
BDA-Finanzierungskonzept für das Gesundheitsprämienmodell

Berlin, 13. September 2004

Hausadresse:
BDA im Haus der Deutschen Wirtschaft
Breite Straße 29
10178 Berlin

Briefadresse:
BDA im Haus der Deutschen Wirtschaft
11054 Berlin

Tel. +49 (0) 30 / 20 33 -0
Fax +49 (0) 30 / 20 33 -1055

<http://www.bda-online.de>

I. Versicherter Personenkreis

Alle rund 58 Mio. gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen sind gegen Entrichtung einer kassenindividuellen Gesundheitsprämie versichert, alle rund 14 Mio. gesetzlichen krankenversicherten Kinder sind im Rahmen einer prämienfreien Mitversicherung versichert. Der versicherte Personenkreis im Gesundheitsprämienmodell entspricht damit dem heute in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personenkreis.

Anders als im Rürup/Wille-Modell ist eine eigenständige Prämie für Kinder nicht vorgesehen, daher ist auch kein zusätzlicher steuerfinanzierter Familienleistungsausgleich erforderlich (15,8 Mrd. € nach Rürup/Wille). Die Einführung einer auch aus Steuermitteln finanzierten eigenständigen Gesundheitsprämie für Kinder kann nur dann in Betracht kommen, soweit dies ohne Mehrbelastungen der Betriebe möglich ist.

II. Leistungsumfang

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt im Wesentlichen unverändert. Die über Gesundheitsprämien (einschließlich sozialem Ausgleich) zu finanzierenden Aufwendungen können allerdings in einem nach 2006 umgesetzten Gesundheitsprämienmodell deutlich unter dem bisherigen Ausgabevolumen der Krankenkassen von zuletzt 144,5 Mrd. € (Stand: 2003) liegen:

Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (2003)	144,5 Mrd. €
Entlastungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz , d. h. Leistungsausgrenzungen (2,5 Mrd. €), Zuzahlungsanhebungen (3,2 Mrd. €), Steuerfinanzierung einzelner versicherungsfremder Leistungen (4,2 Mrd. €) und Struktureffekte (3,0 Mrd. €).	- 12,9 Mrd. €
Herausnahme des Krankengeldes , das ausschließlich arbeitnehmerfinanziert und weiterhin lohn- bzw. einkommensabhängig abgesichert werden sollte (vgl. Rürup/Wille-Modell).	- 7 Mrd. €
Streichung von Satzungsleistungen und Mehrleistungen, die nicht in den Risikostrukturausgleich eingehen (vgl. Rürup/Wille-Modell).	- 6 Mrd. €
Streichung bzw. ggf. Steuerfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen , soweit diese nicht bereits nach § 221 SGB V abgegolten sind und daher weiterhin beitragsfinanziert werden.	- 3 Mrd. €
Ausweitung von Zuzahlungen , vor allem Praxisgebühr bei grundsätzlich jedem Arztbesuch, sowie Anhebung der Belastungsgrenze von 2 auf 3 Prozent des Jahresbruttoeinkommens.	- 3 Mrd. €
Gesamtausgabevolumen im Gesundheitsprämienmodell	112,6 Mrd. €

BDA-Finanzierungskonzept
für das Gesundheitsprämienmodell

Berlin, 13. September 2004

Damit ist über die Gesundheitsprämie (einschließlich sozialem Ausgleich) ein Gesamtausgabenvolumen von rund **113 Mrd. €** in heutigem Geldwert abzusichern. Dies erfordert eine Prämie von durchschnittlich rund **163 € monatlich**, bei unterschiedlicher Prämienhöhe je Krankenkasse. Zum Vergleich: Derzeit liegt der monatliche Durchschnittsbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung bei rund 240 € pro Mitglied, ein durchschnittlich verdienender Arbeitnehmer zahlt – einschließlich Arbeitgeberanteil – im Mittel rund 340 €, der Höchstbeitrag beträgt rund 500 €. Ein Monatsbeitrag von 163 € wird heute bereits bei einem Monatsbruttolohn bzw. -gehalt von rund 1.150 € fällig.

