der Agenda 2010 und der Gesundheitsreform auch die Frage „Bürgerversicherung oder Kopfpauschalen?“ 64% der Befragten bevorzugten eine Bürgerversicherung, 24% Kopfpauschalen (Stand 16.07.2004).

und alle Anbieter nach ihrer Wettbewerbsfähigkeit

Kern der Bürgerversicherung wird ein „**Tarif Bürgerversicherung**“ zu dem alle Krankenkassen in Deutschland, also sowohl gesetzliche als auch private, zugelassen werden können. Private Krankenkassen können den Bürgerversicherungstarif zu gleichen Wettbewerbsbedingungen anbieten. Alle Bürgerversicherungstarife werden in den Risikostrukturausgleich einbezogen, der sich an der Morbidität orientiert (morbidityorientierter RSA).

Abbildung 8: Zusammenspiel von GKV und PKV in der Bürgerversicherung



Der Tarif Bürgerversicherung wird durch folgende Mindestanforderungen gekennzeichnet:

- Einkommensbezogene Beiträge: Jeder zahlt nach seiner Leistungsfähigkeit aus Erwerbs- und Kapitaleinkommen seine Beiträge. Lohnbezogene Beiträge werden paritätisch finanziert.
- Kontrahierungszwang: jede Versicherung – ob gesetzliche oder privat - muss jeden ohne Gesundheitsprüfung aufnehmen .
- Gesetzlicher Leistungskatalog: alles medizinisch Notwendige ist versichert: zu 100% und in bester Qualität.
- Sachleistungsprinzip: Patientinnen und Patienten erhalten die Leistungen unmittelbar und müssen nicht voraus zahlen.

Private Krankenkassen werden ausdrücklich nicht auf Zusatzversicherungen be-

schränkt, sondern können Vollversicherungen im Tarif Bürgerversicherung anbieten. Bestehende Altverträge in der PKV bleiben unangetastet, doch können die Versicherten freiwillig in den neuen Tarif wechseln.¹³ Für Neuverträge steht ausschließlich der Tarif Bürgerversicherung bei allen Krankenkassen zur Auswahl.

Aus Patientensicht hat die Bürgerversicherung mehrere Vorteile: Sie haben **mehr Wahlfreiheit** und können sich zwischen vielfältigen Krankenkassenangeboten entscheiden, und zwar unabhängig von ihrem beruflichen Status, ihrem Gesundheitszustand oder ihrem Einkommen. Mit der Ausweitung der Wahlfreiheit auf alle Krankenkassenarten wird die seit 1996 bestehende Wahlfreiheit zwischen gesetzlichen Kassen nochmals deutlich erweitert. Daher muss bei einem Wechsel des Beschäftigungsverhältnisses nicht mehr die Krankenkasse gewechselt werden, beispielsweise durch die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit. Die Wahl der Krankenkasse ist in der Bürgerversicherung **zukunftssicher**.

In der Praxis bedeutet die Bürgerversicherung somit, dass alle Bürger in einem solidarischen Krankenversicherungssystem, nicht jedoch in einer Krankenkasse, versichert sind. Es wird weiterhin Beitragssatzunterschiede geben, jedoch nicht mehr Unterschiede der Behandlungsmöglichkeiten und Finanzierungsquellen.¹⁴

Für die Umsetzung einer gerechten Finanzierung werden von uns zwei Vorschläge vorgebracht. Es handelt sich dabei nicht um Alternativen, sondern um zwei Modellvarianten, die auf der gleichen Grundlage der Argumente zwei Wege zur Einbeziehung der Einkünfte aus Kapitalvermögen aufzeigen. Beiden ist gemein, dass sie die Einbeziehung zusätzlicher Einkunftsarten gerecht vollziehen und die Beitragssätze mittelfristig stabilisieren.

3.2 Vorschlag 1: Das Zwei-Säulen Modell

Heute existiert für die Mehrheit der Versicherten eine Bemessung der Beiträge auf der Grundlage der Löhne und Gehälter, also der Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit. Für eine kleine Gruppe (beispielsweise Selbstständige), wird in der GKV eine Bemessung auch auf der Grundlage anderer Einkunftsarten vorgenommen. Doch auch in diesen Fällen besteht das **Prinzip der Ein-Säulen-Logik**. Dies bedeutet, dass die Einkünfte aufaddiert werden und unter einer Beitragsbemessungsgrenze verbeitragt werden. Einkünfte oberhalb der einen Beitragsbemessungsgrenze werden nicht berücksichtigt.

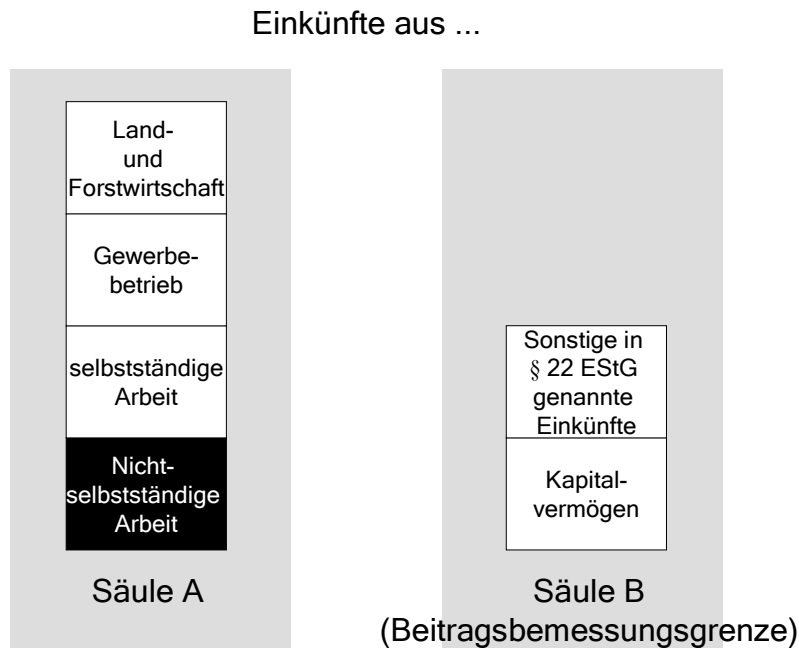
Wir schlagen vor, für die Beitragsbemessung auf eine Zwei-Säulen-Logik überzugehen. Das Zwei-Säulen-Modell der Bürgerversicherung sieht vor, dass Lohn- und verwandte Einkünfte in einer Säule zusammengefasst und verbeitragt werden und Einkünfte aus Kapitalvermögen in eine zweite Säule zur Verbeitragung eingebracht werden:

¹³ Wie bereits von der „Rürup-Kommission“ empfohlen, sollte eine Portabilität der Altersrückstellungen auch für Altverträge vorgenommen werden (Bericht der Kommission, S. 170). Damit können auch Besitzer von Altverträgen noch in die für sie günstigste private Krankenversicherung wechseln, falls sie keinen Tarif Bürgerversicherung abschließen möchten.

¹⁴ Landwirte und Künstler sind derzeit in eigenständigen gesetzlichen Krankenkassen versichert, die nicht in den Finanzausgleich des übrigen GKV-Systems eingebunden sind. Im Prinzip ist eine Übertragung der Bürgerversicherung auf diese Gruppen möglich und auch sinnvoll. Sie setzt jedoch erhebliche Strukturveränderungen, insbesondere im Hinblick auf die Beitragsbemessung und die Finanzierungsgrundlagen voraus. Daher wird empfohlen, zu prüfen, ob eine mittelfristige Einbeziehung der Landwirte und Künstler in die Bürgerversicherung erfolgen kann.

- **Säule A** umfasst Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit, aus selbstständiger Arbeit, aus Gewerbebetrieb, aus Land- und Forstwirtschaft.
- **Säule B** umfasst Einkünfte aus Kapitalvermögen¹⁵ sowie die sonstigen in § 22 EStG genannten Einkünfte.^{16,17} Kleinsparer sollen (ebenso wie im Steuerrecht) nicht überfordert werden, weshalb Freibeträge vorgesehen werden.

Abbildung 9: Aufteilung der Einkunftsarten des Steuerrechts auf die zwei Säulen.



Anmerkung: Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung wurden nicht berücksichtigt.

Abbildung 9 macht deutlich, dass bisher die Last der Beitragserbringung in der GKV fast ausschließlich auf den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit lagen. Die übrigen Einkünfte wurden nicht berücksichtigt.

Bisher subventionierten die Bezieher von Lohneinkommen diejenigen, die über andere Einkünfte verfügten und nicht verbeitragt wurden. In Zukunft wird die Entwicklung der Beiträge an die Entwicklung des Volkseinkommens einschließlich des Kapitalvermögens.

Um Härten zu vermeiden, soll die Übernahme von Zinsfreibeträgen wie im Steuersystem geprüft werden. Zudem erhalten beide Säulen eine eigene Beitragsbemessungsgrenze, bis zu der die Einkünfte herangezogen werden. Darüber liegende Einkünfte werden nicht verbeitragt. Die Beitragsbemessungsgrenze kann für die jeweiligen Säulen unterschiedlich hoch ausfallen. Beispiele für die finanziellen Auswirkungen finden sich in Kapitel 4.

Haben bisher beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige Einkünfte oberhalb der

¹⁵ Zu den Einkünften aus Kapitalvermögen gehören unter anderem Gewinnausschüttungen, Einkünfte aus stillen Beteiligungen und partialischen Darlehen, Zinsen aus Hypotheken, Zinsen aus Sparanteilen einer Lebensversicherung, Zinsen aus sonstigen Kapitalforderungen, Diskontbeträge, Grundschulden und Renten aus Grundschulden, Einkünfte aus der Veräußerung von Zinsscheinen, Zinsforderungen, Stückzinsen. (Näheres in § 20 EStG)

¹⁶ Zur Abgrenzung der Einkunftsarten für die Besteuerung siehe <http://www.bundesfinanzministerium.de/> (Abfrage August 2004).

¹⁷ Zu den sonstigen in § 22 genannten Einkünften zählen insbesondere wiederkehrende Bezüge, die nicht in den anderen Einkunftsarten enthalten sind.

Freibeträge in der zweiten Beitragssäule, werden diese in Zukunft ebenfalls beitragspflichtig. Dies entspricht der Vorgehensweise beim Steuerrecht und wird bereits heute für einige Personengruppen in der GKV praktiziert.

Beispiel: Ein Ehepaar hat ein Haus gekauft, abbezahlt und wohnt darin (Eigennutzung). Selbstgenutztes Eigentum wird nicht zur Verbeitragung herangezogen, daher entfällt ein Beitrag.

Beispiel: Ein Mann mit Familie verdient Lohn und Gehalt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Seine Frau besitzt aus einer Erbschaft Geldvermögen. Die Zinsen daraus übersteigen den steuerlichen Freibetrag. Im Steuerrecht muss die Ehefrau die Zinseinkünfte bereits derzeit versteuern. Im Zwei-Säulen-Modell würde das Finanzamt darauf die Beiträge zur Krankenversicherung berechnen und abführen.

Beispiel: Die 20-jährige Tochter studiert und wohnt bei den Eltern. Sie hat niedrige eigene Einkünfte, kann sich jedoch noch als Studentin krankenversichern. Für die Studentin und die Eltern ändert sich durch die Bürgerversicherung nichts.

3.2.1 Abbau von Ungleichbehandlungen

Die Bürgerversicherung führt dazu, dass die Ungleichbehandlung zwischen Versicherten je nach Zusammensetzung des Einkommens abgebaut werden. Dennoch bleiben mögliche Ungleichbehandlungen der Einkommen zwischen Versicherten bestehen. Diese ergeben sich aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit:

1. Die Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenzen ergeben sich aus der Sonderstellung des Sozialsystems. Es ist eben nicht eine Steuer, die zur Finanzierung der Krankenkassen dient, sondern ein von Versicherten für Versicherte gestaltetes System.
2. Eine einseitige Belastung von Versicherten, die mit ihren Einkünften aus abhängiger Beschäftigung unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, sollte vermieden werden.
3. Eine stärkere Heranziehung der in Säule B zusammengefassten Einkünfte garantiert, dass das Entlastungsvolumen und damit eine deutliche Beitragssatzsenkung erreicht werden kann.
4. Die Verbindung von ausreichendem Entlastungsvolumen und gleichzeitiger Entlastung der Arbeitgeber durch sinkende Beiträge kann nur erzielt werden, wenn auf eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze verzichtet wird. Eine zweite Beitragssäule bietet somit eine Verbindung der Vorteile von unmittelbarer Senkung der Lohnkosten und gerechter Mittelaufbringung.

Es darf zudem nicht übersehen werden, dass das derzeitige System die mit Abstand größten Ungleichbehandlungen aufweist. Die offenkundigste Ungerechtigkeit liegt darin, dass es sich nur für einige Gruppen finanziell lohnt, in die PKV abzuwandern und dem Solidarsystem mit rechtlicher Deckung den Rücken zuzukehren. Zudem gibt es innerhalb der GKV horizontale Ungleichbehandlungen, da die Ungleichbehandlung von Löhnen und Gehältern gegenüber anderen Einkunftsarten überhaupt nicht ausgeglichen wird. Die Systematik des Zwei-Säulen-Modells mit einem „Äquivalenzkorridor“ ist daher angemessen.

3.2.2 Abbau von Bürokratie

Ein weiteres wichtiges Ziel der Bürgerversicherung im Zwei-Säulen-Modell ist der Ab-

bau von Bürokratie:

- **Keine neuen Behörden:** Es werden zur Prüfung der Einkommensverhältnisse der Versicherten keine neuen Behörden notwendig sein. Bei der Verbeitragung wird auf die Daten der Finanzämter zurückgegriffen.
- **Krankenkasse wird nicht Zweigstelle des Finanzamtes:** Die Sorge vor einem zu tiefen Eingriff der Krankenkassen in die Einkommensangelegenheiten ihrer Versicherten ist ernst zu nehmen. Die Bürgerversicherung verzichtet im Zwei-Säulen-Modell daher konsequent darauf, dass die Krankenkassen Auskünfte von ihren Versicherten über Einkünfte erheben muss.
- **Effizienz der Beitragserhebung:** Die Erhebung der Beiträge erfolgt ohne Reibungsverluste im Rahmen des bisher etablierten Verfahrens über die Arbeitgeber und zusätzlich über die Angaben in der Steuererklärung.
- **Effizienz der Beitragsverteilung:** Bereits heute existiert mit dem Risikostrukturausgleich ein Instrument, um Unterschiede in der Beitragshöhe zwischen Krankenkassen auszugleichen, die auf grund von unterschiedlichen Einkommensverteilungen der Versicherten entstehen. Die zusätzlichen Einkünfte können vom Finanzamt in dieses Verfahren eingespeist werden.

Lohn und Gehalt werden in der Bürgerversicherung weiterhin unbürokratisch vom Arbeitgeber abgeführt. Dieses Verfahren hat sich bewährt. In der Bürgerversicherung kann zudem auf eine Offenlegung der Vermögen und anderer Einkommen gegenüber den Krankenkassen verzichtet werden. Auch eine Einzelfallprüfung durch neu aufzubauende Behörden oder durch die Krankenkassen wird es nicht geben. Vielmehr wird vorgeschlagen, lohnunabhängige Einkommen im Rahmen einer Einkommensteuererklärung gegenüber dem Finanzamt anzugeben zur Verbeitragung.

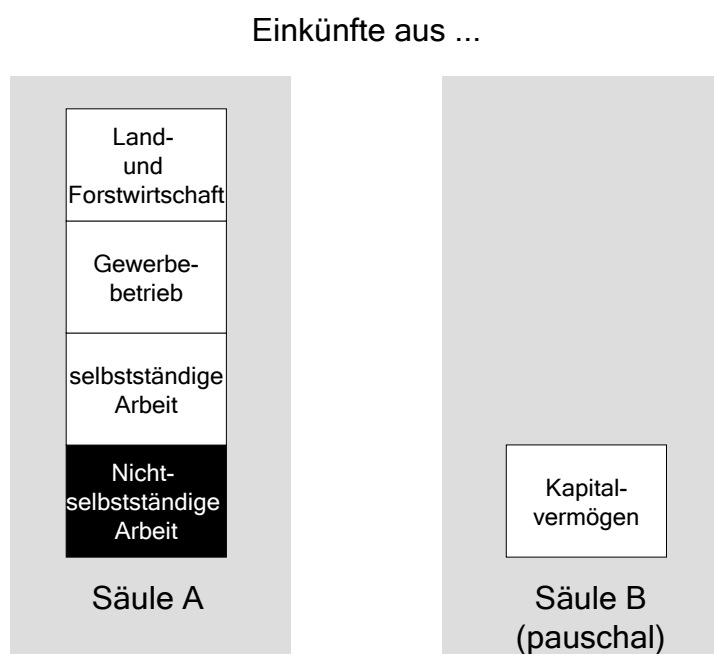
Insgesamt weist das Zwei-Säulen-Modell mehrere Vorteile auf. Es ist gerecht, da es alle Einkommensarten verbeitragt. Es vermeidet eine Überlastung mittlerer Einkommen. Das Entlastungsvolumen ist nennenswert und spürbar für positive Impulse auf dem Arbeitsmarkt und die gesamtgesellschaftliche Nachfrage. Zudem ist es gegenüber einem Ein-Säulen-Modell auch unbürokratischer, da es eine Verrechnung von Einkünften aus unselbstständiger Tätigkeit und Kapitalvermögen vermeidet. Eine Verbeitragung über das Finanzamt wird dadurch möglich.

3.3 Vorschlag 2: Das Kapital-Steuer-Modell (KSM)

Vorschlag 2 ist nicht als Alternative zu dem Zwei-Säulen-Modell zu sehen, sondern als darauf aufbauende Weiterentwicklung. Diese kann umgesetzt werden, sobald eine **Abgeltungssteuer** mit einem festgelegten Steuersatz Zins- und Kapitalerträge im Steuerrecht eingeführt würde.¹⁸

Abbildung 10 zeigt die Grundzüge des Vorschlags 2 „Kapitalsteuer-Modell (KSM)“. Die Einkunftsarten werden demnach ebenfalls getrennt betrachtet werden. Für den Bereich der Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, selbstständiger Arbeit, Gewerbebetrieb sowie Land- und Forstwirtschaft ändert sich nichts gegenüber dem Zwei-Säulen-Modell. Die Einkünfte aus Kapitalvermögen verbleiben als einzige in der zweiten Säule.

