

4 REFORMVORSCHLÄGE ZUR GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

4.1 PROBLEMLAGE UND KURZFRISTIGE MASSNAHMEN

Die gegenwärtige Diskussion über das deutsche Gesundheitssystem konzentriert sich auf die Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Als Ausdruck dieser Probleme wird insbesondere der Anstieg des Beitragssatzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung gesehen, der sich von 8,2% der beitragspflichtigen Einkommen im Jahre 1970 auf 14,3% im ersten Quartal des Jahres 2003 erhöht hat. Diesem Beitragssatzanstieg in den letzten drei Jahrzehnten lagen einerseits Ausgabensteigerungen zu Grunde und andererseits vor allem in den 90er Jahren eine Erosion der beitragspflichtigen Einkommen. In der öffentlichen Wahrnehmung wird sehr kritisch konstatiert, dass man trotz steigender Beitragsbelastungen mit tendenziell sinkenden Leistungen zu rechnen hat, etwa in Form von höheren Zuzahlungen oder von Beschneidungen des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung.

In der Diskussion über die Finanzierungsprobleme in der Gesetzlichen Krankenversicherung findet nur wenig Beachtung, dass gerade in alternden Gesellschaften mit vergleichsweise hohem Einkommensniveau der Gesundheitsmarkt substantielle Wachstums- und Beschäftigungspotenziale bietet. Gesundheitsleistungen werden oft – wie die Ökonomen sagen – als superiore Güter angesehen, die bei steigendem Wohlstand auf eine hohe Einkommenselastizität der Nachfrage treffen. In diesem Fall beruhen die im Trend überproportional steigenden Gesundheitsausgaben auch auf entsprechenden Präferenzen in der Bevölkerung, mehr und bessere Gesundheitsleistungen zu

erhalten. Soweit wachsende Gesundheitsausgaben die Folge geänderter Präferenzen sind, stellen sie keine Fehlentwicklung dar.

Allerdings ist ein nicht zu quantifizierender Teil des Ausgabenanstiegs in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch auf effizienzmindernde Organisationsstrukturen und Fehlreize zurückzuführen. Ursächlich hierfür sind die Besonderheiten des Gesundheitsmarkts. Die unterschiedliche Verteilung von Wissen über Befindlichkeit (Patient) und Behandlungsmöglichkeiten (Arzt) macht eine intensive Kooperation der Akteure zur Voraussetzung für eine hohe Qualität medizinischer Leistungen. Die individuellen Interessen, die das Verhalten von Patienten und Ärzten steuern, stehen jedoch häufig nicht im Einklang mit dem Ziel einer optimalen Behandlungsqualität. Da Versicherte ihre Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung durch ihr Verhalten nicht beeinflussen können, verhalten sie sich bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nur begrenzt kostenbewusst. Die Leistungserbringer sind wiederum aufgrund ihrer höheren Sachkunde in der Lage, die Nachfrage nach ihren Leistungen zu einem großen Teil selbst zu bestimmen. Gleichzeitig setzt das Honorierungssystem Anreize zur Mengenausweitung.

Im lohnbezogenen Finanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung sind auch die rein auf veränderten Präferenzen beruhenden Ausgabenzuwächse nur begrenzt finanzierbar. Treten gravierende Ineffizienzen im Leistungsgeschehen hinzu, dann stößt das System relativ schnell an seine finanziellen Belastungsgrenzen. Beim gegenwärtigen Niveau der Beitragssätze scheint im Hinblick auf die negativen Beschäftigungswirkungen diese Grenze nun

erreicht. Eine Abschwächung der Konjunktur und ein Anstieg der Arbeitslosigkeit führen in einer solchen Situation zu einem Rückgang der Einnahmen, durch den die Organisation der Gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich in Frage gestellt wird.

Zukünftig wird die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung zudem verstärkt von den demografischen Veränderungen bestimmt werden. Die zunehmende Alterung führt zu steigenden Ausgaben und zu sinkenden Einnahmen und wirkt in einem lohnbezogenen Finanzierungssystem somit erhöhend auf die Beitragssätze. Während eine schrumpfende Gesamtbevölkerung nur auf der Einnahmenseite belastend, auf der Ausgabenseite jedoch entlastend wirkt, macht sich ein steigender Altenquotient auf beiden Seiten beitragsatzerhöhend bemerkbar. Gravierende Auswirkungen des demografischen Wandels sind insbesondere dann zu erwarten, wenn man eine Versteilerung des Altersprofils der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung unterstellt und damit eine mit dem Alter zunehmende Differenz zwischen den Zuwachsraten von Ausgaben und Einnahmen.