III. Sozialer Ausgleich für einkommensschwache Versicherte

Der notwendige soziale Ausgleich wird dadurch gewährleistet, dass die Krankenkassen für einkommensschwache Versicherte niedrigere Prämien kalkulieren bzw. sogar ganz auf Prämien verzichten. Das dadurch ausfallende Prämienaufkommen wird den Krankenkassen aus Steuermitteln ausgeglichen. Die individuelle Berechtigung zur Prämienverbilligung kann entsprechend dem seit Jahren praktizierten und bewährten Verfahren zur Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V geprüft werden. Da die Zahl der von Zuzahlungen Befreiten etwa der Zahl der Berechtigten zur Prämienverbilligung entspricht und beide Personenkreise eine große Schnittmenge aufweisen, ist der damit verbundene Verwaltungsaufwand gering.

Bisherige Finanzierungsvorschläge für den notwendigen sozialen Ausgleich im Gesundheitsprämienmodell weisen teilweise gravierende und nicht akzeptable Nachteile auf:

- Eine Finanzierung durch **Anhebung des Einkommensteuertarifs** oder **des Solidaritätszuschlags** würde die Betriebe belasten. Die Umstellung der Finanzierung auf ein Gesundheitsprämienmodell muss jedoch für die Arbeitgeber kostenneutral sein. Eine Belastung der Betriebe über die wertgleiche Auszahlung des Arbeitgeberanteils am Krankenversicherungsbeitrag hinaus wäre – im Gegensatz zur Zielsetzung des Gesundheitsprämienmodells – wachstums- und beschäftigungsfeindlich.
- Eine Finanzierung durch **Anhebung der Mehrwertsteuer** würde ebenfalls die Betriebe belasten, weil sie eine erhöhte Mehrwertsteuer nicht jederzeit in vollem Umfang über die Preise kompensieren können. Außerdem ist es wenig überzeugend, den sozialen Ausgleich im Gesundheitsprämienmodell durch eine nicht an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientierte Steuer zu finanzieren, weil dadurch nicht der gewünschte zielgenaue Ausgleich von Einkommensstarken zu Einkommensschwachen gelingen kann.

- Eine Finanzierung durch einen **lohnabhängigen Zuschlag** ist auch keine Alternative, weil in diesem Fall nicht die erforderliche vollständige Ablösung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis erreicht wird.

Daraus ergeben sich folgende Anforderungen zur Aufbringung zusätzlicher Mittel für den erforderlichen sozialen Ausgleich:

1. Es darf zu keiner unmittelbaren oder mittelbaren Mehrbelastung für die Betriebe kommen.
2. Bei der Aufbringung der Mittel muss die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden.
3. Die zur Finanzierung erforderlichen Mittel müssen lohnunabhängig sein.

Die BDA schlägt daher folgende Finanzierung des sozialen Ausgleichs vor:

Zusätzliches Einkommensteueraufkommen durch Auszahlung des Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung als steuerpflichtiger Bruttolohn	13,3 Mrd. €
Zusätzliches Einkommensteueraufkommen durch steuerpflichtige Auszahlung des Krankenversicherungs-Zuschusses der Rentenversicherung an die Rentner	0,7 Mrd. € (wegen steigender Rentenbesteuerung stark steigend)
Verwendung der Mittel des Bundes für Krankenversicherungsbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II	4,5 Mrd. €
Verwendung der Mittel der Sozialhilfeträger für Krankenversicherungsbeiträge für Bezieher von Sozialhilfe	1,1 Mrd. €
Summe	19,6 Mrd. €