Abbildung 10: Systematik der Einkunftsarten im KSM-Modell



Das Kapitalsteuer-Modell (KSM) würde auf die Abgeltungssteuer beim Finanzamt einen Zuschlag erheben, der ebenfalls als ein Abgeltungsbeitrag an die Krankenkassen abgeführt werden würde. Dieses Verfahren hat über das Zwei-Säulen-Modell hinausgehende Vorteile und ist somit eine wichtige Alternative bei der Einführung der Bürgerversicherung:

¹⁸ Die Abgeltungssteuer unterscheidet sich somit von dem derzeit in Deutschland umgesetzten Verfahren, wonach an der Quelle (z.B. dem Bankinstitut) ein Abschlag in Höhe von 30% auf die Steuerschuld an das Finanzamt abgeführt wird. Diese Zinsabschlagssteuer wird später in der Steuererklärung mit der tatsächlichen Steuerschuld verrechnet. Diese Verrechnung entfielen bei einer Abgeltungssteuer, wodurch das Steuererhebungsverfahren vereinfacht würde.

- **Wenig Bürokratie:** Es bedeutet noch weniger Bürokratie, da prinzipiell der gesamte Aufwand beim Finanzamt auf eine Abführung einer Geldsumme, unabhängig von Steuererklärungen der Versicherten, erfolgen könnte.¹⁹
- **Fortfall der Beitragsbemessungsgrenze auf Einkünfte aus Kapitalvermögen:** Da die Abgeltungssteuer ohne obere Grenze erhoben werden würde, wäre dies auch in Bezug auf die Beiträge der Fall. Die Verteilungswirkungen sind daher stärker auf eine Belastung sehr hoher Einkommen ausgerichtet. Die Beitragsbemessungsgrenzen für andere Einkünfte (Säule A) bleiben davon selbstverständlich unberührt.
- **Sofortiges Beitragsaufkommen:** Alle Bürger müssten die pauschale Abgeltungssteuer entrichten. Die Trennung in Versichertenkreise ist gegenstandslos. Auch bei einer zeitlichen Streckung des Übergangs von der PKV in den Tarif Bürgerversicherung würde bereits die Entrichtung von Beiträgen über die pauschale Abgeltungssteuer anfallen.
- **Unterstützung der Verteilungswirkung:** Die Verteilungswirkung würde den Grundsätzen der Bürgerversicherung in sehr guter Weise gerecht. Insbesondere wenige, sehr gut mit Zins- und Kapitalerträgen ausgestattete Bürger würden auch vollständig heran gezogen. Bezieher von niedrigen und mittleren Einkommen würden entsprechend geringer verbeitragt werden, da der Zuschlag abgesenkt werden kann.
- **Vermeidung von strategischem Wechselverhalten:** Würden nur Versicherte in einem Zwei-Säulen-Modell Beiträge auf Einkünfte aus Kapitalvermögen entrichten, gäbe es für PKV-Versicherte mit hohen Einkünften in diesem Bereich geringere Anreize, in die Bürgerversicherung zu wechseln. Damit würde die strategische Ausrichtung des Wechslerverhaltens vor der Einführung der Bürgerversicherung aufrecht erhalten werden. Ziel ist es jedoch, das Wechslerverhalten an der Qualität der Versorgung einer Krankenkasse auszurichten. Die Vorgabe eines Stichtags für den möglichen Wechsel könnte jedoch auch im Zwei-Säulen-Modell das strategische Wechslerverhalten minimieren.

¹⁹ Die derzeitige Quellensteuer unterscheidet nicht zwischen Unternehmen und Personen als Eigentümern des Kapitals. Unternehmen sollen jedoch nicht zur Verbeitragung heran gezogen werden. Daher wäre eine Abklärung notwendig, welchem Empfängerkreis (nicht welcher individuellen Person) die Zinserträge zufließen. Gleiches gilt für die Unterscheidung in Inländer und Ausländer.

Ebenso kann im KSM-Modell noch stärker gegen eine Heranziehung von Einkünften aus Vermietung und Verpachtung argumentiert werden. Sie wären die einzige Einkunftsart, die noch händisch beim Finanzamt auf Verbeitragung geprüft werden müsste. Siehe auch die Anmerkungen zu der Einkunftsart beim Zwei-Säulen-Modell.

4 Auswirkungen auf den Beitragssatz und Bevölkerungsgruppen

Von erheblicher Bedeutung für eine Bewertung der Bürgerversicherung sind die sich ergebenden Entlastungen im Beitragssatz. Er dient kurzfristig als Gradmesser für die positiven Auswirkungen auf Unternehmen und damit der Belebung des Arbeitsmarktes und erlaubt langfristig eine Abschätzung der Wirkung der Bürgerversicherung auf die demographische Herausforderung.

4.1 Beitragssatz

Im folgenden werden die zwei vorgeschlagenen Modelle einer Bürgerversicherung gegenübergestellt. Die Berechnungen analysieren die Modelle im Hinblick auf die Veränderung der Entlastung bei Variation der Parameter

- Versichertenkreis (nur GKV oder alle Bürger)
 - Beitragsbemessungsgrenze
 - Freibetrag auf Einkünfte aus Kapitalvermögen
- Die Methodik der Berechnungen wird im Anhang dargestellt.

4.1.1 Das Zwei-Säulen-Modell

Im Zwei-Säulen-Modell werden die Beiträge mit gleichem Beitragssatz auf beide Säulen erhoben. In der ersten Säule werden Einkünfte aus nichtselbständiger und selbstständiger Beschäftigung verbeitragt. Hinzu kommen auch staatliche Unterstützungszahlungen und Altersrenten (BBG1). In der zweiten Säule wird ein Beitrag auf Einkünfte aus Kapitalvermögen erhoben (BBG2). Die pauschale Abgeltungssteuer entfällt in diesem Modell. In allen Varianten ist ein Freibetrag von 111,67 Euro pro Monat auf Einkünfte aus Kapitalvermögen vorgesehen. Dies entspricht dem Freibetrag des Steuerrechts.

Das in Tabelle 1 fett umrandete Modell scheint eine zu bevorzugende Variante innerhalb der Zwei-Säulen-Modelle zu sein. Bei unveränderter Beitragsbemessungsgrenze und Freibeträgen wie im Steuerrecht wird eine Reduktion der Beitragssätze um 1,8 Prozentpunkte (von 14,1 auf 12,3) erreicht. Dies entspricht einem Volumen von rund 20 Mrd. Euro pro Jahr. Dieses Finanzierungsvolumen wird erreicht durch die Erweiterung des Versichertenkreises auf derzeit in der PKV versicherte sowie die Erhebung von Beiträgen insbesondere auf Einkünfte aus Kapitalvermögen und selbstständiger Tätigkeit. Eine Mehrbelastung von Lohnkosten fällt nicht an, da die Beitragsbemessungsgrenze auf Löhne unverändert bleibt. Vielmehr profitieren auch Unternehmen von den sinkenden Beitragssätzen. Eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze hätte zur Folge, dass die Senkung der Lohnnebenkosten nur für die Löhne bis leicht oberhalb der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze zum tragen kämen.

Tabelle 1: Entlastungseffekte Zwei-Säulen-Modell.

Modelltyp	Status Quo	Zwei Säulen	Zwei Säulen	Zwei Säulen	Zwei Säulen	Zwei Säulen	Zwei Säulen
BBG 1 (Euro/Monat)	3487,5	3487,5	4000	5100	3487,5	4000	5100
BBG 2 (Euro/Monat)	entfällt	3487,5	4000	5100	3487,5	4000	5100
Freibetrag (Euro/Monat)	0	111,67	111,67	111,67			
Versichertengruppe	GKV	GKV	GKV	GKV	alle	alle	alle
allgemeiner Beitragssatz	14,1	13,4	13,1	12,7	12,3	11,9	11,6
Beitragssatzreduktion in Beitragssatzpunkten	0,0	0,7	1,0	1,4	1,8	2,2	2,6
Beitragssatz ohne Krankengeld und Zahnersatz	13,0	12,3	12,0	11,7	11,2	10,8	10,5
Beitragssatzreduktion in Punkten ohne Krankengeld und Zahnersatz	1,1	1,8	2,1	2,4	2,9	3,3	3,7

Anmerkungen:

- Die Spalte Status Quo zeigt das heutige Versicherungssystem der GKV, wie es sich aus dem Datensatz berechnet.
- BBG= Beitragsbemessungsgrenzen.
- Der Freibetrag bezieht sich auf Einkünfte aus Kapitalvermögen.
- Die Versichertengruppen GKV und alle benennen den Kreis der in die Beitragssatzberechnungen eingeschlossenen Versicherten.
- Berechnete beziehungsweise berücksichtigte Verwaltungskosten und Leistungsausgaben werden nachrichtlich genannt.

4.1.2 Das Kapital-Steuer-Modell (KSM)

Das oben vorgeschlagene Kapitalsteuer-Modell (KSM) wird in seinen Beitragssatzwirkungen in Tabelle 3 und Tabelle 4 beschrieben. Wie oben bereits ausgeführt entfällt bei diesem Modell die Vorgabe einer zweiten Beitragsbemessungsgrenze.

T zeigt die Entlastungswirkungen für den derzeitigen Versichertenkreis, während Tabelle 3 die später zu erreichende Stufe der Einbeziehung aller Bürger anzeigt. Wichtig ist, dass das KSM Modell bereits frühzeitig hohe Beitragssatzentlastungen generiert, da auch die weiterhin in der PKV Versicherten eine Abgeltungssteuer samt Beitragssatzanteil entrichten.

Variiert in den Tabellen werden die Beitragsbemessungsgrenze sowie die Höhe der Prozentpunkte, um die die pauschale Abgeltungssteuer erhöht werden würde.

Tabelle 2: Entlastungseffekt KSM (GKV-Versichertenkreis).

Modelltyp	Status Quo	KSM.	KSM	KSM	KSM	KSM	KSM
BBG 1 (Euro/Monat)	3487,5	3487,5	3487,5	4000	4000	5100	5100
Zuschlag auf pauschale Abgeltungssteuer	entfällt	5%	7%	5%	7%	5%	7%
Freibetrag (Euro/Monat)	0	111,67	111,67	111,67	111,67	111,67	111,67
Versichertengruppe	GKV	GKV	GKV	GKV	GKV	GKV	GKV
Allgemeiner Beitragssatz	14,1	13,8	13,7	13,4	13,4	13,0	13,0
Beitragssatzreduktion in Beitragssatzpunkten	0,0	0,4	0,4	0,7	0,8	1,1	1,2
Beitragssatz ohne Krankengeld und Zahnersatz	13,0	12,7	12,6	12,3	12,3	12,0	12,0
Beitragssatzreduktion in Punkten ohne Krankengeld und Zahnersatz	1,1	1,5	1,5	1,8	1,9	2,1	2,2

Anmerkungen für beide Tabellen:

- Die Spalte Status Quo zeigt das heutige Versicherungssystem der GKV, wie es sich aus dem Datensatz berechnet.
- BBG= Beitragsbemessungsgrenze.
- Der Zuschlag auf die pauschale Abgeltungssteuer ist in Prozentpunkten ausgedrückt.
- Der Freibetrag bezieht sich auf Einkünfte aus Kapitalvermögen.
- Die Versichertengruppen GKV und alle benennen den Kreis der in die Beitragssatzberechnungen eingeschlossenen Versicherten.
- Berechnete beziehungsweise berücksichtigte Verwaltungskosten und Leistungsausgaben werden nachrichtlich genannt.

Tabelle 3: Entlastungseffekte KSM (Alle Bürger in Bürgerversicherung).

Modelltyp	Status Quo	KSM	KSM	KSM	KSM	KSM	KSM
BBG 1 (Euro/Monat)	3487,5	3487,5	3487,5	4000	4000	5100	5100
BBG 2 (Euro/Monat)	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	Entfällt	entfällt	entfällt
Zuschlag auf pauschale Abgeltungssteuer	entfällt	5%	7%	5%	7%	5%	7%
Freibetrag (Euro/Monat)	0	111,67	111,67	111,67	111,67	111,67	111,67
Versichertengruppe	GKV	alle	alle	Alle	Alle	alle	alle
allgemeiner Beitragssatz	14,1	12,6	12,6	12,2	12,1	11,8	11,8
Beitragssatzreduktion in Beitragssatzpunkten	0,0	1,5	1,6	1,9	2,0	2,3	2,4
Beitragssatz ohne Krankengeld und Zahnersatz	13,0	11,5	11,5	11,1	11,0	10,7	10,7
Beitragssatzreduktion in Beitragssatzpunkten ohne Krankengeld und Zahnersatz	1,1	2,6	2,7	3,0	3,1	3,4	3,5

Das favorisierte Modell (fett umrandet) zeigt, dass eine Minderung des Beitragssatzes um 1,6 Prozentpunkte (von 14,1 auf 12,6) erzielt werden kann, wenn die Beitragsbemessungsgrenze unverändert bleibt und auf die pauschale Abgeltungssteuer ein Zuschlag von 7 Prozentpunkten an Beiträgen für die Bürgerversicherung erhoben werden würde. Auch in diesem Modell wird auf eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze der ersten Säule verzichtet, so dass die Senkung der Lohnnebenkosten allen Einkommensgruppen zu Gute kommen kann.

4.1.3 Die Entwicklung bis zum Jahr 2030

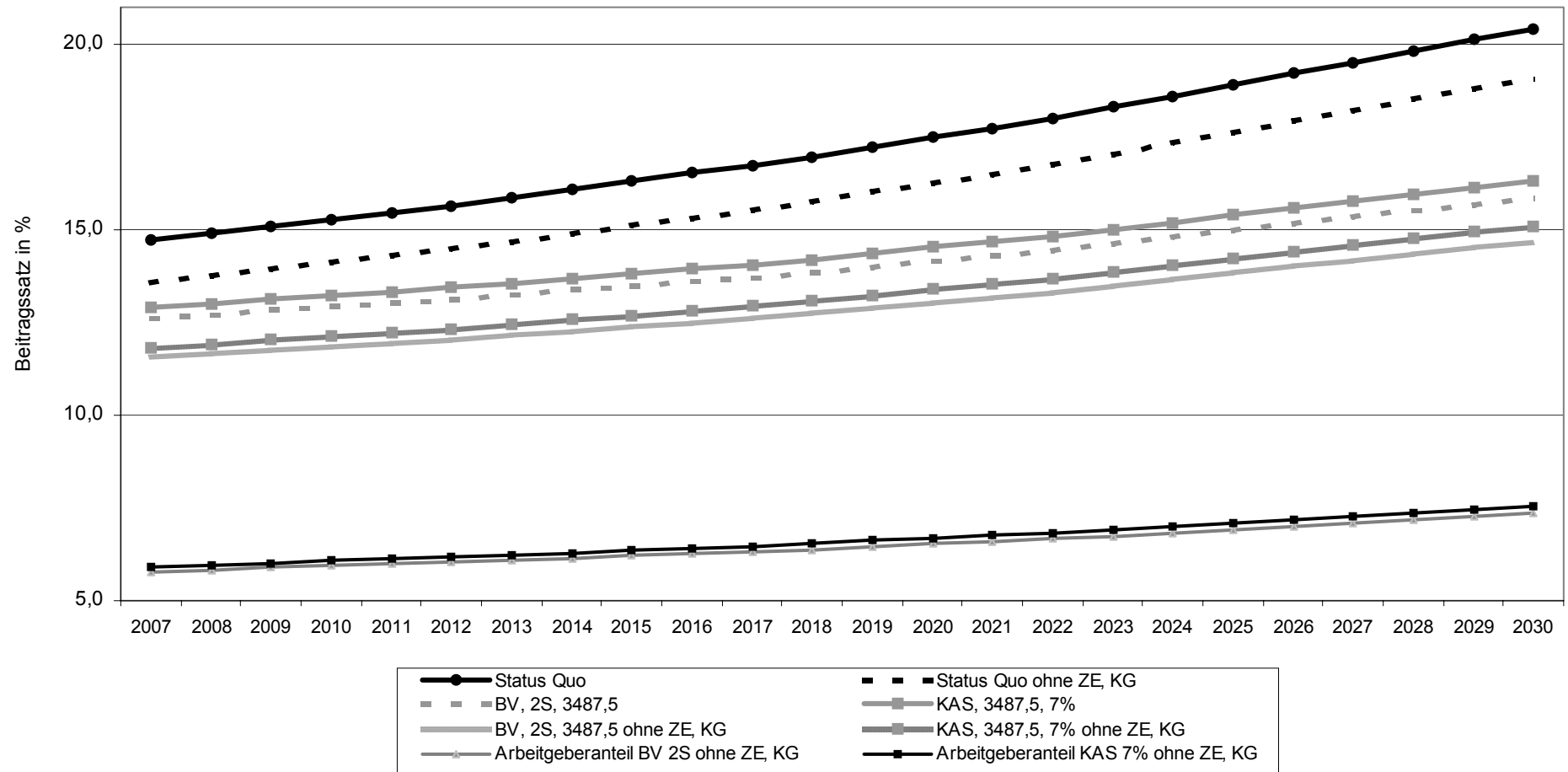
Aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts werden Auswirkungen auf die Beitragssatzentwicklung auftreten.²⁰ Wir haben daher eine Entwicklung der Beitragssätze in der Bürgerversicherung bis zum Jahr 2030 abgeschätzt (Abbildung 11) Es zeigt sich, dass

1. die Bürgerversicherung nicht nur eine einmalige Absenkung der Beitragssätze bewirkt, sondern auch zukünftig für eine ständige Stabilisierung sorgt. Mit anderen Worten verlaufen die Beitragssatzentwicklungen nicht parallel zum heutigen Beitragssystem, sondern flacher.
2. Während im derzeitigen System Beitragssätze über 20% erwartbar sind, bleiben die Modelle der Bürgerversicherung bei knapp über 15%.
3. Die Arbeitgeber werden ebenfalls dauerhaft entlastet. Ihre Anteile liegen im Jahr 2030 im Bereich von knapp über 7% und damit in Bereichen des Jahres 2003.

Ob sich ein starker Anstieg der Beitragssätze auf Grund technologischer und technischer Neuerungen überhaupt ergeben wird, bleibt umstritten. Andere Länder haben auf Grund von technischen Neuerungen sogar Kostensenkungen erzielt.

²⁰ Das DIW rechnet beispielsweise mit einem Beitragssatz von 23,1% für das Jahr 2040. Dies fußt auf der Annahme, dass der fortschrittsinduzierte Ausgabenanstieg pro Jahr um einen Prozentpunkt über der Produktivitätsentwicklung liegen dürfte. (Quelle: Breyer, F., Ulrich, V.: Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 220, 2000, S. 1-17.)

Abbildung 11: Entwicklung der Beitragssätze bis 2030 unter verschiedenen Modellen der Bürgerversicherung .