Im Rahmen der Diskussion über die Finanzierungssituation werden zunehmend auch die Verteilungswirkungen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung problematisiert. In der Gesetzlichen Krankenversicherung findet über die einkommensabhängige Beitragserhebung im Umlageverfahren ein sozialer Ausgleich statt, der etwa 90 % der Bevölkerung einschließt. Die Gesetzliche Krankenversicherung übernimmt damit faktisch gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Da die private Krankenversicherung (PKV) sich über einkommensunabhängige Prämien finanziert, kommt es zu einer unterschiedlichen Behandlung von Gesetzlich und privat Versicherten. Diese können insofern als problematisch angesehen werden, als sich die privat Versicherten mit ihren in der Regel überdurchschnittlichen Einkommen nicht an der Finanzierung der gesamtgesellschaftlich aus-

gerichteten Einkommensumverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung beteiligen.

Der derzeitige soziale Ausgleich innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung weist Inkonsistenzen und erhebliche Mängel auf, so dass die angestrebten Umverteilungswirkungen nur eingeschränkt oder zumindest nicht effizient, d.h. nur unter Inkaufnahme unerwünschter „Nebenwirkungen“, erreicht werden. Auch wenn die lohnzentrierte Beitragserhebung sich an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten orientiert, führt sie doch zu Abweichungen vom Leistungsfähigkeitsprinzip.

- Ungleichbehandlung von Ehepaaren bei gleichem Haushaltseinkommen tritt auf, wenn das Haushaltseinkommen unterschiedlich auf die Ehepartner verteilt ist und ein Ehepartner ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bezieht.
- Die unterschiedliche Abgrenzung der versicherungspflichtigen Einkommen führt für freiwillig Versicherte und Pflichtversicherte mit Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze zu unterschiedlichen Beitragszahlungen.
- Ältere Versicherte zahlen im Durchschnitt geringere Beiträge als jüngere Versicherte mit gleichem Gesamteinkommen, da sie über einen höheren Anteil von nicht beitragspflichtigen Vermögenseinkünften verfügen.¹
- Durch die Begrenzung des Beitrags durch die Beitragsbemessungsgrenze zahlen Versicherte mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze einen relativ zu ihren gesamten Arbeitseinkommen geringeren Beitrag als Versicherte mit Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze.

Der Familienlastenausgleich fördert bei genauerer Betrachtung Familien nur sehr zielungenau und stellt damit kein effizientes Mittel zur gesamtgesellschaftlichen Familienpolitik dar.

¹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung [2002], Gutachten 2002, Ziffer 146. Rentner zahlen derzeit noch auf Versorgungsbezüge und Einkommen aus selbständiger Tätigkeit den halben Allgemeinen Beitragssatz. In den Konsensgesprächen wurde beschlossen, auch auf diese Einkommen zukünftig den vollen Beitragssatz zu erheben.

- Aufgrund der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern werden Einverdienerfamilien mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze gegenüber Doppelverdienerfamilien mit gleichem Gesamteinkommen begünstigt, da sie nur den Maximalbeitrag zahlen. Diese Bevorzugung von Familien mit hohem Einkommen widerspricht dem Prinzip der horizontalen Gleichbehandlung.
- Eine Nettobetrachtung, die die gezahlten Beiträge von Familien den in Anspruch genommenen Leistungen gegenüberstellt, zeigt, dass durch die beitragsfreie Mitversicherung Familien mit Kindern nur in geringem Maße, vor allem jedoch ältere Einverdienerhepaare ohne Kinder begünstigt werden.²

Die zu vermutenden Ineffizienzen in der Leistungserbringung sprechen für grundlegende Reformen auf der Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung, die darauf abzielen, dass die gegebenen Mittel wirtschaftlicher und qualitätsbewusster eingesetzt werden. Hierdurch würde gleichzeitig Druck auf der Einnahmenseite reduziert. Kurzfristige ausgabenseitige Reformen sind unverzichtbar, verschaffen dem Gesundheitssystem allerdings lediglich eine, wenn auch wichtige, Atempause. Längerfristig gilt es, zusätzlich die Finanzierung des Teils des überproportionalen Ausgabenanstiegs dauerhaft zu sichern, der sich aus der demografischen Entwicklung, dem medizinisch-technischen Fortschritt und veränderten Präferenzen ergibt. Hierzu sind einnahmenseitige Reformen unabdingbar. Diese sollten auch die inkonsistenten Verteilungswirkungen beseitigen.