Für den sozialen Ausgleich stehen damit insgesamt rund **20 Mrd. €** zur Verfügung. Dieser Betrag liegt damit zwar um knapp 15 Prozent geringer als im Rürup/Wille-Modell (22,5 Mrd. €). Allerdings liegt auch die Prämienhöhe im vorgelegten Modell mit durchschnittlich 163 € um mehr als 15 Prozent unter dem Vergleichswert bei Rürup/Wille (Prämienhöhe beträgt dort einschließlich prämiensfreier Kindermitversicherung 189 €). Insofern lässt sich mit den hier angesetzten 20 Mrd. € in gleicher Weise eine Überforderung einzelner Versicherter vermeiden. Bei einer Belastungsobergrenze von 12,5 Prozent des Bruttoeinkommens – wie im Rürup/Wille-Modell – haben damit alle Personen mit einem Gesamteinkommen von unter rund 1.300 € monatlich Anspruch auf Prämienverbiligung. Damit ist ein umfassender sozialer Ausgleich gewährleistet.

BDA-Finanzierungskonzept
für das Gesundheitsprämienmodell

Berlin, 13. September 2004

Die dargestellte Wirkung des sozialen Ausgleichs ist allerdings nur dann in diesem Umfang gewährleistet, wenn das im Rahmen des Prämienmodells zu finanzierende Ausgabevolumen tatsächlich in der vorgeschlagenen Weise (vgl. II) gegenüber dem heutigen Ausgabevolumen der gesetzlichen Krankenversicherung reduziert wird. Ebenso ist zu beachten, dass das angesetzte Finanzvolumen für den sozialen Ausgleich von rund 20 Mrd. €, was das zusätzliche Einkommensteueraufkommen durch Auszahlung des bisherigen Arbeitgeberanteils als steuerpflichtiger Bruttolohn bzw. durch steuerpflichtige Auszahlung des Zuschusses der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner betrifft, bei einer Senkung des Einkommensteuertarifs – zumindest auf kurze Sicht betrachtet – nicht im vollen Umfang zur Verfügung steht.

In diesen Fällen kommen zwei Alternativen in Betracht: Vorzugswürdig ist eine Anhebung der Belastungsgrenze – z. B. von 12,5 auf 16 Prozent des Bruttoeinkommens, so wie bei den Berechnungen der Rürup-Kommission u. a. zugrunde gelegt. Auch dann wäre ein ausreichender sozialer Ausgleich noch gewährleistet. Sofern dennoch ein für den sozialen Ausgleich erforderlicher, zusätzlicher Finanzierungsbedarf gesehen wird, könnte dieser ggf. durch eine Kürzung des Höchstbetrages des Sonderausgabenabzugs für sonstige Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 4 EStG i. d. F. des Alterseinkünftegesetzes) gedeckt werden. Über diese Vorschriften sind insbesondere Sozialbeiträge zur Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung und ausgewählte weitere Versicherungsbeiträge bis zu einem Betrag von 1.500 € (bei Verheirateten 3.000 €) für Arbeitnehmer steuerlich abzugsfähig. Eine Kürzung des Höchstbetrages des Sonderausgabenabzugs für sonstige Vorsorgeaufwendungen um z. B. 300 € würde bereits zu Steuermehreinnahmen von rund 2,5 Mrd. € führen. Für eine Kürzung des Höchstbetrags des Sonderausgabenabzugs spricht:

- Einkommen, das für Beiträge zur Risikoversorge verwendet wird, bleibt über den Sonderausgabenabzug steuerfrei, obwohl die Leistungen der Vorsorgesysteme (z. B. Leistungen der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung oder auch die Übernahme eines Schadensersatzes durch eine Haftpflichtversicherung) ebenfalls steuerfrei sind. Damit bleibt im Ergebnis Einkommen ohne steuersystematischen Grundsteuerfrei.
- Durch den Sonderausgabenabzug werden in der Regel keine Anreize zur freiwilligen Risikoversorge gegeben, weil die Höchstgrenze der steuerlichen Abzugsfähigkeit der begünstigten Versicherungsbeiträge bei den meisten Arbeitnehmern bereits durch die Pflichtbeiträge zur Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung ausgeschöpft ist. Für die Entrichtung von Pflichtbeiträgen bedarf es jedoch keiner steuerlichen Anreize.
- Sofern trotz der genannten Einwände Anreize zur freiwilligen Risikoversorge gegeben werden sollen, wäre es sinnvoller, der Gesetzgeber würde Pflichtbeiträge zur Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung vollständig von der steuerlichen Abzugsfähigkeit ausnehmen und stattdessen einen exklusiv für freiwillige und nicht bereits auf andere Weise bereits steuerlich geförderte Risikoversorge vorgesehenen Sonderausgabenabzug zu schaffen (z. B. für Haftpflichtrisiko). Hierfür wäre allerdings eine deutlich geringere Höchstgrenze ausreichend.
- Eines Sonderausgabenabzugs für sonstige Vorsorgeaufwendungen bedarf es insbesondere auch nicht zur Förderung der privaten und betrieblichen Altersvorsorge. Diese Vorsorgeaufwendungen sind ohnehin nicht als sonstige Vorsorgeaufwendungen sonderausgabenfähig, stattdessen erfolgt die Förderung der privaten und betrieblichen Altersvorsorge über andere steuerliche Tatbestände.

BDA-Finanzierungskonzept
für das Gesundheitsprämienmodell

Berlin, 13. September 2004

Das BDA-Finanzierungskonzept im Überblick:

1. Erwachsene sind für eine Gesundheitsprämie in Höhe von durchschnittlich 163 € versichert, Kinder sind beitragsfrei mitversichert.
2. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt im Wesentlichen erhalten. Über die im GKV - Modernisierungsgesetz vorgesehenen Maßnahmen hinaus werden jedoch die Zuzahlungen erhöht, noch beitragsfinanzierte versicherungsfremde Leistungen ausgegliedert, das Krankengeld in die Arbeitnehmerfinanzierung übertragen und bisherige Satzungs- und Mehrleistungen der Krankenkassen gestrichen. Das über Gesundheitsprämien einschließlich sozialem Ausgleich zu finanzierende Ausgabevolumen reduziert sich damit auf rund 113 Mrd. €.
3. Der notwendige soziale Ausgleich für einkommensschwache Versicherte wird durch das zusätzliche Einkommensteueraufkommen aus der Auszahlung des Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung als Bruttolohn bzw. durch Steuerpflicht des Zuschusses der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner sowie durch Verwendung der für die Krankenversicherung von Arbeitslosengeld II- und Sozialhilfeempfängern aufgebrauchten Mittel finanziert.
4. Der soziale Ausgleich für Einkommensschwache wird durch Prämienverbilligung gewährleistet. Organisatorisch kann die Berechtigung zur Prämienverbilligung entsprechend dem bereits praktizierten Verfahren bei Zuzahlungsbefreiung geprüft werden.
5. Die vorgeschlagene Finanzierung des Sozialausgleichs stellt keine Abgabenerhöhung dar, denn das zusätzliche Steueraufkommen wird in vollem Umfang zur Prämienverbilligung für einkommensschwache Versicherte wirksam: Das Gesamtfinanzierungsvolumen von 113 Mrd. € setzt sich im Unterschied zur bisherigen reinen Beitragsfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem Prämienaufkommen in Höhe von 93 Mrd. € und einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich in Höhe von 20 Mrd. € zusammen.
6. Die vorgeschlagene Finanzierung ist sowohl für die Arbeitgeber als auch für die Versicherten belastungsneutral: Für die Arbeitgeber, weil sie den heutigen Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung in gleicher Höhe als Bruttolohn auszahlen; für die Versicherten, weil ihnen das Mehraufkommen aus der Einkommensteuerpflicht des erhöhten Bruttolohns bzw. des Zuschusses der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner in vollem Umfang durch Prämienverbilligung zugute kommt.