Status Quo
BV
2S

derzeitiges System
Bürgerversicherung
2 Säulen

ZE, KG
KAS
3487,5

Zahnersatz, Krankengeld
Kapital-Steuer-Modell
Höhe der Beitragsbemessungsgrenze

4.2 Verteilungswirkungen nach Bevölkerungsgruppen

Tabelle 4 zeigt, dass Berufsgruppen von ungelerten Arbeitern, über Meister bis zum Angestellten in Leitungsfunktion, mehrheitlich keine Zinseinkünfte oder Einkünfte aus Selbstständigkeit aufweisen, die oberhalb der Freibeträge liegen. Sie bräuchten daher auch keine zusätzlichen zu Beiträge entrichten, unabhängig von einem Zwei-Säulen-Modell oder einer pauschalen Abgeltungssteuer.

Dies gilt gemäß der Auswertung auch für die betrachteten Beamtengruppen (Tabelle 4). Die mittleren Einkommensgruppen bräuchten daher keine Belastungen zu befürchten.

Belastungen würden sich vorwiegend für Teile von Freiberuflern und Selbstständigen geben. Allerdings erscheint dort die Verteilung der Einkommen in dem zugrunde liegenden Datensatz ungleich. Einige Haushalte weisen Zinseinkommen im hohen vierstelligen Bereich auf. Im Median (dem mittleren Wert, den die Hälfte der Versicherten unter- beziehungsweise überschreiten) sind jedoch auch die Einkünfte aus Zinsen unterhalb der Freibeträge von 1340 Euro jährlich. Dies bedeutet, dass auch in diesen Gruppen mindestens 50% der Versicherten keine zusätzlichen Beiträge auf diese Einkunftsart zu entrichten bräuchte.

Tabelle 4: Zusatzeinkünfte und Gesamtlohn nach Gruppen in Deutschland.

Gruppe/ Einkommensart	25% Quartil	Mittelwert	Median (50%-Wert)	75% Quartil
Ungelernter Arbeiter				
Gesamtlohn	1950	10302	4560	16950
Zinseinkommen	0	583	0	116
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	24	0	0
Angelernter Arbeiter				
Gesamtlohn	10025	19735	19900	28080
Zinseinkommen	0	694	0	200
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	23	0	0
Gelernte und Facharbeiter				
Gesamtlohn	18000	25870	26400	32300
Zinseinkommen	0	697	0	200
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	178	0	0
Vorarbeiter, Kolonnenführer				
Gesamtlohn	23900	31922	31500	39850
Zinseinkommen	0	717	46	500
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	13	0	0
Meister, Polier				
Gesamtlohn	19600	29654	30376	38200
Zinseinkommen	0	252	0	200
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	1250	0	0
Angestellter, einfache Tätigkeit ohne Ausbildungsabschluss				
Gesamtlohn	3080	13811	11200	21468
Zinseinkommen	0	894	0	58
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	103	0	0
Angestellter, einfache Tätigkeit mit Ausbildungsabschluss				
Gesamtlohn	12000	20023	19200	27350
Zinseinkommen	0	505	0	100
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	92	0	0
Angestellter, qualifizierte Tätigkeit				
Gesamtlohn	17940	28142	27600	36400
Zinseinkommen	0	699	0	200
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	140	0	0
Angestellter, hochqualifizierte Tätigkeit, Leitungsfunktion				
Gesamtlohn	31028	47639	44800	59815
Zinseinkommen	0	448	0	243
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	238	0	0

Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben				
Gesamtlohn	36527	62917	54125	75600
Zinseinkommen	0	348	33	500
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	1005	0	0
Beamte im einfachen Dienst				
Gesamtlohn	21000	25437	25200	28180
Zinseinkommen	0	643	40	666
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	0	0	0
Beamte im mittleren Dienst				
Gesamtlohn	26740	31856	32593	36705
Zinseinkommen	0	279	0	150
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	403	0	0
Beamte im gehobenen Dienst				
Gesamtlohn	30900	36891	37573	44757
Zinseinkommen	0	432	0	333
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	0	0	0
Beamte im höheren Dienst				
Gesamtlohn	40450	51278	50900	59450
Zinseinkommen	0	506	13	500
Eink. Selbst. Tätigkeit	0	143	0	0
Freiberufler ohne Mitarbeiter				
Gesamtlohn	0	553	0	0
Zinseinkommen	0	963	0	583
Eink. Selbst. Tätigkeit	6000	29409	21600	36000
Freiberufler, 1-9 Mitarbeiter				
Gesamtlohn	0	16	0	0
Zinseinkommen	0	1327	0	666
Eink. Selbst. Tätigkeit	25680	57908	49200	76800
Freiberufler, >10 Mitarbeiter				
Gesamtlohn	0	3159	0	8600
Zinseinkommen	0	4236	0	400
Eink. Selbst. Tätigkeit	4000	51760	48000	60000
Selbstständige ohne Mitarbeiter				
Gesamtlohn	0	1728	0	0
Zinseinkommen	0	894	0	266
Eink. Selbst. Tätigkeit	11760	32765	24000	54000
Selbstständige 1-9 Mitarbeiter				
Gesamtlohn	0	2098	0	0
Zinseinkommen	0	808	0	320
Eink. Selbst. Tätigkeit	24000	43996	38400	60000

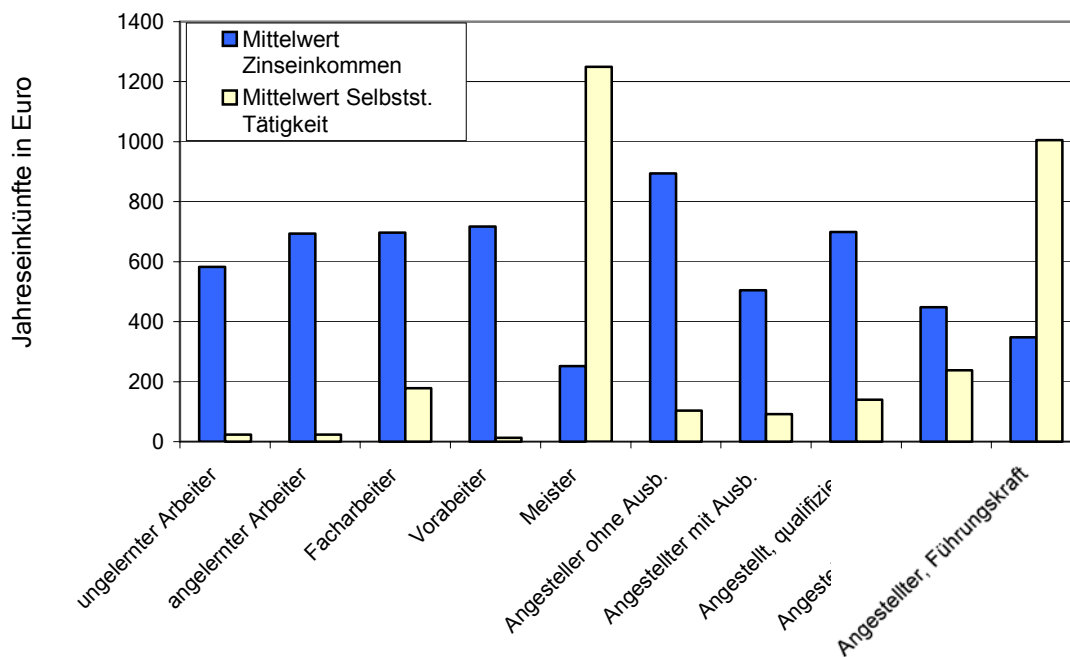
Anmerkung:

- Quelle: IGKE-Berechnungen auf der Grundlage der SOEP-Daten mittels des auf das Jahr 2004 angepassten Datensatzes.
- Der Median gibt im Gegensatz zum Mittelwert, der das durchschnittliche Einkommen aller angibt, den Wert wieder, für den gilt, dass genau die Hälfte der Versicherten über beziehungsweise unter diesem Wert liegt.
- Die Quartile geben Werte für die Grenzen zu den 25% der niedrigsten und zu den 75% der höchsten Einkommen der jeweiligen Gruppen an.

Abbildung 12 zeigt die Mittelwerte für Einkommensgruppen in Bezug auf deren Zins-
einkünfte und Einkünfte aus selbstständiger Arbeit. Deutlich wird, dass der Mittelwert
von sehr hohen Einzelwerten stark beeinflusst wird und daher eine Verzerrung in Rich-
tung zu hohen Werten hin aufweist. **Dennoch bleiben die Mittelwerte unterhalb der
jährlichen Freibeträge für Einkünfte aus Kapitalvermögen.**

Aus statistischer Sicht ist der Median aussagekräftiger, da Ausreißer (also sehr hohe
Werte) nicht zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen. Er ist durchweg niedriger als
der Mittelwert und liegt häufig sogar bei Null. Dies bedeutet, dass die Hälfte der Versi-
cherten in den Gruppen überhaupt keine Einkünfte in den Kategorien besitzen. Teil-
weise ist sogar der 75% Quartils-Wert noch gleich Null, so dass entsprechend 75% der
Versicherten keine Einkünfte in der Kategorie aufweisen. Insgesamt konzentrieren sich
die Einkünfte aus Kapitalvermögen und selbstständiger Tätigkeit auf eine sehr kleine
Gruppe von Haushalten.

Abbildung 12: Zinseinkünfte und Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit für verschiedene
Gruppen.



Quelle: IGKE-Berechnungen auf der Grundlage der SOEP-Daten mittels des auf das Jahr
2004 angepassten Datensatzes.

Die Verteilungswirkungen können für beispielhafte Haushalte auch in der Unterscheidung nach Ein-Säulen-Modell, Zwei-Säulen-Modell und pauschaler Abgeltungssteuer abgeschätzt werden (Tabelle 5).

Die genauere Betrachtung anhand der Fallbeispiele typischer Haushalte macht deutlich:

- Bezieher kleiner Einkommen werden entlastet.
- Bezieher hoher Einkommen werden entlastet, sofern sie mit ihren Einkünften neben der unselbstständigen Beschäftigung unterhalb der Freibeträge liegen. So verspürt im Beispiel selbst das Ehepaar mit zwei Einkommen ohne Kinder eine Entlastungswirkung. Hätte das Ehepaar höhere Einkünfte aus Zinsvermögen, würde es

schrittweise belastet werden.

- Die konkrete Grenze, ab der Einkünfte aus Zinsvermögen zu einer zusätzlichen Verbeitragung führen, **liegt bei einem Kapitalvermögen von rund 90.000 Euro für ein Ehepaar.**²¹
- Der Vergleich der Modelle zeigt, dass eine Einbeziehung der gesamten Bevölkerung **höhere Entlastungen und gleichzeitig geringere Belastungen** für mittlere Einkommen bringt.
- Beim Modell der pauschalen Abgeltungssteuer (KSM) (Spalte 6) muss beachtet werden, dass der Effekt fast unmittelbar eintritt. Es muss also verglichen werden mit den nur auf die GKV beschränkten Modellen der Ein-Säulen oder Zwei-Säulen-Systematik (Spalten 2 und 4). Insgesamt bietet das KSM- Modell daher die beste Kombination aus Höhe des Entlastungseffektes, Verteilungswirkung und Zeitraum bis zur Beitragssatzminderung beziehungsweise Einspareffekt.

Tabelle 5: Finanzielle Auswirkungen nach Berufsgruppen und Modellen.

	Ein-Säulen- Modell GKV: 13,6%	Ein-Säulen- Modell alle: 12,4%	Zwei- Säulen- Modell GKV: 13,4%	Zwei- Säulen- Modell alle: 12,3%	(KSM) Pau- schale Ab- geltungsste- uer alle 7%: 12,6%
Einfache Angestellte , unverheiratet, keine zusätzlichen Einkommen, Median: 19200€/ Jahr	-48	-163	-67	-172	-144
Beamter, einfacher Dienst , unverheiratet, keine Kinder, 640 Euro Zinsen, Median 25000 Euro pro Jahr*	-700	-850	-725	-863	-825
Durchschnittsfamilie , zwei Kinder, keine Verbeamtung, 500 Euro Zins-einkommen, 25.000 Euro pro Jahr.	-100	-250	-124	-262	-224
Vorarbeiter , verheiratet, ein Kind, 700 Euro Zinsen, Median: 31500	-94	-283	-126	-299	-272

²¹ Bei einer Verzinsung von 3% und zwei Sparerfreibeträgen von je 1340 Euro pro Jahr. Familien haben eventuell die Möglichkeit, für die Kinder zusätzliche Vermögen aufzubauen.

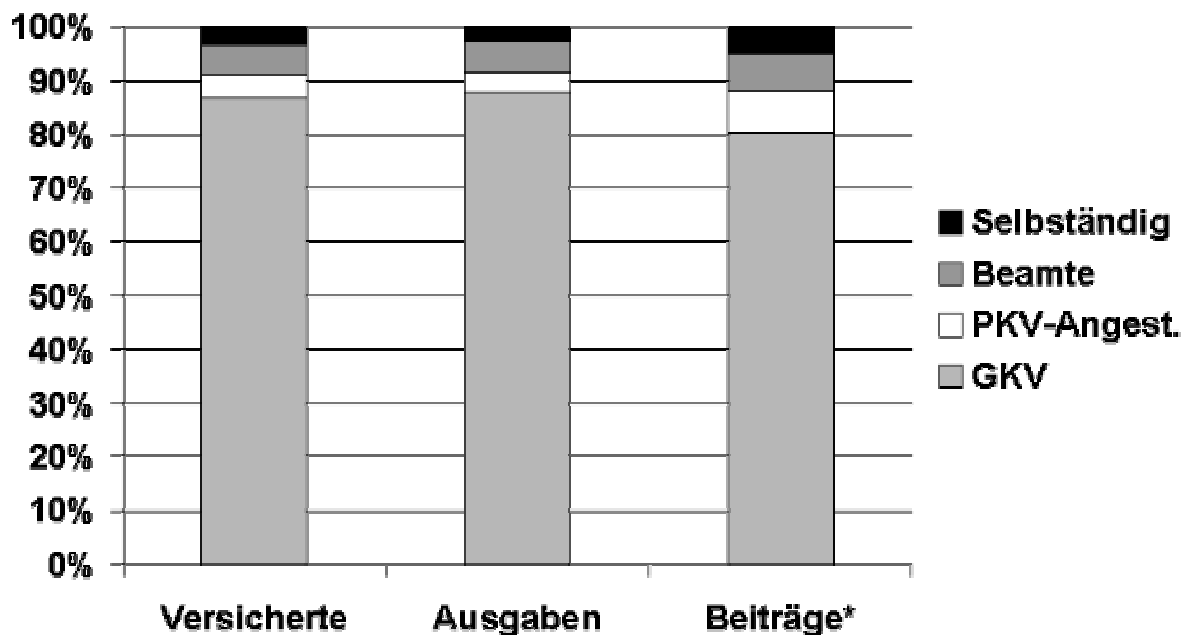
Noch Tabelle 6

	Ein-Säulen-Modell GKV: 13,6%	Ein-Säulen-Modell alle: 12,4%	Zwei-Säulen-Modell GKV: 13,4%	Zwei-Säulen-Modell alle: 12,3%	(KSM) Pauschale Abgeltungssteuer alle 7%: 12,6%
Facharbeiter , verheiratet, zwei Kinder, kein zusätzliches Einkommen, Median: 44800€	-107	-364	-149	-385	-321
Unternehmer , verheiratet, zwei Kinder, Gehalt 250000 Euro, 9000 Euro Zinseinkommen	+954	+587	+877	+558	+645
Doppelverdiener , keine Kinder, je 60000 Euro Bruttoeinkommen; zusammen 2000 Euro Einkommen aus Kapitalvermögen	-214	-728	-298	-770	-642

Anmerkung: Angegeben werden die **Entlastungen (-)** beziehungsweise **Belastungen (+)** in Euro pro Jahr in Bezug auf das Nettoeinkommen. Die Beitragsbemessungsgrenze liegt für die Berechnungen bei 3487,50€

Im übrigen können die Verteilungswirkungen auf die Anteile der Versicherten, der Beiträge und der Ausgaben in der Bürgerversicherung dargestellt werden. Dies ist Abbildung 13 zu entnehmen.

Abbildung 13: Anteile einzelner Bevölkerungsgruppen an Versicherten, Ausgaben und Beiträgen (ohne Kapitaleinkommen und sonstige Einkunftsarten) bei Einführung einer Bürgerversicherung (Bezugsjahr 2003).²²



4.3 Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt

Die Bürgerversicherung ermöglicht eine Reduzierung der Lohnnebenkosten in signifikanter Höhe für alle bisherigen GKV-Versicherten. Ebenso können viele bisher PKV-Versicherte entlastet werden, etwa durch die beitragsfreie Familienmitversicherung. Die Vorteile der Unternehmen aus der Bürgerversicherung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze für Löhne und Gehälter sorgt dafür, dass keine Mehrbelastung für diejenigen Arbeitnehmer eintritt, die in der GKV versichert sind. Vielmehr kommt dem Unternehmen unmittelbar der Beitragssatzsenkungseffekt zugute. Auch Versicherte der PKV werden nach dem Umstieg in den Tarif Bürgerversicherung zum überwiegenden Teil geringere Belastungen der Arbeitgeber aufweisen.
- Im öffentlichen Dienst könnte das personalintensiv betriebene System der Beihilfen entfallen. Insbesondere auch die zunehmende durchschnittliche Alterung der Beamtenschaft führt dazu, dass der öffentliche Sektor mit einer Bürgerversicherung Entlastungen verspürt. Der öffentliche Dienst hingegen erfährt insgesamt ebenso wie Unternehmen eine Entlastung durch die Beitragssatzabsenkungen.
- Die paritätische Finanzierung der Krankenkassenbeiträge wird auch im Rahmen der Bürgerversicherung beibehalten. Die Arbeitgeber werden auch in Zukunft für den Gesundheitszustand der Beschäftigten und die Gesamtkosten im Gesundheitswesen mitverantwortlich bleiben.
- Der soziale Frieden ist in Deutschland ein höheres Gut als in vielen anderen Ländern. Eine Aufkündigung durch eine Entlassung der Arbeitgeber aus der „Fürsorgepflicht“ könnte für erhebliche Auseinandersetzungen nicht nur in Tarifverhandlungen, sondern auch auf betrieblicher Ebene sorgen. Eine Erhöhung der Kopfpauscha-

²² Abbildung entwickelt von Pfaff, A. B., Langer B., Mamberer F. et al, INIFES, Augsburg.

len wäre für den Versicherten sehr viel stärker spürbar als eine Erhöhung der derzeitigen Versicherungsbeiträge.

- Die Bürgerversicherung entlastet vorwiegend Familien und untere Einkommenschichten. Diese geben einen prozentual höheren Anteil ihres Einkommens für Konsum aus als Bezieher hoher Einkommen (höhere Konsumquote). Daher setzt die Bürgerversicherung einen wichtigen Impuls für die Binnennachfrage, von der auch viele Unternehmen unmittelbar profitieren.