Die Kommission wurde von der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung am

Anfang des Jahres 2003 gebeten, den Kommissionsauftrag dahingehend zu erweitern, bis Mai 2003 der Bundesregierung Empfehlungen vorzulegen, die gleichermaßen geeignet sein sollen, die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung spürbar zu senken wie die Nachhaltigkeit der Finanzierungsstruktur zu erhöhen. Die Kommission ist dieser Bitte dahingehend gefolgt, dass die Arbeitsgruppe Krankenversicherung am 9. April 2003 mehrheitlich einen Zwei-Stufen-Plan vorgeschlagen hat: kurzfristige Stabilisierungsmaßnahmen und Maßnahmen zur Sicherung der langfristigen Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Auf die von der Arbeitsgruppe Krankenversicherung empfohlenen kurzfristigen Maßnahmen mit einem Gesamtvolumen von ca. 20 Mrd. € wird hier nicht mehr eingegangen, da sie von der Bundesregierung aufgegriffen wurden und in modifizierter Form in den konkreten Gesetzgebungsprozess einfließen sollen.³

Jenseits dieser kurzfristigen Sparmaßnahmen erachtet die Kommission grundlegende ausgabenseitige Strukturreformen der Gesetzlichen Krankenversicherung als notwendig, die die Voraussetzung für mehr Wettbewerb schaffen und Anreize für wirtschaftliches Verhalten der Beteiligten setzen. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung können verbessert werden, wenn der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern intensiviert wird. Einheitsverträge und Anbietermonopole verhindern einen effizienzorientierten Wettbewerb. Die Transparenz von Qualität und Wirtschaftlichkeit muss verbessert werden. Außerdem gilt es, Prävention und Rehabilitation zu stärken. Diese ausgabenseitigen Reformen sind vorrangig erforderlich, allein jedoch nicht ausrei-

² Die Gesamtnettozahlungen an Familien beträgt nur etwa 2,5% der Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, da die Gruppe der Familien über überdurchschnittliche Einkommen verfügt. Dabei steigt im Durchschnitt das Einkommen von Familien mit der Anzahl der Kinder an. Das Durchschnittsfamilieneinkommen von Ehepaaren mit mindestens einem mitversicherten Kind liegt über der Beitragsbemessungsgrundlage, wobei Doppelverdiener ein höheres Einkommen als Einverdienerfamilien beziehen. Vgl. Rosenschon, A. [2001], Familienförderung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme, Institut für Weltwirtschaft, Kieler Arbeitspapiere Nr. 1071, Kiel, S. 10 ff. Pfaff, Anita B. [1993]: Familienhilfe – Familienlastenausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 42 (1993) 12, S. 304 ff. Wenzel, D. [1999]: Finanzierung des Gesundheitswesens und interpersonelle Umverteilung, Frankfurt, S. 167 ff.

³ Die Berechnungen der Kommission haben gezeigt, dass eine Quantifizierung von Einsparpotenzialen in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit außerordentlichen Schwierigkeiten verbunden ist.

chend, um die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu sichern. Daher hat die Kommission finanzierungsseitige Reformen für eine dauerhafte und beschäftigungsfreundliche Finanzierung erarbeitet.

4.2 GRUNDPRINZIPIEN UND ZIELE DER GESUNDHEITSREFORM

Die Kommission ist der Auffassung, dass eine Gesetzliche Krankenversicherung bestimmte Anforderungen erfüllen muss. An erster Stelle steht die Sicherstellung der Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen, d.h. die Gewährleistung einer medizinisch hochstehenden Versorgung für alle Versicherten. Dabei sind Reformvorschläge für das Gesundheitswesen auch im Hinblick auf die zu erwartenden Effekte für den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung („Public Health“) zu bewerten, d.h. auch im Hinblick auf Versorgungsstrukturen, auf die Qualität medizinischer Leistungen und auf den Zugang zu medizinischen Leistungen.