Zumindest in Teilbereichen haben Arbeitgeber Interesse daran, bei der Selbstverwaltung der Krankenkassen Einfluss ausüben zu können. Ungehemmt steigende Beiträge sind kaum im Interesse der Unternehmen, auch wenn ihre Lohnkosten davon nicht unmittelbar betroffen sind. Bei Kopfpauschalen scheint eine Vertretung der Arbeitgeber in der Selbstverwaltung der Krankenversicherung jedoch kaum noch begründbar. In den USA sind die Arbeitgeber über die Phase des Rückzugs aus der gesundheitlichen Versorgung ihrer Arbeitnehmer bereits hinaus. Dort wird aktiv Einfluss von Seiten der Unternehmen ausgeübt, da erkannt wurde, dass Leistung im Betrieb und Gesundheit nicht getrennt betrachtet werden können. So schafft die Leapfroggroup als Zusammenschluss von Arbeitgebern medizinische Qualitätsstandards, die weltweit führend sind und von amerikanischen Krankenhäusern und Ärzten eingehalten werden müssen, damit sie deren Beschäftigte behandeln dürfen.²³

4.3.1 Theoretische und empirische Überlegungen zur Auswirkung der Bürgerversicherung auf den Arbeitsmarkt

Kritiker der Bürgerversicherung konzentrieren sich insbesondere auf formaltheoretische Untersuchungen, da aus einer empirischen Sicht kaum Einwände zu finden sind. Beispielhaft soll hier auf eine formale Ableitung der Wirkungen der Bürgerversicherung auf den Arbeitsmarkt eingegangen werden.²⁴ Darin wurde untersucht, wie sich ein „rationaler Arbeitnehmer“ verhalten würde. Unterstellt wurden „Markträumung“ und eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5100 Euro. Diese Annahme würde die Belastung von Arbeitnehmern mit Einkommen zwischen der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze und der angehobenen Beitragsbemessungsgrenze erhöhen. Der Arbeitnehmer würde in diesem Formalansatz einer Bürgerversicherung weniger Arbeit „anbieten“. Diese Annahmen haben natürlich nichts mit der derzeitigen Situation des Arbeitsmarktes in Deutschland zu tun. Außerdem gelten die Ausführungen des SVR nur unter der Voraussetzung einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, welche zu einer relativen Mehrbelastung der Erwerbstätigen im Verhältnis zu Rentnern führen würde. Eine solche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wird aber nicht vorgeschlagen.

²³ <http://www.leapfroggroup.org/> (Abfrage August 2004)

²⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Staatsfinanzen konsolidieren - Steuersystem reformieren. Jahresgutachten 2003/2004: Ziffer 325/Kasten 8.

Generell ist in allen europäischen Ländern ein Trend zur Vereinheitlichung der Krankenversicherung mit der Beendigung von Sonderregelungen für Bevölkerungsgruppen zu beobachten. Bürgerversicherungen haben sich sowohl in Bezug auf die Akzeptanz des Solidarprinzips in Europa durchgesetzt als auch positiv auf die jeweilige Arbeitsmarktentwicklung gewirkt. Obwohl es keinen direkten Zusammenhang zwischen der Finanzierung des Gesundheitssystems und der Entwicklung des Arbeitsmarktes eines Landes gibt ist es dennoch auffällig, dass Länder mit Bürgerversicherungen oder Systemen, die Teile einer Bürgerversicherung aufweisen, im europäischen Vergleich niedrige Arbeitslosenquoten aufweisen.

Tabelle 6: Indikatoren zum Krankenversicherungssystem und zum Arbeitsmarkt für ausgewählte europäische Länder.

Land	Finanzierungsform der Krankenversicherung (Sonderstatus, einheitliche gesundheitliche Versorgung, Steuerfinanzierung)	Stufe „Bürgerversicherung“ von 1 bis 5*	Anteil Gesundheitsausgaben am BIP im Mittel 1993 bis 2002 in %	Arbeitslosigkeit im Mittel 1993 bis 2003 in %	Umbau der Krankenversicherung im Jahr ...	Signifikante Änderung der Arbeitslosigkeit?	Anmerkung
Sp. 1	2	3	4	5	6	7	8
Belgien	Arbeitnehmer und diesen Gleichgestellte (Rentner), Sondersysteme für Selbstständige	2	8,5	8,5			
Dänemark	Alle Einwohner durch umfassende Steuerfinanzierung	1	8,5	5,9			1993 Krankenhauswahlrecht für Patienten bei elektiven Eingriffen: Rückgang der Ausgaben von 8,8% bis auf 8,2% Anteil am BIP (1995,1997)
Deutschland	Strikte Trennung für einzelne gesellschaftliche Gruppen; abweichende medizinische Versorgung für Privatpatienten; geringer Steueranteil (Tabaksteuer)	4	10,6	8,1			Seit 1996 Gesundheitsausgaben bei 10,6 bis 10,9% des BIP
Finnland	Alle Einwohner durch staatliche Finanzierung	1	7,3	12,2			
Frankreich	Umfassende nationale Pflichtversicherung mit Freiheit bei der Wahl der Leistungsanbieter, allerdings Sondersysteme für Selbstständige	2	9,4	10,7			
Großbritannien	Alle Einwohner mit staatlicher Versicherung. Finanzierung durch Steuern.	1	7,1	7,8			
Italien	Steuerfinanziertes Versicherungssystem, allerdings bis zu einem Drittel der Bevölkerung in die privaten Versicherungen abgewandert	2	7,9	9,8	1997 Umstellung von Finanzierung durch Sozialversicherungsbeiträge auf Steuerfinanzierung	1997-2000 Rückgang der Arbeitslosigkeit von 11,8% bis auf 10,7%, dann weiter anhaltender Trend	
Niederlande	Pflichtversicherung für chronische Krankheiten und schwerste Erkrankungsfälle durch Steuerfinanzierung; über Beiträge (Arbeitgeber plus versicherungsspezifische Pauschale) finanzierte Versicherung in Kombination mit Privatversicherung für Bezieher oberhalb eines bestimmten Einkommens (ca. 35% der Bevölkerung) für akute Erkrankungen etc., jedoch gleiches Leistungspaket	3	8,4	4,7			

Noch Tabelle

Norwegen	Alle Einwohner durch umfassende Steuerfinanzierung	1	8,1	4,3			
Österreich	Beitragsfinanziertes System mit 22 Krankenkassen, denen man nach Region, Beruf zugewiesen wird; ca. 13% haben private Zusatzversicherung (Einzelzimmer, Chefarztbehandlung)	1*	7,8	5,4			Seit 1996 Rückgang der Gesundheitsausgaben am BIP von 8,3 auf 7,7%
Schweden	Alle Einwohner durch umfassende Steuerfinanzierung	1	8,5	6,3			
Schweiz	Finanzierung durch Gesundheitsprämien mit z. T. hohen Selbstbehalten	5	10,2	3,4	1996	1996-1999 bleibt Arbeitslosigkeit auf dem Niveau des Durchschnitts +/- eine Standardabweichung	Seit 1996 kontinuierlicher Anstieg der Ausgaben von 10,1 auf 11,2% des BIP
Spanien	Steueraufkommen insbesondere über das Einkommen zur Finanzierung, allerdings bis etwa 9% (Beamte) in privater Versicherung und ca. weiteres 1% (Selbstständige) nicht im staatlichen Versicherungssystem	2	7,5	14,5			

Anmerkung zu Sp. 3: 1 = vollständige Bürgerversicherung, 5 = keinerlei Anzeichen für Bürgerversicherung, 1* = nicht steuerfinanzierte Bürgerversicherung, wie für Deutschland vorgeschlagen.

4.4 Einbeziehung von Beamten: Auswirkungen auf die Länderhaushalte

In einer Beispielrechnung, die im Auftrag der Projektgruppe erstellt wurde (NRW Gesundheitsministerium unter Leitung von Birgit Fischer in Absprache mit NRW-Finanzministerium), wurde für das Bundesland Nordrhein-Westfalen abgeschätzt, welche Auswirkungen sich für die Landeshaushalte aus der Bürgerversicherung ergeben. Zu beachten ist dabei, dass Beamte und Versorgungsempfänger einige Besonderheiten aufweisen:

- **Freie Heilfürsorge:** Einigen Gruppen, insbesondere Polizisten, steht die freie Heilfürsorge zu. Zu den Gruppen gehören aus dem Bereich des Bundes auch die Soldaten und die Zivildienstleistenden. Diese volle Übernahme der Kosten beziehungsweise Beiträge soll erhalten bleiben, jedoch sollten auch diese Gruppen die freie Wahl zum Wechsel in den Tarif Bürgerversicherung haben.
- **Leistungskatalog:** Bei Beamten gibt es nach wie vor Zusatzleistungen, die von der Beihilfe erstattet werden, nicht jedoch im Leistungskatalog der GKV enthalten sind. Hier ist zu prüfen, ob es sich um medizinisch wirksame Leistungen handelt. Entweder werden diese auf alle Versicherten im Tarif Bürgerversicherung übertragen, oder jedoch Kandidaten für mögliche Zusatzversicherungen sein.
- **Krankengeldleistungen** in der herkömmlichen Form sind nicht auf Beamte übertragbar. Bei ihnen erfolgt keine Unterbrechung der Gehaltszahlungen. Jedoch weist das Krankengeld auch im heutigen GKV-System bereits eine Sonderstellung auf, da es beitragsbezogen anfällt, auf unterschiedliche Berechtigungen der Mitglieder trifft (in Abhängigkeit von Status und Arbeitgeber) und für einige Versicherte auch optional gewählt werden kann. Beamte stellen somit keine grundsätzlichen neuen Herausforderungen dar.
- **Eigenbeteiligungen** existieren sowohl im Bereich der Beamten, als auch in der heutigen GKV. Sie würden im Tarif Bürgerversicherung angepasst werden.

Diese derzeit geltenden beamten- und versorgungsrechtlichen Rahmenbedingungen werden unverändert den nachfolgend beschriebenen Berechnungsmodellen zugrundegelegt. Sie gehen von unterschiedlichen zeitlichen Parametern bei der Einbeziehung von Beamten und Versorgungsempfängern in die Bürgerversicherung aus. Während das erste Modell eine unmittelbare, auf einen Stichtag bezogene Einbeziehung des Personenkreises in die Bürgerversicherung analysiert, untersucht das zweite Modell die Auswirkungen einer schrittweisen, sukzessiven Einführung. Dieser Umsetzungsprozess spiegelt die wohl eher realistische Umsetzungsmöglichkeit wider, geht jedoch vom maximal möglichen Umsetzungszeitraum aus.

4.4.1 Unmittelbare Umstellung

Das Ergebnis der Berechnungen zeigt, dass die unmittelbare Einbeziehung aller aktiven Beamten und Versorgungsempfänger in die Bürgerversicherung die Haushalte der Länder bei einem dann voraussichtlich niedrigeren Beitragssatz entlasten würde. Grund dafür ist, dass die erheblichen Einsparungen bei den Beihilfeausgaben für die Versorgungsempfänger stärker wiegen als die dann neu zu zahlenden Arbeitgeberbeiträge in die Bürgerversicherung.

Die Entlastung wird umso größer, je niedriger der Beitragssatz ist, die Entlastung wird umso kleiner, je höher die Beitragsbemessungsgrenze auf Gehälter (1. Beitragssäule) festgelegt wird.

- Blicke der Beitragssatz auf heutigem Niveau, käme es in NRW zu leichten Mehrbelastungen zwischen 15 Mio. € bei heutiger Beitragsbemessungsgrenze und 70 Mio. € bei Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze gem. GRV (Gesetzliche Rentenversicherung; 1,6 % bzw. 7,5 % der bisherigen Beihilfekosten). **Bei einem Beitragssatz von 12 % käme es bereits zu erheblichen Einsparungen zwischen 100 Mio. € und 150 Mio. € bzw. 10% und 15 % der bisherigen Beihilfekosten.**
- Die Berechnungen gehen davon aus, dass es aus rechtlichen Gründen nicht möglich sein wird, die aktiven Beamten auch in eine **Krankengeldversicherung** einzubeziehen. Bei den aktiven Beamten ist daher ein um 0,7 Prozentpunkte reduzierter, bei den Versorgungsempfängern – analog der Situation der Rentner - der volle Beitragssatz angewandt worden.
- Die **Kosten der freien Heilfürsorge** werden berücksichtigt; es wird unterstellt, dass für die bisherigen Empfänger auch der Arbeitnehmeranteil an der Bürgerversicherung übernommen wird. **Nicht berücksichtigt werden hingegen die erheblichen Einsparungen bei der Beihilfebearbeitung, die in NRW bei über 20 Mio. € liegen würden.**

4.4.2 Schrittweise Umstellung

Die schrittweise Einführung einer Bürgerversicherung führt in den Haushalten der Länder nach vollständiger Einführung grundsätzlich zu den selben Entlastungen wie eine Stichtagslösung. Während einer längeren Übergangsphase werden jedoch zunächst steigende, dann wieder abnehmende Mehrbelastungen entstehen. Wenn nur die jeweils neu eingestellten Beamten in die Bürgerversicherung einbezogen werden, die vorhandenen Beamten jedoch im Beihilfesystem verbleiben, könnte die gesamte Übergangsphase eine Größenordnung von 50 Jahren erreichen.²⁵ Die jährlichen Mehrbelastungen der Länderhaushalte lägen in einer Größenordnung von 10 Prozent der bisherigen Beihilfeaufwendungen

Grund dafür ist, dass die zusätzliche Belastung des Landeshaushalts durch die Arbeitgeberbeiträge zur Bürgerversicherung von Beginn an wirkt und durch die altersabhängige Besoldungsdynamik in den ersten Jahren noch gesteigert wird. Auf der anderen Seite entstehen jedoch anfangs nur geringe Einsparungen bei den Beihilfeausgaben, weil die Beihilfeaufwendungen für junge Beamte wesentlich niedriger sind als die Aufwendungen z.B. für die Versorgungsempfänger.

Höhe und Dauer dieser Haushaltsbelastungen fallen umso geringer aus, je mehr vorhandene Beamte freiwillig in eine Bürgerversicherung wechseln. Das gilt auch, soweit ohnehin politisch angestrebt wird, neue Stellen vorzugsweise mit Angestellten zu besetzen.

- In der Modellrechnung für NRW erreichen die Mehrbelastungen nach rund 25 Jahren den Spitzenwert von rund 96 Mio. €. Die NRW-Modellrechnung geht davon aus, dass die Zahl der Neueinstellungen und ihre Besoldungsstruktur etwa auf dem heutigen Niveau konstant bleibt (jährlich 6.800 Beamte A 10/ A 12). Ob damit eine politisch, beispielsweise mit Blick auf den demographischen Wandel, ggf. angestrebte Verringerung der gesamten Beschäftigtenzahl erreicht wäre, ist offen.
- Die Berechnung der Arbeitgeberbeiträge berücksichtigt näherungsweise altersabhängige Besoldungszuwächse; Familienzuschläge, Beförderungen und Besoldungserhöhungen sind hingegen nicht erfasst. Gerechnet wurde mit einem Beitragssatz

²⁵ Zur Relevanz dieser Überlegungen siehe Kapitel „Wettbewerb zwischen Krankenkassen und die Zukunft der PKV“ ab Seite 50.

von 12 % abzüglich 0,7 Prozentpunkte für die Krankengeldversicherung (s.o.), die Beitragsbemessungsgrenze ist auf heutigem Niveau angenommen worden. Die freie Heilfürsorge wird hier **nicht** berücksichtigt, das gleiche gilt für die Einsparungen bei der Beihilfebearbeitung.

- Die Berechnung der Einsparungen bei der Beihilfe erfasst näherungsweise die altersabhängige Zunahme der Beihilfeaufwendungen, unterstellt jedoch ansonsten ein konstantes Kostenniveau.

4.4.3 Auswirkungen der Einführung der Bürgerversicherung (NRW)

Tabelle 7:

Landeshaushalt NRW		Beihilfe '03 Mio. €	AG-Beiträge ohne Krankengeld (in Mio. € und ggfs. Beihilfe '03)		
			BBG	wie	GKV
BS 14,3	Aktive	448,7	620,6	+	171,9
	Versorgungsempf.	463,9	264,9	-	199,0
	Freie Heilfürsorge	54,0	96,4	+	42,4
Gesamt		966,6	981,9	+	15,3
BS 12,0	Aktive	448,7	515,7	+	67,0
	Versorgungsempf.	463,9	222,3	-	241,6
	Freie Heilfürsorge	54,0	80,1	+	26,1
Gesamt		966,6	818,1	-	148,5

Anmerkung: BS: Beitragssatz
BBG: Beitragsbemessungsgrenze

4.4.4 Auswirkungen der Bürgerversicherung auf Beamte

Die Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf die Beamten der Länder lassen sich nur auf der Basis der Besoldungseinkommen abschätzen. Weitere Einkommen werden nicht gesondert erfasst. Die Berechnungen beschreiben für nachstehende Personengruppen folgende grundsätzlichen Auswirkungen:

Entlastungen sind zu erwarten vor allem für Paare mit und ohne Kinder, die über nur ein (Besoldungs-)einkommen verfügen, für Alleinerziehende sowie für Versorgungsempfänger mit nur einem Versorgungsanspruch. Ledige und Paare mit jeweils eigenem (Besoldungs-)einkommen, auch wenn sie Kinder haben, werden dagegen in den meisten Fällen belastet. Das gilt grundsätzlich auch für Versorgungsempfänger; bei Verwitweten sind jedoch auch hier Entlastungen möglich, weil der Versorgungsanspruch relativ niedrig, der PKV-Beitrag jedoch relativ hoch ist

Diese personenstandsbezogenen Merkmale gelten für alle Referenzbesoldungsgruppen, freilich mit der Auswirkung, dass die Belastung bei relativ niedrigen Bezügen/Versorgungsansprüchen ebenso relativ gering ausfällt, mit steigendem Einkommen entsprechend proportional steigt.

5 Für einen nachhaltigen Qualitätswettbewerb in der Krankenversicherung

Wettbewerb im Gesundheitswesen wird von vielen Bürgern mit Skepsis betrachtet. Dieses verbreitete Unbehagen rührt daher, dass Gesundheit als ein überragend wichtiges Gut angesehen wird, welches eine Unterwerfung unter ökonomische Sachzwänge nicht verträgt.

Diese Auffassung übersieht jedoch, dass auch das Gesundheitswesen nur über eine begrenzte Menge an Geld, Personal und Ausrüstung verfügen kann. Diese Mittel sollten so eingesetzt werden, dass sie ein optimales Ergebnis für die Patienten liefern. Nichts anderes hat die von uns intendierte Ausgestaltung des Wettbewerbs im Rahmen der Bürgerversicherung zum Ziel. **Die Bürgerversicherung gibt damit ein wettbewerbliches Leitbild für das Gesundheitswesen vor**, welches bisher nur schwache Konturen zeigen konnte.