Um die angestrebten Ziele zu erreichen, ist eine Versicherungspflicht ebenso unverzichtbar wie der Kontrahierungszwang auf der Seite der Krankenversicherungen. Eine Selektion nach dem Gesundheitszustand oder bestimmten Risikoprognosen ist abzulehnen. Die Anreize zu einer solchen Selektion müssen – auch durch einen geeigneten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – minimiert werden. Die Kommission spricht sich in diesem Zusammenhang gegen eine altersabhängige Leistungsausgrenzung aus. Neben dem als selbstverständlich anzusehenden Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken sollte auch ein Ausgleich zwischen Alten und Jungen stattfinden, damit für ältere Versicherte die Gesundheitsabsicherung bezahlbar bleibt. Eine Differenzierung der Beiträge nach Männern und Frauen wird abgelehnt. Ein Ausgleich zwischen Versicherten mit Kindern und Versicherten ohne Kinder ist familienpolitisch geboten. Und schließlich muss ein sozialer Ausgleich sicherstellen, dass alle Versicherten

unabhängig vom Einkommen vollen Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen erhalten.

Die spezifische Zielsetzung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung kann durch verschiedene Kriterien operationalisiert werden.

Ein wichtiges Kriterium für ein dauerhaft tragfähiges Finanzierungssystem ist seine Verträglichkeit mit Beschäftigung und Wachstum. Eine wesentliche Vorgabe für die Kommission ist es, die Abgabenlast auf den Faktor Arbeit einzuschränken, um die Wachstumschancen und Beschäftigungsmöglichkeiten der gesamten Volkswirtschaft nicht zu beeinträchtigen.

Neben seiner Wachstumsfreundlichkeit sollte ein Finanzierungskonzept auch nach seiner Konjunkturabhängigkeit beurteilt werden. Anzustreben ist eine Beitragserhebung, die möglichst konjunkturelle Schwankungen nicht verstärkt, d.h. nicht prozyklisch wirkt.

Die Art der Finanzierung muss zudem unter dem Blickwinkel möglicher Auswirkungen auf die Effizienz der Leistungserbringung überprüft werden. Finanzierungsformen, die den Wettbewerb unter den Leistungserbringern nicht fördern oder sogar einschränken, können negative Nebenwirkungen auf die Effizienz der Leistungserbringung ausüben und damit das Kosten-Leistungsverhältnis der Gesundheitsversorgung verschlechtern.

Neben den interpersonellen Umverteilungswirkungen gilt es insbesondere vor dem Hintergrund der Bevölkerungsalterung die intergenerativen Verteilungseffekte zu berücksichtigen. So erachtet es die Kommission als nachteilig, wenn die Lasten der Finanzierung des Gesundheitssystems einseitig auf künftige Generationen verlagert werden.

Darüber hinaus sollten Reformvorschläge stets unter dem Aspekt der administrativen Beherrschbarkeit und der Vereinbarkeit mit der Entwicklung des Europäischen Binnenmarkts beurteilt werden.⁴

KASTEN 4-1: TRANSPARENZ UND QUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN

– STÄRKUNG DER VERBRAUCHER – UND PATIENTENSOUVERÄNITÄT

Die Rolle des Verbrauchers im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren verändert. Viele Patienten und Versicherte haben den Wunsch, sowohl im unmittelbaren Behandlungsgeschehen als auch in den Strukturen des Gesundheitswesens besser beteiligt zu werden. Partizipation ist dabei ein wesentlicher Faktor für Effizienz und Qualitätsentwicklung, aber auch für die Akzeptanz des um seine Legitimation ringenden solidarischen Gesundheitssystems. Je souveräner Patienten und Versicherte als Verbraucher im System agieren, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass Mittel effizient und zielgenau eingesetzt werden. Versicherten- und Patientenbeteiligung ist daher eine strukturelle Bedingung für Qualität und Wirtschaftlichkeit, und damit für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems.

Verbrauchersouveränität und Systemverantwortung

Damit Patienten und Versicherte ihre Rolle als mündige Verbraucher wahrnehmen können, müssen ihnen die im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen und ihre Kosten transparenter gemacht werden. Vorliegende Qualitätsdaten über medizinische, pflegerische und rehabilitative Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (Entwicklung transparenter Benchmarkingsysteme) sind deshalb in für Verbraucher verständlicher Weise zu veröffentlichen und nutzbar zu machen. Versicherte und Patienten können darüber hinaus durch gezielte Anreizsysteme zu wirtschaftlich und gesundheitspolitisch sinnvollem Verhalten motiviert werden.