Folgende Voraussetzungen gilt es dafür zu schaffen:

1. Die Beteiligten (Krankenhäuser, Ärzte, Krankenkassen, Verbände) finden eine Wettbewerbsordnung vor, die Qualität in den Vordergrund stellt und in der Qualität belohnt wird.
2. Die Wettbewerbsordnung ist für alle einheitlich und fair ausgestaltet.
3. Patienten sollen denjenigen Arzt aufsuchen können, der für Ihre Erkrankung die beste Therapie oder Diagnostik bereit stellen kann.

Alle drei Punkte sind in Deutschland derzeit nur unvollkommen umgesetzt. Die Bürgerversicherung erreicht jedoch bereits eine wesentliche Verbesserung, wie nachfolgend dargestellt wird. Andere Reformen, wie die von der Bundesregierung bereits verbindlich eingeleitete Umsetzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, sind dabei wichtige Bausteine zur Erreichung der Ziele der Bürgerversicherung.

5.1 Qualitätswettbewerb zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Leistungsanbietern

Die Bürgerversicherung wird den Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern stärken. Derzeit erfolgt die Zulassung eines Arztes zur Behandlung, indem ein Gremium der Ärzteschaft und Krankenkassen feststellt, dass in einer Region noch weitere Ärzte einer Fachrichtung benötigt werden. Es wird somit die Kapazität kontrolliert, nicht jedoch die Qualität. Ebenso verhält es sich bei der Planung von Krankenhäusern.

Krankenkassen als Interessenvertreter ihrer Versicherten können nicht bestimmen, welche Ärzte sie ihren Patienten bevorzugt empfehlen. Ebenso können sie keine Ärzte von der Leistungserbringung und –abrechnung ausschließen, selbst wenn sie massive Beschwerden von Versicherten erhalten. Des Weiteren können die Krankenkassen keinen Leistungsvergleich anstellen oder daran anschließend Empfehlungen aussprechen für Ärzte, die mit geringerem Einsatz von Arzneien oder Technik bessere Ergebnisse der Behandlung erzielen.

Die Bürgerversicherung ändert dies, indem sie den Krankenkassen ermöglicht, mit einzelnen Ärzten bevorzugt Behandlungsverträge abzuschließen. Diese Verträge können beispielsweise vorsehen, dass wissenschaftlich anerkannte Verfahren eingesetzt wer-

den²⁶, Zweitmeinungen verpflichtend vor schweren Eingriffen und Erkrankungen eingeholt werden oder der Patient vertrauensvoll durch die mannigfachen Behandlungsalternativen gelotst wird. Eine Festlegung auf einen Qualitätsmaßstab und ein Qualitätsziel ist wesentliches Element jedes Vertrages.

In der Umsetzung dieser Einzelverträge mit Krankenkassen braucht der einzelne Arzt nicht zu befürchten, dass ihn der Aufwand der Verhandlung mit jeder Krankenkasse überfordert. Ebenso brauchen die Patienten keine Sorge zu tragen, dass ihr angestammter Arzt plötzlich keine Behandlungserlaubnis mehr erhält und sie auf Druck ihrer Krankenkasse den langjährigen Hausarzt wechseln müssen. Vielmehr erfolgt die Steuerung über eine Beibehaltung einer Standardzulassung und einer darauf aufsetzenden Option als bevorzugter Arzt (preferred provider).

Bereits diese Auszeichnung der besten Ärzte wird dazu führen, dass eine Lenkung der Patienten stattfinden kann und die Ärzte insgesamt bestrebt sind, diesen Status zu erhalten. Die empirische Erfahrung hat zudem überraschenderweise gezeigt, dass mit der Einführung von Versorgungsverträgen (wie bei Hochspezialleistungen oder Disease-Management Programmen bereits möglich) erstmals Qualität explizit betrachtet wird. Zuvor wurde stillschweigend unterstellt, dass jeder Arzt und jedes Krankenhaus beste Qualität erbringt. Direkte Verträge zwischen Arzt und Bürgerversicherung führen nicht zu einem Qualitätsdumping, sondern zu Transparenz und Qualitätswettbewerb.

5.2 Wettbewerb zwischen Krankenkassen und die Zukunft der PKV

Auch zwischen Krankenkassen wird der Tarif Bürgerversicherung die Qualität in den Vordergrund stellen. Bisher hing die Versicherungswahl vom Einkommen, dem Beschäftigtenverhältnis und auch den subjektiven Vorlieben des Versicherten ab. Qualität spielte nur eine untergeordnete Rolle. Die verbesserten Zugangsmöglichkeiten zu Spezialisten für privat Abgesicherte hatten eine schlechte Allokation zur Folge, da sie in der Tendenz eher Gesunden zur Verfügung stand. Tatsächlich schwer Erkrankte hatten dagegen durch ihren Verbleib in der GKV Hürden beim Zugang zu Spezialisten zu bewältigen.

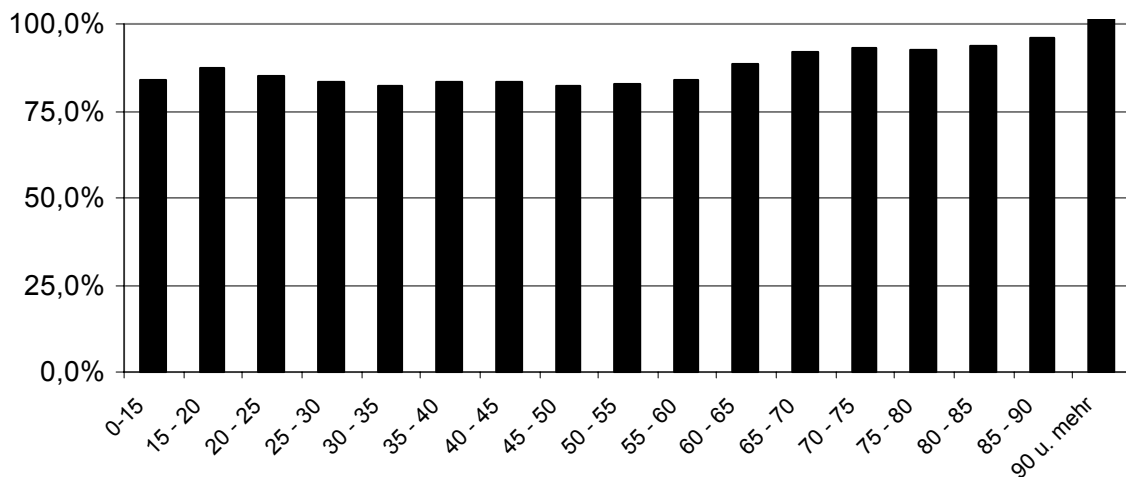
Eine Ausweitung des derzeitigen Prinzips der PKV auf alle Bürger wird dabei auch von der Mehrzahl der bisher wahlberechtigten Versicherten in Deutschland abgelehnt. Rund ein Drittel der Bürger in Deutschland könnten in die PKV wechseln, weniger als 10% haben es getan. Diese Differenz macht deutlich, dass zwei Drittel der Wechselberechtigten die PKV insgesamt als schlechter einschätzen als die GKV. In den letzten zehn Jahren sind Kosten der privaten Krankenversicherungen jedes Jahr stärker gestiegen als die der gesetzlichen Krankenkassen

Der Tarif Bürgerversicherung, angeboten von sowohl privaten als auch gesetzlichen Krankenkassen, erleichtert den Versicherten die Wahl und beseitigt Ungerechtigkeiten. Neben den über 280 bestehenden gesetzlichen Krankenkassen können sich die etwa 50 privaten Krankenversicherung an der Bürgerversicherung zu gleichen Konditionen beteiligen. Die Sorge, dass lediglich „schlechte Risiken“ in die Bürgerversicherung wechseln und die „guten Risiken“ in der PKV bleiben, ist jedoch unbegründet. Die Verteilung auf Altersklassen zeigt, dass es überwiegend „gute Risiken“ in der PKV gibt (Abbildung 14). Ab dem Schwerpunkt des Wechsels in die PKV im Alter von rund 30 Jahren zeigt sich, dass je jünger die Versicherten sind, desto höher ist der Anteil der PKV-

²⁶ Derzeit muss davon ausgegangen werden, dass ca. 50% aller Leistungen des Leistungskatalogs in ihrer Wirksamkeit nicht wissenschaftlich gesichert sind.

Versicherten. In den teuren Altersgruppen der über 85-jährigen sind bereits fast alle Versicherten in der GKV.

Abbildung 14: Anteil der GKV-Versicherten an der Bevölkerung nach dem Alter, Jahr 2002; Quelle: INIFES.



5.2.1 Altersrückstellungen

Besondere Beachtung finden die Altersrückstellungen in der derzeitigen PKV. Die Portabilität der Rückstellungen, das heißt die Übertragung auf eine andere Krankenkassen bei Wechsel, wird oftmals gefordert und mittlerweile auch von der PKV geplant.²⁷ Diese Portabilität sollte daher bei einem Wechsel innerhalb der PKV ohne Übergang in den Bürgerversicherungs-Tarif ebenfalls umgesetzt (Tabelle 8).

Bei einem Wechsel in den Bürgerversicherungs-Tarif bei einer PKV-Kasse haben die Altersrückstellungen ihren ursprünglichen Tarifbestandteil jedoch verloren. Daher scheint es sinnvoll zu prüfen, ob die Rückstellungen in einen eigenen Tarif der PKV umgewandelt werden können. Dieser Beitragssenkungstarif hilft dem Versicherten, seine Beiträge auch im Alter noch zu finanzieren.

Allerdings stellt ein solcher Tarif derzeit einen Fremdkörper im GKV-System dar. Bei einem Wechsel in einen Bürgerversicherungs-Tarif in der GKV würden die Rückstellungen nicht portabel sein. Dies entspricht der derzeitigen Rechtslage.

Insgesamt stellt dieser Vorschlag eines Beitragssenkungstarifs eine Subvention der PKV dar, die darauf hoffen können, dass die Besitzer von Altverträgen eher in die Bürgerversicherungs-Tarife der PKV wechseln, da sie dort den Beitragssenkungstarif abschließen können.

²⁷ http://www.pkv.de/downloads/PP_06_04.pdf (Seite 62)

Tabelle 8: Wechsel der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Altersrückstellungen.

Von Tarif	In Tarif	Verfahren
• GKV	• Bürgerversicherung	Derzeitiges Verfahren. Gewählt werden kann jede Krankenkasse.
• GKV	• PKV-alt	Nicht mehr möglich, Wechsel erfolgt in Bürgerversicherungstarife der GKV oder PKV.
• PKV-alt	• Bürgerversicherung bei jetziger GKV-Krankenkasse	Möglich. Gewählt werden kann jede Krankenkasse. Die Kapitalansparung kann nicht mitgenommen werden.
• PKV-alt	• Bürgerversicherung bei jetziger PKV-Krankenkasse	Möglich. Gewählt werden kann jede Krankenkasse. Die Kapitalansparung kann wenn möglich als Beitragssenkungstarif übernommen werden.
• PKV-alt	• PKV-alt	Möglich. Die Altersrückstellungen werden zukünftig portabel und auf die neue Krankenkasse übertragen.

5.3 Demographie und Nachhaltigkeit

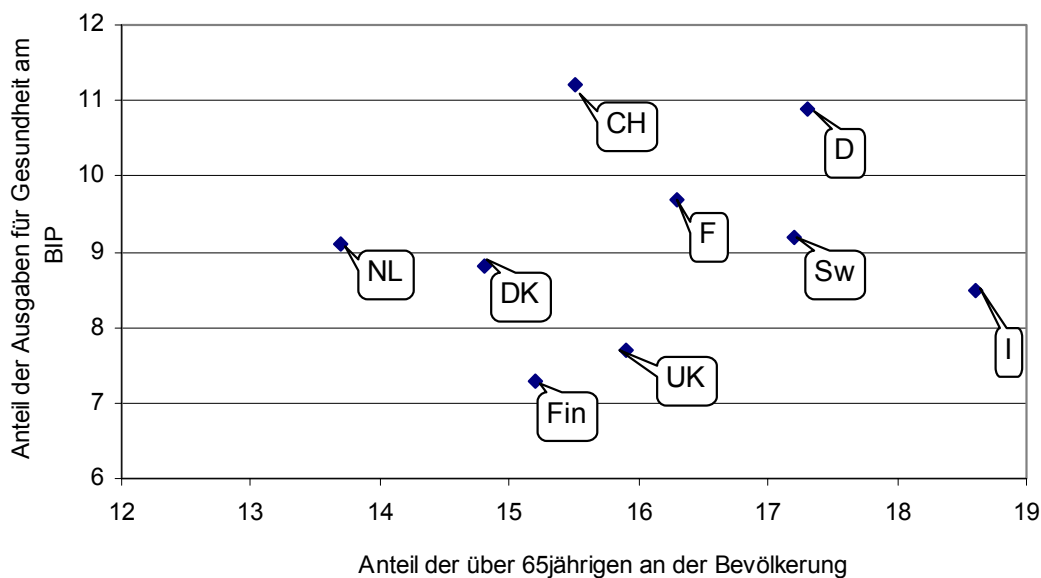
Im Zeitablauf steigende Ausgaben der Krankenversicherung machen es erforderlich, dass die Einnahmen im gleichen Umfang mitwachsen. Im Modell einheitlicher Kopfpauschalen ist dies nur über eine Anhebung der Pauschalen – und eine entsprechende Anpassung des Sozialausgleichs - möglich. In der Bürgerversicherung sind Beitragssatzanhebungen in dem Umfang erforderlich, wie der Zuwachs an Ausgaben den Anstieg der Beitragsbemessungsgrundlage übersteigt. Da insbesondere der Bürgerversicherung vorgeworfen wird, sie könne eine Begrenzung der Ausgabensteigerung nicht leisten, wird dieses Argument auf seine Stichhaltigkeit geprüft. Dabei werden insbesondere folgende Fragen beantwortet:

1. Kann die Bürgerversicherung auf Grund ihrer solidarischen und leistungsgerechten Ausgestaltung trotz einer – wie zu erwarten wäre – weiterhin deutlich schrumpfenden Einnahmehasis einen bezahlbaren Beitragssatz halten?
2. Berücksichtigt die Bürgerversicherung die zukünftige Ausgabenentwicklung angesichts der technologischen Entwicklung?
3. Berücksichtigt die Bürgerversicherung die zukünftige Ausgabenentwicklung angesichts der demographischen Entwicklung?

5.3.1 Das Grundgesetz der demographischen Entwicklung: Altern gleich teureres Gesundheitssystem?

Allgemein wird es als unhinterfragbares und unbestrittenes Faktum angesehen, dass die demographische Entwicklung ein Gesundheitssystem verteuere. Dass dem nicht so sein muss, lässt sich an Hand der folgenden Abbildung demonstrieren. Dem prozentualen Anteil der über 65jährigen in der Bevölkerung wird der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt gegenübergestellt.

Abbildung 15: Zusammenhang zwischen Bevölkerungsstruktur und Gesundheitsausgaben in ausgewählten europäischen Ländern (Quelle: OECD).



Es zeigt sich keine eindeutige Korrelation zwischen dem Anteil der über 65jährigen und dem Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in europäischen Ländern, die von der Struktur her Deutschland wirtschaftlich vergleichbar sind. Insbesondere zeigt das Beispiel Schwedens (17,2% Anteil der über 65jährigen an der Bevölkerung) bei nahezu gleichem Anteil an über 65jährigen wie Deutschland (17,3%), dass die Gesundheitsausgaben mit einem Anteil von 9,2% am Bruttoinlandsprodukt um 1,7 Prozentpunkte niedriger als in Deutschland (10,9%) liegen. Schweden unterhält damit ein um etwa 16% weniger teures Gesundheitssystem als Deutschland. Italien zeigt bei einem sogar deutlich höheren Anteil des Bevölkerungssegmentes der über 65jährigen (18,6%) einen noch geringeren Ausgabenanteil am BIP, nämlich 8,8%. Auch wenn damit noch nichts über die Vergleichbarkeit der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme gesagt wird, denn es könnte ja möglich sein, dass nur Deutschland seinen „Alten“ eine entsprechend gute Versorgung angedeihen lässt, so zeigen doch weitere Untersuchungen, dass dem nicht so ist. Sowohl die zwar umstrittene WHO-Untersuchung als auch andere Studien, wie z. B. die große Untersuchung zur Versorgung der Bevölkerung bei Bluthochdruck, zeigen, dass Deutschland gemessen an seinen Ausgaben hinter den Leistungen vergleichbarer Gesundheitssysteme zurückbleibt.²⁸ Damit muss das Gesetz „Höherer Altenanteil gleich teureres Gesundheitssystem“ hinsichtlich seiner Allgemeingültigkeit kritisch betrachtet werden.

5.3.2 Entwicklung der Einnahmen auf Grund der demographischen Entwicklung

Wie schon beschrieben, wird der Anteil der Erwerbstätigen gegenüber dem Anteil der Rentner an der Gesamtbevölkerung zurückgehen. Rentner verfügen durchschnittlich über ein geringeres beitragspflichtiges Einkommen als Erwerbstätige, so dass die Finanzierungsbasis der GKV damit noch weiter geschwächt wird.

Da die Bürgerversicherung die Finanzierung auf eine breitere Basis stellt, greift sie dort ein, wo das eigentliche Problem besteht. Die Leistungsfähigkeit der Rentner wird neu bemessen, indem auch sonstige Einkünfte neben den Renten herangezogen werden. Die Ansparung von Kapital in der Rentenversicherung ist zudem langfristig ein geeig-

²⁸ Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR et al (2003) Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. JAMA 289: 2363-69.

neter Weg, um auch die Einnahmen der Krankenversicherung zu stabilisieren. Die Rentenversicherung hat ihr Ziel in einer finanziellen Absicherung im Alter. Kennzeichen ist somit eine genau festgelegte Ansparzeit, an welche sich konstante Auszahlungen anschließen. Die Möglichkeit der Kalkulation für den Bürger ist sehr viel besser als in der Krankenversicherung, wo die „Auszahlungsereignisse“ unregelmäßig und der Höhe nach kaum abschätzbar erfolgen. Individualisierte Rückstellungen auf einer unsicheren Grundlage sind schwerer durchführbar, wie die PKV im Rahmen der Diskussion um die Überführung der Rückstellungen bei Kassenwechsel selbst einräumt.

6 Gibt es Alternativen zur Bürgerversicherung?

Von Parteien und Instituten wurden andere Vorschläge zur Neuordnung der Einnahmenseite der GKV vorgeschlagen. Aus unserer Sicht haben diese gravierende Nachteile gegenüber der Bürgerversicherung, die sie letztendlich ungeeignet zur Modernisierung des deutschen Gesundheitssystems machen.

6.1 Ausweitung des Risikostrukturausgleich auf private Krankenkassen

Ein eher technisch orientierter Vorschlag beschränkt sich darauf, die PKV in den Risikostrukturausgleich der GKV einzubeziehen. Ansonsten sollen die Systeme unverändert bleiben. Der Vorschlag hat insgesamt geringe Reichweite, ist aus theoretischer Sicht wenig überzeugend und weist in der praktischen Umsetzung hohe Hürden auf.

- **Geringer Wettbewerb:** Die Trennung zwischen PKV und GKV bleibt erhalten. Weiterhin werden GKV-Versicherte nach Einkommen und Beschäftigungsstatus versichert, während Versicherte der PKV in ein völlig abweichendes System ausweichen können. Ein Wettbewerb zwischen Krankenkassen der GKV und PKV bleibt aus.
- **Fortführung der Zwei-Klassen-Medizin:** Die Leistungsseite mit erweitertem Zugang der privat Versicherten zu Ärzten bleibt bestehen. Da dort sich jedoch die tendenziell weniger schwer Erkrankten versichern, sind die Fehlallokationen weiterhin offensichtlich.
- **Kein Wahlrecht:** Innerhalb der PKV existiert weiterhin keinerlei praktische Möglichkeit zum Wechsel der Krankenkasse. Beamte haben durch die Fortführung der Beihilferegelungen keine Möglichkeit, sich nicht privat zu versichern.
- **Hohe Bürokratie:** Der Risikostrukturausgleich benötigt neben Kostendaten auch Beitragsdaten der Versicherten, insbesondere die Höhe der beitragspflichtigen Einkünfte. Diese sind der PKV jedoch nicht bekannt. Somit müsste die PKV eine Umfrage bei ihren Versicherten starten. Der Ehrgeiz, realistische Angaben zu bekommen, dürfte jedoch gering sein. Auch auf der Ausgabenseite sind eklatante Unterschiede in der Breite und Höhe der Ausgaben vorhanden, die im Risikostrukturausgleich bereinigt werden müssten.

Insgesamt mangelt es dem Vorschlag an theoretischer und praktischer Phantasie, um die wichtigsten Probleme der Krankenversicherung zu lösen. Statt einer Lösung wird durch eine Art Ablasshandel eine Überdeckung der Probleme vollzogen. Mithin hat sich auch keine große Gruppierung gefunden, die den Vorschlag unterstützt.

6.2 Kopfpauschalen beziehungsweise Gesundheitsprämien

Kopfpauschalen (Gesundheitsprämien) wurden ebenfalls von der „Rürup“-Kommission in die Diskussion gebracht. Sie sehen vor, dass einkommensunabhängige pro Krankenkasse identische Beiträge von jedem Erwachsenen entrichtet werden. Eine neuere Variante der Kopfpauschalen sieht vor, dass die Prämie mit 169 Euro startet und dass kein Haushalt mit mehr als 12,5% des neu ausgezahlten Bruttoeinkommens belastet wird. Das heißt ab einem Monatseinkommen von 1352 € pro Person werden staatliche Transfers erforderlich. Der Solidarausgleich soll auf verschiedene Arten erreicht werden. Zum einen über eine Erhöhung des Solidaritätszuschlages von 5,5% auf 17,4% oder aber über

eine generelle Erhöhung der Mehrwertsteuer um rund 2,5 Prozentpunkte. Eine dritte Option beteiligt am Ausgleich nur die GKV-Versicherten. Jeder muss 3% des Bruttoabkommens bis zu einer angehobenen Beitragsbemessungsgrenze von 4105 € abführen. Beamte, Selbstständige und Besserverdienende in der PKV sind davon ausgenommen. Eine Prämienhöhung würde auch zu einer Erhöhung des Solidarausgleichs auf über 3% führen (beziehungsweise einer neuerlichen Anhebung der Mehrwertsteuer/ Solidarzuschlags).

Von der Kopfpauschale profitieren insbesondere Singles mit hohem Einkommen (oder Ehepaare ohne Kinder mit zwei Einkommen). Verlierer sind Familien mit geringem Einkommen und Rentner.

6.2.1 Verteilungswirkungen von Kopfpauschalen

Bereits diese Umsetzungsprobleme lassen eine Befürwortung der Kopfpauschalen kaum zu. Darüber hinaus wird der von Kopfpauschalen ins Steuersystem verlagerte soziale Ausgleich zu starken Belastungen des Staatshaushaltes führen.

- Bei einer Prämienhöhe von 170 Euro wären 13,5 Mio. Haushalte in Deutschland auf Steuerzuschüsse angewiesen, wenn 13% als Obergrenze der Belastung gelten würde. In diesen Haushalten leben 28 Mio. Menschen.
- 2,3 Mio. Haushalte mit einem oder mehr Kindern wären auf staatliche Hilfen angewiesen.
- 11,2 Mio. Rentner (Personen) könnten die Beiträge nicht aus eigener Kraft bestreiten, wollten sie die Grenze von 13% des Einkommens nicht überschreiten.
- Nach derzeitiger Abgrenzung wären zudem 2,9 Mio. Arbeitslose auf zusätzliche Unterstützung zur Bezahlung ihrer Versicherungsprämien angewiesen.
- 62% der Personen ab 65 Jahren würden über 13% ihres Monatseinkommens für die Kopfpauschalen aufbringen und hätten daher Anspruch auf Zuschuss aus Steuergeldern. Sie müssten dazu allerdings sämtliche Einkünfte offen legen.
- 27% der Kinder unter 12 Jahren in Deutschland würden in Haushalten leben, die zur Aufbringung der Prämie von 170 Euro (Erwachsene pro Monat) staatliche Unterstützung benötigen würden. Und dies ungeachtet der Tatsache, dass Kinder beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Angesichts des erforderlichen Steueraufkommens wird die Diskussion um Rationierungen und Verteilungswirkungen in der Gesellschaft nicht abnehmen, sondern zunehmen. Steuerliche Subventionen für Rentnerhaushalte müssten konkurrieren gegenüber Unterstützungen an Kindergärten, Forschungseinrichtungen oder Autobahnbau. Aus unserer Sicht kann das Gesundheitssystem mit Kopfpauschalen daher nicht gewinnen, sondern nur verlieren.

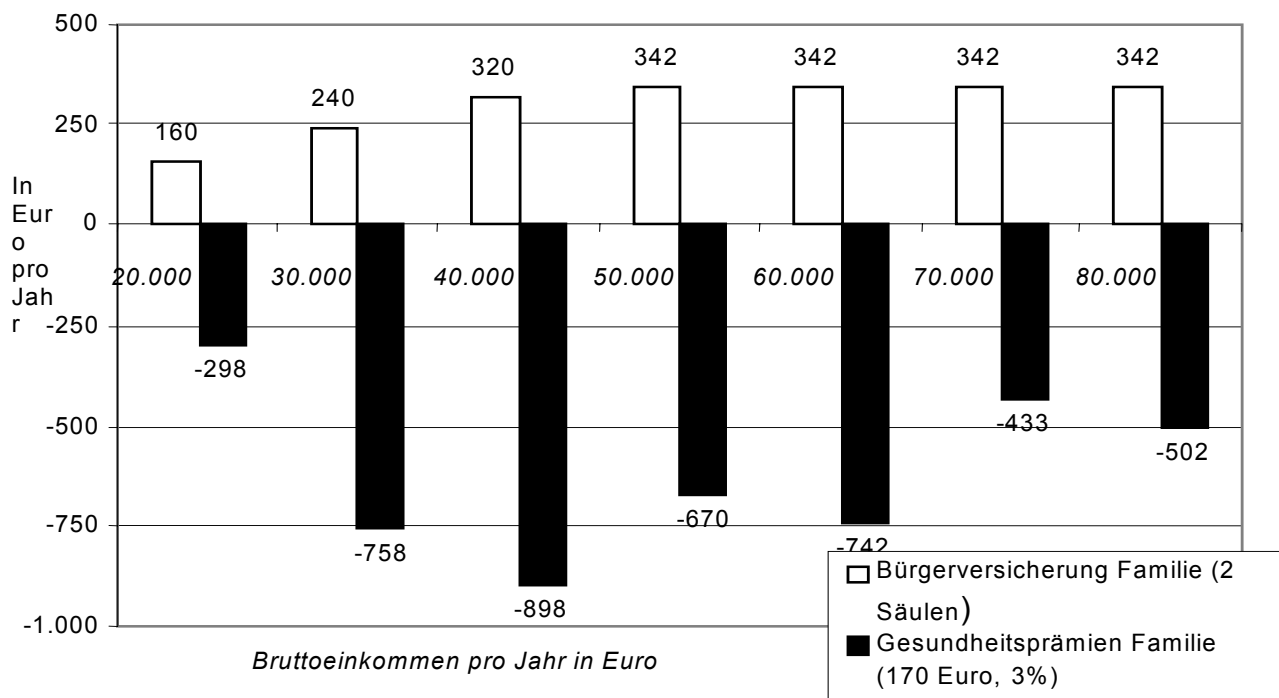
Die Verteilungswirkungen können auch anhand der Auswirkungen auf das Nettoeinkommen von Familie und Alleinlebenden (Singles) verdeutlicht werden. **Die Abbildungen zeigen, dass sich die Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung und der Kopfpauschalen fast spiegelbildlich entsprechen: Während Familien bei der Bürgerversicherung entlastet werden, sehen sie sich bei Kopfpauschalen auch bei berücksichtigtem staatlichen Zuschuss einer Belastung gegenüber.**

Umgekehrt verhält es sich bei Singles: Mit ansteigendem Einkommen weisen Kopfpauschalen Singles Gewinne von über 1.000 Euro pro Jahr aus. Geringverdiener mit 20.000 Euro Bruttoeinkommen gehören hingegen zu den Verlierern und müssen trotz staatlicher Unterstützung mit über 400 Euro weniger auskommen. Die Bürgerversicherung hingegen gibt Beziehern von Bruttoeinkommen um die 40.000 Euro die höchsten Zugewinne, die mit steigendem Einkommen wieder abnehmen.

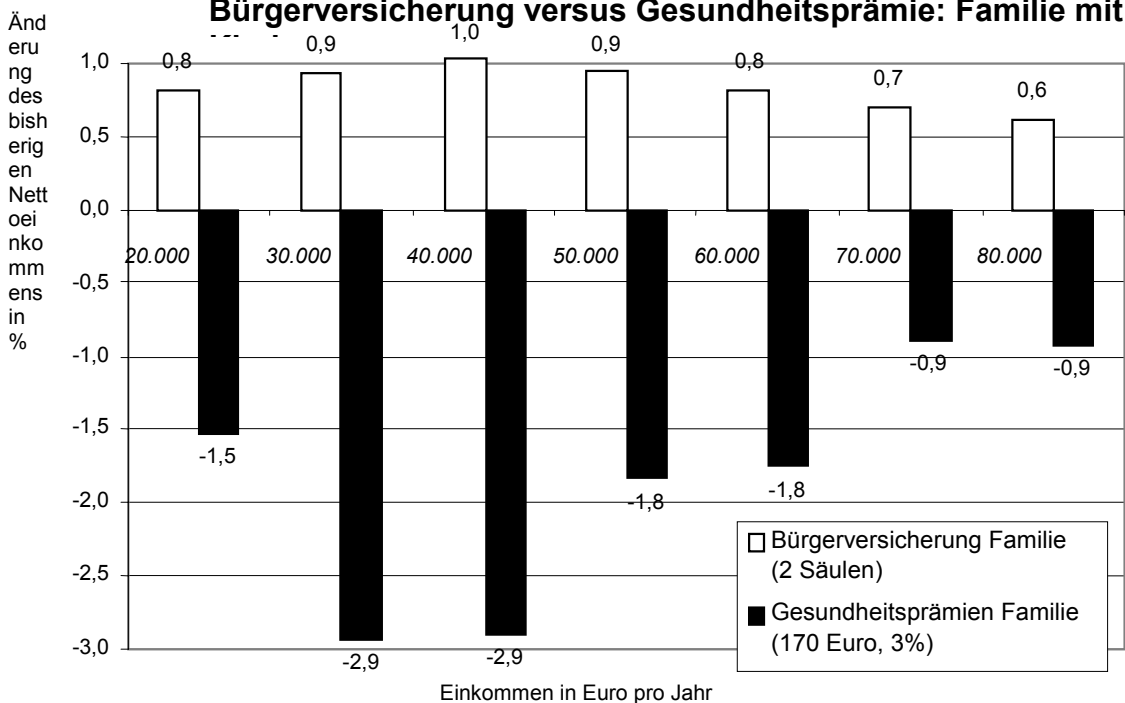
Insgesamt sind die Wirkungen der Bürgerversicherung sozial ausgewogen und orientieren sich an den Bedürfnissen der Menschen. Familien werden geschützt und sogar gefördert. Dies können Kopfpauschalen in keiner der diskutierten Varianten leisten.

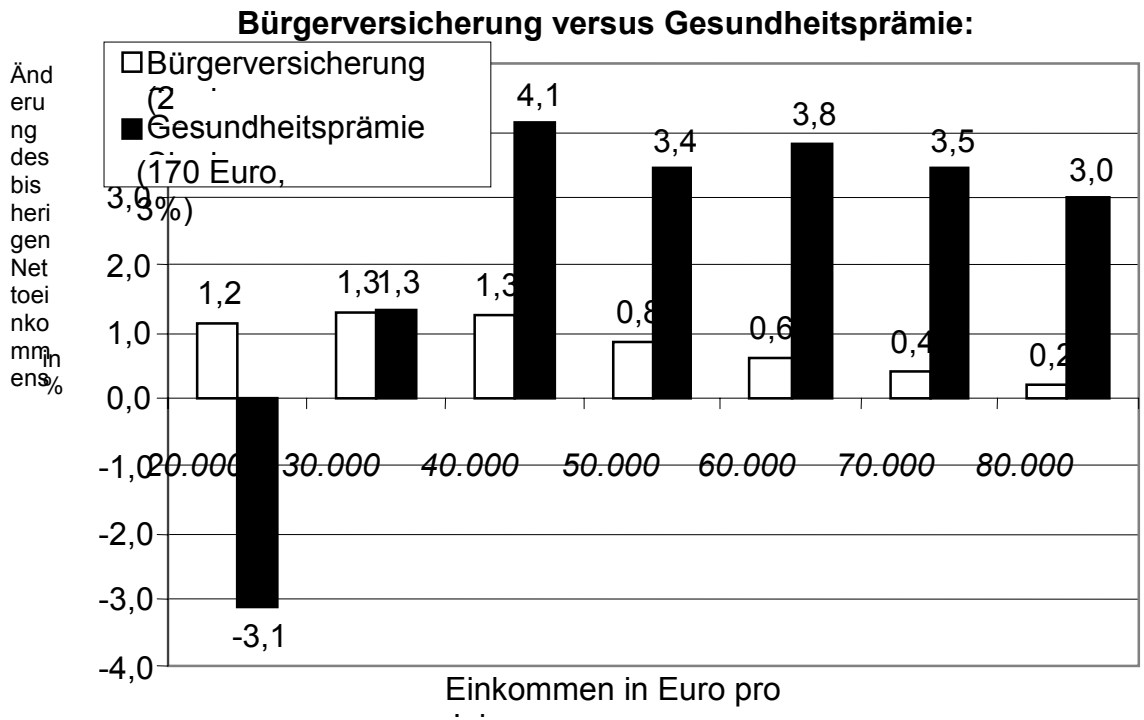
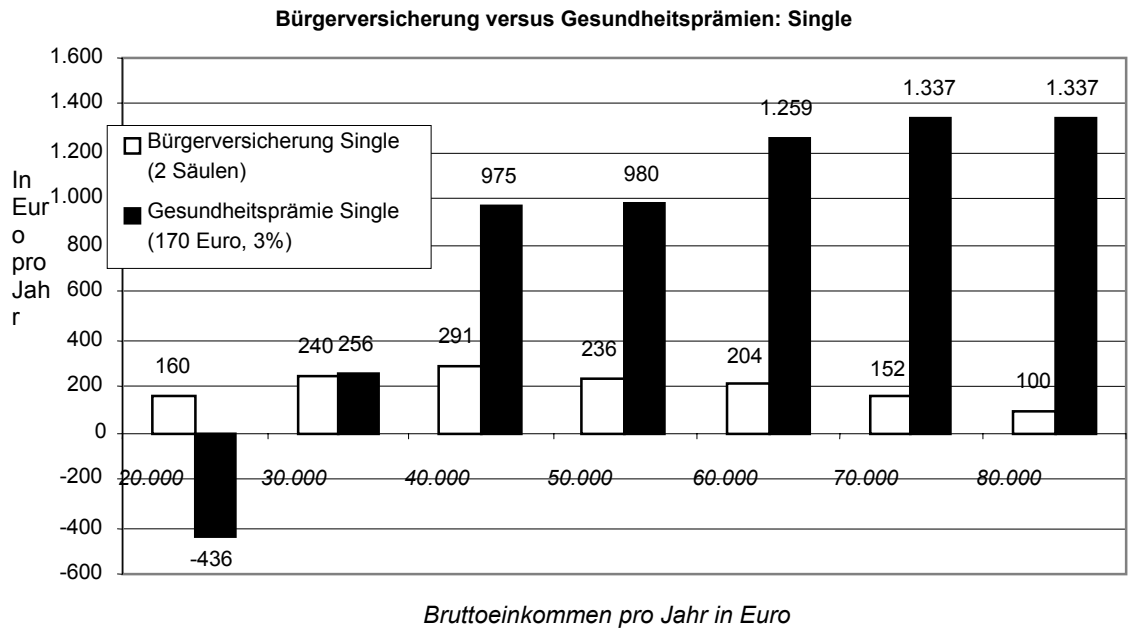
Abbildungen: Auswirkungen von Kopfpauschalen und der Bürgerversicherung (Zwei-Säulen-Modell) auf das Nettoeinkommen von Familien und Singles. (jeweils in Euro pro Jahr und in % des Nettoeinkommens)

Bürgerversicherung versus Gesundheitsprämien: Familie



Bürgerversicherung versus Gesundheitsprämie: Familie mit 2





7 Rechtliche Fragen

Im folgenden dokumentieren wir einen Auszug aus dem Gutachten „Rechtsfragen einer solidarischen Bürgerversicherung“²⁹ von Dr. Bernd Schulte, dass dieser für die Friedrich-Ebert-Stiftung erstellt. Der Auszug umfasst die Fragestellung, inwiefern die Bürgerversicherung sowohl auf dem Boden der nationalen Verfassung als auch auf dem Boden des europäischen Wettbewerbs- und Sozialrecht steht. Dazu werden die folgenden Fragen en detail angesprochen:

Auf der Ebene des nationalen Verfassungsrechts geht es um folgende Fragen:

- Wird auf Grund der Einführung der Bürgerversicherung ein höher stehendes Recht der Privaten Krankenversicherungswirtschaft auf Bestandserhaltung umgangen.
- Muss beamtenrechtlich eine Sonderstellung über die Beihilfe garantiert werden?
- Inwiefern sollen Selbstständige von der Fürsorgepflicht ausgenommen bleiben?