Stärkung der Position von Patientinnen und Patienten

Die Rolle der Patientinnen und Patienten als mündige Partner im Behandlungsgeschehen ist zu stärken. Das betrifft auch ihre rechtliche Position gegenüber Ärzten und Pflegekräften, die in Deutschland durch Gesetz und Rechtsprechung definiert wird. Diese Rechte werden indes nicht immer in ausreichender Weise wahrgenommen. Um diese Rechte von Patientinnen und Patienten konkret mit Leben zu füllen, sind unabhängige Information und Beratung notwendig. Darüber hinaus ist die Rechtsstellung des Patienten im Fall eines Behandlungsfehlers zu stärken.

Verbraucherbeteiligung und Qualitätsentwicklung

Patientinnen und Patienten verfügen über wertvolles Erfahrungswissen, das auf den unterschiedlichen Entscheidungsebenen des Gesundheitswesens unverzichtbar ist, um die Qualität der Versorgung weiterzuentwickeln. Eine angemessene Beteiligung von Patientenvertretern ist daher in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu gewährleisten. Der von der Bundesregierung geplante Patientenbeauftragte kann hier eine wichtige Scharnierfunktion übernehmen.

4.3 KONZEPTIONELLE ALTERNATIVEN ZUR LOHNZENTRIERTEN FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Die derzeitige ausschließlich lohnzentrierte Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist aufgrund der Veränderungen in den sozio-demografischen Rahmenbedingungen und aufgrund der im medizinisch-technischen Fortschritt begründeten Ausgabendynamik nicht mehr nachhaltig.

Diese Ausgabendynamik übt Druck auf die Beitragssätze aus. Aufgrund der heutigen Beitragserhebung wirkt dieser in doppelter Weise wachstumshemmend, nämlich sowohl gesamt-

wirtschaftlich als auch bezogen auf die Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Ein sinkender Anteil der beitragspflichtigen Einkommen am Bruttosozialprodukt als Folge der hohen Arbeitslosigkeit, eines wachsenden Anteils von Rentnern, von Leistungsrücknahmen bei den Renten und einer Verschiebung von gesamtgesellschaftlichen Lasten auf die Gesetzliche Krankenversicherung („Verschiebebahnhöfe“) erhöhen die Lohnzusatzkosten immer stärker – mit nachteiligen Konsequenzen für Beschäftigung und Wachstum. Eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik ist keine ausreichende Antwort auf die in einer alternden Gesellschaft gegebenen Chancen eines nach Maßgabe der Präferenzen der Versicherten wachsenden Gesundheitsmarkts.

4 Kritisch wurde angemerkt, dass diese Kriterien zusätzlich zu ergänzen bzw. zu detaillieren sind: Zur Nachhaltigkeit der Sozialen Sicherungssysteme gehöre die Verlässlichkeit individueller und kollektiver Versorgungsansprüche. Die vorgeschlagenen Finanzierungsoptionen sollten geeignet sein, einen dauerhaften, umfassenden und qualitativ hoch stehenden Leistungsanspruch zu gewährleisten. Dies sei ein wichtiges Element zur Legitimation eines jeden Versicherungssystems. Neben den beschäftigungs- und wachstumspolitischen Aspekten sei insbesondere auf die soziale Ausgewogenheit der Reformvorschläge zu achten. Damit werde das Thema der Verteilungs- und Belastungsgerechtigkeit bei der Bestimmung des Versichertenkreises wie der Beitragsbemessungsgrundlage angesprochen. Dies bedeute auch, dass im Hinblick auf die Beitragserhebung Versicherte mit gleich hoher Leistungsfähigkeit auch gleich behandelt werden. Kriterien für eine umfassende Strukturreform dürften dabei nicht nur wirtschaftlicher Art sein. Hier seien neben der Frage der Geschlechtergerechtigkeit auch der Aspekt von Partizipation und Transparenz im Gesundheitswesen sowie die soziale Verteilung von Gesundheitschancen bzw. -risiken mit zu berücksichtigen.

Zusätzlich ist die ausschließlich lohnzentrierte Finanzierung in hohem Maße konjunkturabhängig. In konjunkturell schwächeren Zeiten steigt die Bemessungsgrundlage weniger stark und eine Anhebung der Beitragssätze wird erforderlich, um die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren. Die steigenden Beitragssätze wiederum wirken sich negativ auf Wachstum und Beschäftigung aus.