Auf europarechtlicher Ebene werden folgende Probleme zu lösen sein:

- Wo sind Widersprüche zwischen Europäischem Gemeinschaftsrecht und nationalem Sozialrecht zu erkennen?
- Hat das europäische Wettbewerbsrecht Konsequenzen für eine konkrete Ausgestaltung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und deren Status als Nichtwirtschaftsunternehmen?

7.1 Nationales Verfassungsrecht

Im rechtlichen Sinne sind die Träger der Sozialversicherung eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts, die unter Beteiligung der Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften dem Prinzip der Selbstverwaltung unterliegen.

In der Argumentation, wie sich eine die gesamte Bevölkerung umfassende Bürgerversicherung ins bestehende System integrieren könnte, wird die Pflegeversicherung als Zeuge einer Volksversicherung herangezogen, die als Vorbild für die Einführung einer Bürgerversicherung dienen kann. Alle Bürger, sowohl die gesetzlich als auch die privat Versicherten, sind Pflichtmitglieder. Auf Basis der Kompetenz zur Regelung der Sozialversicherung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG hatte die Bundesregierung die rechtliche Möglichkeit, diesen Zweig der Sozialversicherung neu zu schaffen.

Im weiteren geht das Gutachten auf die Ausgestaltung der privaten Pflegepflichtversicherung ein, in die die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung jeweils alle ihre Mitglieder aufnehmen müssen. In diesem Zusammenhang ist es höchstrichterliche Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichtes, dass der den privaten Versicherungsunternehmen im Bereich der Pflegeversicherung auferlegte Kontrahierungszwang nach § 110 Abs. 1 Nr. 1 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI nicht dem Begriff des privatrechtlichen Versicherungswesen im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG widerspricht; denn auch das Privatrecht kennt Kontrahierungszwänge. „Auch mit den Besonderheiten bei der Prämiengestaltung und Finanzierung in der privaten Pflegeversicherung hat der Bundesgesetzgeber nicht seine Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG überschritten.“³⁰

Hier greifen insbesondere übergeordnete grundgesetzliche Überlegungen. So ist die Fürsorge für Menschen, die zu gewöhnlichen Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Grund von Krankheit und Behinderung nicht in der Lage sind, eine von der

²⁹ Schulte B (2004) Rechtsfragen einer solidarischen Bürgerversicherung. München.

³⁰ BVerfGE 103, 197ff., 219.

Verfassung vorgesehenen Aufgaben der staatlichen Gemeinschaft, Art. 20 Abs. 1, Art. 28, Abs. 1 Satz 1 GG. „ Dem Staat ist die Wahrung der Würde des Menschen in Fällen der Hilfsbedürftigkeit anvertraut (Art. 1 Abs. 1 GG).“

Des Weiteren ist auch die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze nach § 6 SGB V durch das Beitragssicherungsgesetz (BSichG) mit Wirkung vom 1. Januar 2003 um rund 14% nicht als Verletzung der Grundrechte privater Versicherungsunternehmen aus Art. 12 und 14 GG angesehen worden, da diese nur mittelbar betroffen seien. Zudem könnten die Bürger weiterhin private ergänzende Krankenversicherungen abschließen. Schließlich wurde die Erhöhung mit Gründen des Gemeinwohls gerechtfertigt, u. a. die Funktionsfähigkeit, Finanzierbarkeit und finanzielle Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung.³¹ In diesem Zusammenhang wird nochmals darauf hingewiesen, dass die Gewährleistung der finanziellen Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung ein legitimes Staatsinteresse darstellt und somit die Beitragspflichten – und auch sonstige Abgabepflichten – zur Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit eingeführt und ausgestaltet werden dürfen. Gutachterlich wird darauf verwiesen, dass sich auf dem Hintergrund von Globalisierung die Differenzierung in Angestellte und Selbstständige im Hinblick auf die soziale Schutzbedürftigkeit verändert hat. Insbesondere wird durch eine Studie bestätigt, dass die Alterssicherung der betroffenen Selbstständigen Defizite aufweist.³²

Fazit: Insgesamt gesteht das Bundesverfassungsgericht in seiner bisherigen Rechtsprechung zu, neben dem Einbezug der schutzbedürftigen Personen in die Sozialversicherung vor allem auch deren Leistungsfähigkeit zu sichern und von daher die Zusammensetzung des erfassten Personenkreises auszugestalten. Dies hat Vorrang vor einer irgendwie gearteten Schutzbedürftigkeit einzelwirtschaftlicher Unternehmungen wie der Privaten Assekuranz.

7.2 Europarecht

Da das europäische Gemeinschaftsrecht als supranationales Recht grundsätzlich Anwendungsvorrang vor jedem nationalen Recht einschließlich des Verfassungsrechts der Mitgliedsstaaten genießt – Ausnahmen werden hier nicht diskutiert – ist dies ebenfalls bei der Einrichtung einer Bürgerversicherung zu bedenken. Allerdings sind grundsätzlich alle Mitgliedstaaten dazu befähigt, „ihre Systeme der sozialen Sicherheit nach eigenen Vorstellungen auf- und auszubauen sowie aus- und umzugestalten.“³³ Konkret heißt das, dass das europäische koordinierende Sozialrecht nicht gegen eine Bürgerversicherung spricht. Die Beachtung des europäischen Rechts ist nur insofern geboten, als beispielsweise dem Verbot der Diskriminierung auf der Basis von Staatsangehörigkeit Genüge getan sein muss.

Im weiteren ist darzustellen, dass sich die europäische Rechtsprechung im Bereich der sozialen Sicherung einen Versicherungs- und einen Leistungserbringungsbereich unterscheidet. Für ersteren verneint der Gerichtshof die Unternehmenseigenschaft, wenn ein Versicherer einem sozialen Zweck dient und nach dem Solidarprinzip arbeitet. Für den Leistungserbringungsbereich wird nochmals differenziert, ob es sich um Nach-

³¹ BVerfG, Beschlüsse vom 4.2.2004 - Az.: 1 BVerf 1103/03, vom 18.2.2004 - Az.: BVerf 2153/03. Brust J (2004) Versicherungspflichtgrenze. Kein Verstoß gegen die Verfassung. In: Gesundheit und Gesellschaft 42ff.

³² Fachinger K, Oelschläger A, Schmähl A (2004) Alterssicherung von Selbstständigen. Bestandsaufnahme und Reformoptionen, Münster.

³³ Bestätigt durch EuGH, Rs. 282/82 (Duphar), Slg. 1984, 523; Rs. C-120/95 (Decker), Slg. 1998, I-1871; Rs. C-158/96 (Kohll), Slg. 1998, I-1935.

frager oder Anbieter sozialer Leistungen handelt oder ob sie hoheitlich an der Regulierungstätigkeit beteiligt werden, denn dann kommt das Wettbewerbsrecht nicht zur Anwendung. „So hat der Gerichtshof die Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel nach § 35 SGB V für zulässig erklärt.“³⁴ Wenn ein Versicherungssystem also mit einer Zwangsversicherung arbeitet, im Umlageverfahren finanziert wird und einen wesentlichen sozialen Ausgleich zwischen den Versichertengruppen leistet, dann hat es keine Unternehmenseigenschaft.³⁵ Dies würde für die Bürgerversicherung gelten, könnte aber kaum von einem Versicherungsmodell der Kopfpauschalen für sich reklamiert werden, da die Solidarkomponente ins Steuerrecht verlagert wird.

Fazit: Europarechtlich gibt es keine Bedenken gegen eine nationalstaatliche Ausgestaltung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung als Bürgerversicherung. Insbesondere könnte diese Ausgestaltung die bisherigen Rechte der Gesetzlichen Krankenversicherung als Nichtwirtschaftsunternehmen auf Grund der solidarischen und umlagegesteuerten Finanzierung wahrnehmen im Gegenüber zu Leistungserbringern wie der Pharmazeutischen Industrie oder Kassenärztlichen Vereinigungen.

³⁴ EuGH, Urt. V. 16.3.2004, Rs. C-264/01 u. a.

³⁵ EuGH, rs.-280/00 (Cisal), Slg. 2002, I-6121 ff.; Rs. C-115-117/97 (Brentjens), Slg. 1999, I-6025 ff.; Rs. C-180-184/98 (Pavlov), Slg. 2000, I-6451 (6520).

8 Literatur

- Beske F: Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung. – Kieler Konzept – Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen, Berlin 2001.
- Braun B, Kühn H, Reiners H: Das Märchen von der Kostenexplosion. Frankfurt am Main 1998.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. 2003.
- Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 1997, Baden-Baden 1997.
- Bundesministerium für Gesundheit: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002, Bonn 2002.
- Busch S, Pfaff AB, Rindsfüßer C. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Möglichkeiten der Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen. Graue Reihe der Hans-Böckler Stiftung, Band 110: Düsseldorf 1996.
- Lauterbach K, Gerber A, Lungen M. The demographic challenge in Germany. Solutions for Health Care Financing. Session: The Growing Costs of an Aging Society. Public and Private Roles in Developing a Sustainable System. Workshop 2004, April 23 and 24 2004, The Council for the United States and Italy. San Clemente Island, Venice Italy.
- Lauterbach K, Lungen M, Gerber A, Klever-Deichert G. Bürgerversicherung: Zukunftsfest und sozial ausgewogen. Gesundheit und Gesellschaft (G+G) 2004;7(7):26-27.
- Pfaff AB, Pfaff M, Kern AO, Langer B. Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherung in Deutschland. Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe des Instituts für Volkswirtschaftslehre der Universität Augsburg. Beitrag Nr. 246; Augsburg 2003.
- Pfaff M. CDU-Modell kostet 41 Milliarden Steuern. Interview in: Soziale Sicherheit 2004(12):405-407.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, Über- Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren. Jahresgutachten 2003/2004.
- Verband deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rentenversicherung in Zeitreihen, Frankfurt am Main 2002.
- Wille E, Igel Ch: Zur Reform der Beitragsgestaltung, insbesondere der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse. Gutachten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., Köln 2002.
- Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR et al: Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. JAMA 239 (2003): 2363-69.

9 Anhang: Methodik

Die Beitragssatzeffekte der Bürgerversicherung werden mit dem Verfahren der Mikrosimulation berechnet. Als Datenquellen werden u.a. die Sozioökonomischen Paneldaten (SOEP), Ausgabenstatistiken des BMGS und Gewichte aus den RSA-Daten verwendet. Es liegt die Rechtslage des Jahres 2004 zugrunde.

9.1 IGKE: Berechnung der Beitragssatzsenkung

9.1.1 Der Datensatz

Als Grundlage unserer Berechnungen in Bezug auf den Beitragssatz dienten die Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), einer repräsentativen Stichprobe mit jährlich mehr als 22000 Befragten.³⁶ Alle herangezogenen Angaben beziehen sich auf das Jahr 2002. Sie wurden zum größten Teil in der Befragung von 2003, teilweise auch in der Befragung von 2002 erhoben.

Der größte Teil der Einkommen wird in seiner Höhe dem Personenfragebogen entnommen, der von allen volljährigen Personen beantwortet wurde. Die Einkommen werden differenziert abgefragt (Lohn, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Renten jeder Art, Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe, Weihnachtsgeld etc.).

Weitere Einkünfte werden per Haushaltsfragebogen erhoben. Einkünfte des Haushaltsfragebogens wurden gewichtet auf die Haushaltsmitglieder verteilt: Diese werden, falls es im Haushalt mehr als zwei Erwachsene gibt, zu zwei Dritteln demjenigen zugeordnet, der das höchste Einkommen hat und zu einem Drittel demjenigen, dessen Einkommen am zweithöchsten ist. Lebt nur ein Erwachsener im Haushalt, so wird ihm der volle Betrag zugewiesen. Fehlende Werte werden zufällig von Personen mit ähnlichen Charakteristika ersetzt (Altersgruppen, Geschlecht und Berufsgruppe).

9.1.2 Die Annahmen: Zeit

Alle verwendeten Daten (DIW (SOEP-Daten), BMGS, BVA) beziehen sich auf das Jahr 2002, die Beitragsbemessungsgrenzen, Freibeträge etc. auf das Jahr 2004. Alle Geldangaben, die sich auf das Jahr 2002 beziehen, werden mit dem Faktor 1,024 multipliziert (Inflationsausgleich).

Die Bevölkerungsstruktur hat sich von 2002 auf 2004 leicht verändert. Die Daten zur Bevölkerungsentwicklung der Rürup-Kommission werden verwendet, um Faktoren zu erstellen, mit denen die Hochrechnungsfaktoren des DIW modifiziert werden. Dazu wird die Personenzahl einer Alters-/Geschlechtzelle durch die entsprechende Personenzahl des Jahres 2002 dividiert. Für Zukunftsprognosen werden die modifizierten Hochrechnungsfaktoren des jeweiligen Jahres verwendet.

9.1.3 Zuordnung der Leistungsausgaben

Die Leistungsausgaben werden aus den offiziellen Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) für das Jahr 2002 übernommen und wie alle Geldeinheiten an das Jahr 2004 angepasst. Es werden durchschnittliche Verwaltungskosten pro Person (inkl. Kinder) bestimmt. Diese werden bei einer späteren Erwei-

³⁶ Weitere Informationen unter <http://www.diw.de/deutsch/sop/index.html> (Abfrage August 2004)

terung des Personenkreises für die hinzukommenden Personen übernommen. Von den Ausgaben werden pauschal 3 Mrd. Euro (in Geldeinheiten von 2002) abgezogen (aufgrund der Einführung der Praxisgebühr u. ä.). Das Krankengeld wird von anderen Leistungsausgaben separat behandelt. Zum ermäßigten Beitragssatz, der Krankengeld nicht umfasst, werden pauschal 0,75 Beitragssatzpunkte aufgeschlagen um den allgemeinen Beitragssatz zu erhalten.

Aus Risikostrukturausgleichs-Daten werden Gewichte berechnet, an Hand derer die offiziellen Leistungsausgaben (laut Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)) auf alters- und geschlechtsspezifische Gruppen aufgeteilt werden. Diese Ausgaben werden wiederum auf die einzelnen Personen aufgeteilt. Als Grundlage dient die personenspezifische Anzahl der Arzt- und der Krankenhausbesuche sowie die Hochrechnungsfaktoren, die vom DIW speziell für die SOEP-Daten entwickelt wurden. Die so bestimmten Kosten pro Arzt- bzw. Krankenhausbesuch werden auf die Personen außerhalb der GKV hochgerechnet.

9.1.4 Berechnungen des Beitragssatzes im Status Quo

Die Berechnung des Beitragssatzes im Status Quo wird so detailgetreu wie möglich nachgebildet. Lediglich die Sonderregelungen der Landwirte kommen nicht zu tragen. Relevante Einkommensarten für die Verbeitragung im Status Quo sind Lohn/ Gehalt als Arbeitnehmer, 13./14. Monatsgehalt, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Gewinnbeteiligung etc., Einkommen aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit, Nebenverdienste, gesetzliche Altersrente, Invalidenrente oder Beamtenpension, gesetzliche Witwen-/Waisenrente, Betriebs- und Hinterbliebenenrente, Arbeitslosengeld (wird zu 80% verbeitragt), Arbeitslosenhilfe. Verbeitragt wird bis zur Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3487,50 Euro Bruttoeinkommen pro Monat.

Für freiwillig Versicherte mit Selbstständigen-Einkommen werden zusätzlich folgende Einkommen zur Verbeitragung herangezogen: Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Gewinne aus Vermietung und Verpachtung, wobei nur die positiven Gewinne berechnet werden, das sind Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung abzüglich Betriebs- und Instandhaltungskosten, Tilgung und Zinsen (Anmerkung: Tilgung wird abgezogen, da nicht zwischen Tilgung und Zinsen bei der Erhebung differenziert wird.). Renten aus privater Vorsorge werden entsprechend steuerrechtlicher Regelungen mit dem Ertragsanteil (ein Drittel) verbeitragt.

Sonderregelungen für geringfügige Beschäftigung und für Beschäftigung in der Gleitzone werden berücksichtigt. Bei freiwillig Versicherten mit geringem Einkommen werden mindestens 805 Euro pro Monat verbeitragt. Die Beiträge der Sozialhilfeempfänger werden auf diese Weise erfasst.

Kindern wird der Versicherungsstatus über den Haushaltsvorstand festgelegt. Liegen über diesen keine Angaben vor, so wird statt dessen der Krankenversicherungsschutz der Mutter oder einer anderen Bezugsperson übernommen.

Renten (ohne Privatrenten) werden zum allgemeinen Beitragssatz anstelle des ermäßigten Beitragssatzes verbeitragt. Die Erträge werden zur Begleichung der Kosten aus ärztlicher Behandlung verwendet, und senken somit den ermäßigten Beitragssatz.

Die verbleibenden Kosten werden durch die Beträge der Beitragsbemessungsgrundlage geteilt. Somit ergibt sich der ermäßigte Beitragssatz. Der allgemeine Beitragssatz wird erhalten, indem pauschal 0,75 Beitragssatzpunkte zum ermäßigten Beitragssatz addiert werden.

9.1.5 Beitragssätze der Bürgerversicherung

Die geltenden Sonderregelungen des Status Quo werden für die Bürgerversicherung übernommen.

Die Einkommensarten, die bereits bei Selbstständigen im Status Quo verarbeitet werden, werden auf alle Mitglieder der Bürgerversicherung ausgedehnt. Die Einkommensarten werden gemäß des jeweiligen Modells auf die Säulen aufgeteilt und entsprechend der dafür vorgesehenen unterschiedlich angesetzten Beitragsbemessungsgrenzen verarbeitet.

Freibeträge gelten für Kapitaleinkünfte ohne Mieteinnahmen. In Anspruch genommene Freibeträge werden auf die Beitragsbemessungsgrenze der jeweiligen Säule aufgeschlagen. Bei dem Modell der pauschalen Abgeltungssteuer werden Mieteinnahmen nicht verarbeitet.

Die Beitragssätze werden nach derselben Formel wie beim Status Quo berechnet. Die Beitragssätze ohne Krankengeld und Zahnersatz wurden berechnet, indem von den durch Arztbesuche verursachten Leistungsausgaben die vom BMGS ausgewiesenen Ausgaben für Zahnersatz ausgegliedert wurden und der Anteil des Krankengeldes (d.h. 0,75 Beitragssatzpunkte) abgezogen wurde.

9.1.6 Zukunftsprognosen

Um die Entwicklung der Beitragssätze in der Zukunft zu approximieren, wird eine Anpassung der Hochrechnungsfaktoren vorgenommen. Die Hochrechnungsfaktoren werden an die Bevölkerungsentwicklung laut des Berichtes der „Rürup-Kommission“ angepasst. Neben der demographischen Entwicklung wird auch der Verlauf der Arbeitslosigkeit gemäß dem Bericht der „Rürup-Kommission“ integriert.

Die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile werden beibehalten. Die Kostensteigerungen, die auf den medizinischen Fortschritt zurückzuführen sind, werden mit einem jährlichen Anstieg von einem Prozent der Leistungsausgaben (Verwaltungskosten gehören per Definition nicht zu den Leistungsausgaben) modelliert.

Aufgrund des erhöhten Wettbewerbs und anderer Maßnahmen wie z. B. Disease-Management Programme wird bei den Modellen der Bürgerversicherung von einer Effizienzreserve von 10% ausgegangen, deren volle Ausschöpfung linear bis zum Jahr 2030 erfolgt.

9.2 INIFES: Berechnung der Beitragssätze

Es wird unterstellt, dass die gesamte Bevölkerung mit sofortiger Wirkung 2003 in die Bürgerversicherung übergeführt worden wäre. Eine Ausnahme bilden für die jene Sozialhilfeempfänger, die nicht – aufgrund anderer Einkommen – GKV-versichert sind. Das unterstellt die Fortführung der bisherigen Praxis wonach die Sozialhilfe zwar die Gesundheitskosten für diese Gruppe erstattet, sie aber nicht reguläre GKV-Versicherte sind. Würde man sie als „normale“ GKV- oder Bürgerversicherungs-Versicherte behandeln, so würde dies sogar zu einer Steigerung des Beitragssatzes um, wie berechnet 0,2 Beitragssatzpunkte führen, da sie weit unterdurchschnittliche Einkommen und damit einkommensbezogene Beiträge aufweisen und überdurchschnittliche Gesundheitsausgaben.

Für die Verbreiterung der Beitragsbasis werden als weitere Einkunftsarten einerseits die Kapitaleinkommen (auf Basis der EVS 1998, fortgeschrieben auf 2003), andererseits die Kapital- und Mieteinkommen (Mieteinkommen ohne Berücksichtigung des hypothetischen Mietwerts bei Eigennutzung) gemäß dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) 2002 berücksichtigt. Weitere Einkunftsarten bleiben außer Betracht. Es wird nur ein

Zwei-Säulen-Modell berechnet, d.h. für die Kapital- und Mieteinkommen wird eine gesonderte Beitragsbemessungsgrenze unterstellt.

Es werden Varianten der Bürgerversicherung mit zwei verschiedene Beitragsbemessungsgrenzen unterschieden – die tatsächliche Beitragsbemessungsgrenze der GKV für das Jahr 2003 (monatlich € 3450) und die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV, monatlich € 5100).

Anliegen war es, soweit wie möglich, die hinsichtlich Versichertenzahl, Einnahmen und Ausgaben sehr exakten Prozessdaten der Sozialversicherungsträger (GKV 2003 und gesetzliche Rentenversicherung 2002 und 2003) sowie der öffentlichen Haushalte und erst in zweiter Linie die Daten auf der Basis von Selbsteinstufung (Mikrozensus 2003 und Sozioökonomisches Panel 2002) zu verwenden. Die Angaben der Einkommens- und Verbrauchstichprobe 1998 beruhen zwar auch auf Selbstauskunft; aufgrund der „Feinanschreibung“ und genauen Buchführung über Einnahmen und Ausgaben weisen sie aber ebenfalls einen hohen Genauigkeitsgrad bei Einkommen und Ausgaben auf. Die Stichprobe ist zudem sehr groß. Unterschiede in der Datengenauigkeit werden exemplarisch deutlich, wenn man z.B. berücksichtigt, dass der auf Selbsteinstufung beruhende Mikrozensus 2003 etwa 1 Mio. mehr GKV-Versicherte ausweist als die Prozessdaten der GKV (KM1 und KM 6).

9.2.1 Daten und Vorgehensweise

Zunächst wird als Referenzbeitragsatz ein kostendeckender Beitragssatz für die GKV im Jahr 2003 ermittelt, der die Ausgaben für alle Leistungen mit Ausnahme des Krankengeldes abdeckt. Vom tatsächlichen durchschnittlichen Beitragssatz der GKV weicht dieser insofern ab, da die Finanzierung der Verwaltungskosten sowie das im Durchschnitt tatsächlich 2003 vorhandene Defizit der GKV nicht berücksichtigt wird. Er belief beläuft sich auf 13,18%. Die Berechnung des Beitragssatzes erfolgt anhand der tatsächlichen GKV-Leistungsausgaben (nach GKV-Statistik KV 45 für 2003) und den aus den tatsächlichen Beitragseinnahmen errechneten beitragspflichtigen Einkommen. Die Auswirkung der Einführung der Bürgerversicherung wird anhand des für die jeweilige Variante ermittelten kostendeckenden Beitragssatzes abzüglich der 13,18% ermittelt. In den Berechnungen werden die Daten nach Alter und Geschlecht differenziert.

Die nach Alter und Geschlecht gegliederten GKV-Versicherten werden aufgrund der Angaben der GKV-Statistik KM 6 für das Jahr 2003 erfasst.

Für die GKV-Versicherten werden Jahresgesundheitsausgabenprofile anhand der Risikostrukturausgleichsdaten 2003 ermittelt, die mit gewissen Abweichungen auch für alle anderen Gruppen zugrunde gelegt werden. Für bislang PKV-versicherte Angestellte und Arbeiter werden geringere Kosten, in Höhe von 90% der GKV-Werte unterstellt, für Sozialhilfeempfänger solche in Höhe von 200%.

Die alters- und geschlechtsspezifischen Beitragsprofile werden – aufgrund des überwiegenden Anteils der Sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und der Rentner unter den Mitgliedern der GKV anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Einkommensgliederung der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) für Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und für Rentner erfasst.

Die Auswirkung der Ausweitung des Personenkreises auf den Beitragssatz wird in mehreren Schritten untersucht. Dies führt schrittweise zu einer Reduzierung des „kostendeckenden Beitragssatzes“. Der Personenkreis wird

1. um die bislang PKV-versicherten Angestellten und Arbeiter inklusive der privat versicherten Rentner sowie der mitversicherten Angehörigen dieser beiden Gruppen
2. des weiteren um die Beamten und Pensionäre (inkl. Empfänger von Heilfürsorge ohne Grundwehr- und Ersatzdienstleistende) sowie der mitversicherten Angehörigen dieser beiden Gruppen sowie

3. des weiteren um die Selbständigen und deren mitversicherten Angehörigen erweitert.

Ebenfalls berücksichtigt werden Grundwehr- und Ersatzdienstleistenden sowie Sozialhilfeempfänger. Die Berücksichtigung der ersteren verändert aufgrund ihrer geringen Zahl den Beitragssatz nicht, die Berücksichtigung der letzteren führen, aufgrund der als erhöht angenommenen Ausgabenprofile, zu einer Steigerung des erforderlichen kostendeckenden Beitragssatzes. Für weitere Berechnungen bleiben diese beiden Gruppen außer Betracht.

Für die Beitragsprofile werden unterschiedliche Profile für die neu hinzukommenden Mitgliedergruppen der Bürgerversicherung errechnet:

1. Für die bisher privat versicherten Angestellten wird auf die GRV-Daten rekuriert.
2. Für die Beamten und Pensionäre werden die Einkommensprofile auf Basis der Besoldungsstrukturen und der altersspezifischen Verteilungen berechnet.
3. Die Beitragsprofile der Selbständigen basieren auf fortgeschriebenen Profilen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 1998.

Größe und Alters- und Geschlechtsverteilung der neu hinzukommenden Mitgliedergruppen werden soweit möglich aus amtlichen Daten (Prozessdaten und dem Mikrozensus 2003) gewonnen.

9.2.2 Beitragssatzeffekte bis 2030

Die Modellrechnung nimmt als Bezugspopulation der Jahre 2005 bis 2050 die Bevölkerung gemäß der Variante 5 der 10. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (mittlere Steigerung der Lebenserwartung und mittlere Höhe der Nettozuwanderung) differenziert nach Alter und Geschlecht. Die verschiedenen Gruppenbestände von versicherten Personen werden fortgeschrieben. D.s. die bisher GKV-Versicherten sowie die jeweils in die BüV Neueintretenden unter den Gruppen (1) der bisher privat versicherte Angestellte und Arbeiter inklusive privat versicherte Rentner, (2) der Beamten und Pensionäre und (3) der privat versicherte Selbständige sowie jeweils der mitversicherten Familienangehörige.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass der alters- und geschlechtsspezifisch differenzierte Anteil der jeweiligen Gruppen an der Bevölkerung der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe konstant bleibt. Um die Gesetzeslage zu berücksichtigen, die Vorversicherungszeiten in der GKV für eine Mitgliedschaft in der KVdR vorschreibt, wird abweichend davon jedoch für die Rentenanzugänge (operationalisiert durch die Gruppe der 60-65jährigen) in der Zukunft unterstellt, dass ihr Anteil an der Bevölkerung zurückgeht, d.h. sich so entwickelt, wie der Anteil der jeweiligen Kohorte an der Bevölkerung im Jahr 2005. (Z.B. die Rentenzugangsjahrgänge der 60-65jährigen im Jahr 2015 sind 2005 50-55jährig.).

Schrittweise wird berücksichtigt, dass in jedem Jahr alle Berufsanfänger (operationalisiert als die 20-25jährigen) neu in der Bürgerversicherung versicherungspflichtig werden – und in den späteren Jahren bleiben. Gleichermaßen wird für die neugeborenen Kinder die beitragsfreie Versicherungspflicht in der Bürgerversicherung unterstellt. Innerhalb von 20 Jahren führt dies dazu, dass alle 0-40-Jährigen zusätzlich zu den bisher GKV-Versicherten über dieser Altersgrenze in der Bürgerversicherung versichert sind. Von Jahr zu Jahr wachsen mehr Personen in die Bürgerversicherung hinein. Eine weitere Übergangsregelung, die die Übergangszeit abkürzt wird nicht unterstellt.

Als Ausgangsbasis der Modellrechnung dient der „kostendeckende Beitragssatz“ von 13,18% im Jahr 2003. Für die künftigen Jahre wird dieser „kostendeckende Beitragssatz“

unter der Annahme, die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgaben- und Beitragsprofile der Gruppen bleiben konstant, errechnet. (Diese Annahme impliziert in etwa eine parallele Entwicklung der Gesundheitskosten und der Einkommen; angesichts des hohen Personalkostenanteils bei den Gesundheitskosten sind somit erhebliche Teile der zu erwartenden Ausgabensteigerungen in dieser Rechnung erfasst.) Für die GKV-Versicherten nach derzeitigem Recht erfasst dieser Beitragssatz den rein demografisch bedingten Beitragssteigerungseffekt. Für die jeweilige Bürgerversicherungs-Versicherten des Jahres wird analog ebenfalls ein kostendeckender Beitragssatz ermittelt. Die Differenz der beiden Beitragssätze zeigt auf, wie stark die Entlastung des Beitragssatzes durch die Bürgerversicherung in einem bestimmten Jahr ausfallen wird. Langfristig tendiert dieser Effekt gegen den bei sofortiger Umsetzung der Bürgerversicherung realisierten Effekt – allerdings unter der Maßgabe, dass sich der Referenzbeitragssatz bei für den Gesamteffekt der Bürgerversicherung vom Beitragssatz 2003 aufgrund der veränderten Bevölkerungszusammensetzung unterscheidet.

9.3 Berechnung der Verteilungswirkungen

9.3.1 Die Datenlage/ Die Annahmen

Die Abschätzung der Verteilungswirkungen auf einzelne Gruppen der Bevölkerung wurde folgendermaßen vorgenommen: Auf der Basis der Steuergesetzgebung des Jahres 2004 (BMF) wurden die Einkommensveränderungen für Familien mit 2 Kindern, für Singles und für Rentner berechnet. Es wurde eine Einkommensspanne von 20.000 Euro/ Jahr bis zu 80.000 Euro/ Jahr Bruttoeinkommen berechnet.

Folgende weitere Annahmen wurden für die Berechnung der Nettoeinkommen getroffen: Alle Beispiele wurden so berechnet, dass keine Zugehörigkeit zur Kirche vorliegt. In Familien erwirtschaftet ein Alleinverdiener das Einkommen.

Um nicht nur die absoluten Auswirkungen der Bürgerversicherung abschätzen zu können, sondern auch die relativen Änderungen gegenüber den Kopfpauschalen, wurden diese analog simuliert.

Auf Grund der hohen Streuung der Einkünfte, die neben Lohn und Gehalt erzielt werden, wurde an Stelle des Mittelwertes der Einkünfte bei allen Gruppen der Median gewählt, das ist der Wert an zusätzlichen Einkommen, den genau 50% in der entsprechenden Gruppe unterschreiten und genau 50% auch überschreiten.

- Für Familien zeigt sich, dass sie bis zu einem Einkommen von 80000€ pro Jahr kaum über zusätzliche Einkünfte verfügen, so dass diese nicht berücksichtigt wurden.
- Für Singles ergibt sich in der Tendenz eine steigende Summe an Nebeneinkünften, die der Berechnung zu Grunde gelegt wurden.

9.4 Validierung der Ergebnisse

9.4.1 Frühere Gutachten und Berichte

Berechnungen der finanziellen Auswirkungen wurden bereits von unterschiedlichsten Stellen vorgenommen. Da diese fast das gesamte Spektrum des wissenschaftlichen und politischen Spektrums umfassen, können diese Berechnungen zur Validierung heran gezogen werden.

- **Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“):** Die „Rürup-Kommission“ hat von unabhängiger Seite berechnen lassen, dass die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5100 Euro in Verbindung mit einer neu festzusetzenden Versicherungspflichtgrenze von ebenfalls 5100 Euro sowie der Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragspflicht eine Absenkung der Beiträge um 1,3 Prozentpunkte ermöglicht. Bezogen auf das gegenwärtige durchschnittliche Niveau von 14,2% (Stand Mai 2004) würden die Beiträge auf 12,9% sinken. An dieser Absenkung hat die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten einen Anteil von 0,5 Prozentpunkten, die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze einen Anteil von 0,8 Prozentpunkten. Hinzu kommt die Erweiterung des Versichertenkreises. Da Selbstständige und Beamte als Gruppe betrachtet überdurchschnittlich hohe Einkommen aufweisen³⁷, werden bereits durch deren Einbeziehung Absenkungen um weitere 0,7 Prozentpunkte möglich. Der Beitragssatz läge im Durchschnitt dann bei 12,2 %.³⁸
- **„Grüne Bürgerversicherung“ (IGES Gutachten):** Das Gutachten des IGES-Instituts für die Partei Die Grünen vom 10. Mai 2004 sieht für ein Zwei-Säulen-Modell eine Entlastung von 2 Beitragssatzpunkten (von 14,1% auf 12,1%) vor. Die Beitragsbemessungsgrenze bliebe unverändert, und es wäre ein Sparerfreibetrag berücksichtigt worden.
- **DIW-Gutachten:** Das Gutachten „Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen im Auftrag des BMWt vom 29. Oktober 2001 ermittelte für eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf alle Einkunftsarten (ohne Ausweitung des Versichertenkreises) eine Entlastung von 0,4 Prozentpunkten. Die Ausweitung auf alle Bürger würde laut dem Gutachten ebenfalls eine Absenkung um 0,4 Beitragssatzpunkte bewirken. Eine Kombination beider Maßnahmen wurde nur als monetäre Summe, nicht jedoch in Beitragssatzpunkten berechnet. Eine Bürgerversicherung mit allgemeiner Versicherungspflicht und Heranziehung aller Einkünfte würde demnach Mehreinnahmen von rund 22 Mrd. Euro pro Jahr erbringen, die Beitragssatzmindernd eingesetzt werden.

Insgesamt unterscheiden sich die Gutachten in Bezug auf Datenbasis und Durchführungszeitraum leicht, jedoch nicht wesentlich. Die Unterschiede liegen vielmehr in den Annahmen und der Festsetzung von Beitragsbemessungsgrenzen und Übergangszeiträumen. Dennoch kann von einer einheitlichen Richtung und Stärke des Effektes der Bürgerversicherung auf den Beitragssatz ausgegangen werden.

Die in unseren Berechnungen gefundenen Ergebnisse werden daher gestützt.

9.4.2 Vergleich zwischen IGKE und INIFES Schätzungen

Die Berechnungen von IGKE und INIFES beruhen zum einen auf unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen, zum anderen auf unterschiedlicher Abgrenzung der zusätzlich zu verbeitragenden Einkommen. Bei IGKE werden weitergehende Einkommen in die Beitragsbelastung eingeschlossen.

Fügt man diese zusätzliche Einkommensbelastung der INIFES-Rechnung hinzu, so gleichen sich die Ergebnisse bei Beibehalten der Bemessungsgrenze nahezu 100%ig. Dieses Ergebnis sichert die Validität beider Berechnungen angesichts der unterschiedlichen Methodik hervorragend ab.

³⁷ Damit ist nichts darüber gesagt, dass es auch Beamte in niedrigen Gehaltsgruppen und Selbstständige mit geringem Einkommen gibt.

³⁸ <http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/>

Tabelle 9: Vergleich der Berechnungen zur Beitragssatzsenkung (2-Säulenmodell), INIFES und IGKE, bisherige Beitragsbemessungsgrenze der GKV

	GKV	Bürgerversicherung
1a. INIFES-SOEP-Variante1) ohne Nebeneinkünfte	0,27 %-Pkt.	1,44 %-Pkt.
b. + Nebeneinkünfte2)	+ 0,39 %-Pkt.	0,34 %-Pkt.
c. = INIFES - gesamt	0,66 %-Pkt.	1,78 %-Pkt.
2a. IGKE-SOEP-Basis3) ohne Nebeneinkünfte	0,31 %-Pkt.	1,46 %-Pkt.
b. inklusive Nebeneinkünfte	+ 0,39 %-Pkt.	0,34 %-Pkt.
c. = IGKE – gesamt4)	0,70 %-Pkt.	1,80 %-Pkt.

1. Verbeitragung anderer Einkunftsarten: Kapitaleinkommen (EVS) bzw. Kapital- und Mieteinkommen (ohne fiktive Mieten auf eigengenutzten Wohnraum) – keine Nebeneinkünfte;
2. Nebeneinkünfte gemäß der Schätzungen von IGKE
3. Selbständigeneinkommen und Nebenverdienste dem Lohn (1. Säule, d.h. Status-quo-Variante) zugeschlagen;
4. Verbeitragung anderer Einkunftsarten: Kapital- und Mieteinkommen, Ertragsanteil privater Renten.

Quelle: INIFES/Universität Augsburg und IGKE