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung kann nur durch grundlegende Reformen nachhaltig gesichert werden. Dazu gehört auch die Prävention und Rehabilitation sowie die Erhöhung der Versicherten- und Patientensouveränität. Ungeachtet dessen sind ausgabenseitige Strukturreformen unverzichtbar, ja vorrangig erforderlich. Sie sollten explizite Anreizmechanismen für ein wirtschaftliches Verhalten aller Akteure enthalten. Die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven ist jedoch allein keine nachhaltige Finanzierungsquelle. In der Kommission sind zwei konzeptionelle Alternativen entwickelt worden, um eine dauerhaft ergiebige und beschäftigungsfreundliche Finanzierung sicherzustellen:

- Eine die gesamte Bevölkerung umfassende Bürgerversicherung, welche von allen Bürgerinnen und Bürgern in Orientierung am Leistungsfähigkeitsprinzip über einkommensabhängige Beiträge zu finanzieren ist, wobei das Ziel der personellen Einkommensumverteilung integrierter Bestandteil des Systems bleibt.
- Das Modell pauschaler Gesundheitsprämien, das sich am Prinzip der Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung orientiert sowie die personelle Einkommensumverteilung aus dem Gesundheitsbereich ausgliedert und sie dem Steuer-Transfer-System zuweist.

Die Bürgerversicherung zielt bei der Finanzierung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf eine umfassendere Verwirklichung des Prinzips der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Einzelnen und auf eine integrierte personelle Einkommensumverteilung

ab. Der Versichertenkreis und die Beitragsgrundlagen werden auf alle Bürgerinnen und Bürger sowie auf alle Einkunftsarten ausgeweitet, die Versicherungspflichtgrenze wird abgeschafft und die Beitragsbemessungsgrenze angehoben, die Beiträge bleiben einkommensabhängig und der personelle Einkommensausgleich verbleibt innerhalb des beitragsfinanzierten Krankenversicherungssystems. Für die lohnabhängigen Beitragsteile bleibt es bei der paritätischen Finanzierung. Langfristiges Ziel ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen als Vollversicherung das medizinisch Notwendige absichern und die privaten Krankenversicherungen Zusatzversicherungen für Leistungen, die nicht medizinisch notwendig sind, anbieten. Es ist zu prüfen, ob und wie sich die privaten Krankenversicherungen am Angebot der Bürgerversicherung beteiligen können.

Das Gesundheitsprämienkonzept orientiert sich am Äquivalenzprinzip und zielt auf eine völlige Herausnahme der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung aus den Lohnzusatzkosten. Die Beiträge richten sich in Analogie zu Versicherungsprämien nach dem Leistungsvolumen und nicht nach der Höhe des Einkommens der Versicherten. Damit führen Prämiensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr automatisch zu einer Verteuerung des Faktors Arbeit. Das Gesundheitsprämienkonzept geht davon aus, dass der soziale Ausgleich mit einer höheren Zielgenauigkeit im staatlichen Steuer-Transfer-System realisiert werden kann. Angesichts der zukünftigen demografischen Herausforderungen sollen die privaten Krankenversicherungen als kapitalgedeckte Krankenvollversicherungen erhalten bleiben, aber einem deutlich schärferen Wettbewerb sowohl innerhalb ihres Segments als auch nach Möglichkeit zwischen den Systemen ausgesetzt werden. Langfristig wäre ein einheitlicher Ordnungs- und Regulierungsrahmen für Gesetzliche und private Krankenversicherungen möglich und erstrebenswert.

Beide Vorschläge sind in sich geschlossene Konzeptionen. Ihnen ist gemeinsam, dass sie

die beschäftigungsfeindliche Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung nahezu ausschließlich über die Löhne überwinden und alle anderen Einkommensarten zur Finanzierung der Gesundheitskosten sowie des sozialen Ausgleichs mit heranziehen. Sie unterscheiden sich jedoch in der Gewichtung der Ziele Wachstums- und Beschäftigungsverträglichkeit einerseits sowie der Organisation der gesundheitsunabhängigen Einkommensumverteilung andererseits.

Die Kommission empfiehlt der Politik, diese gesellschaftspolitische Grundsatzentscheidung über die zukünftige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung rasch zu treffen und damit die Voraussetzung für eine schrittweise, an einem Gesamtkonzept ausgerichtete Finanzierungsreform zu schaffen. Sie hält aber systemunabhängige Reformschritte auf der Einnahmenseite für möglich, mit denen auf die Verwerfungen im materiellen Ausgleich zwischen Allgemeiner Krankenversicherung (AKV) und Krankenversicherung der Rentner (KVdR) reagiert werden kann.

4.3.1 DIE BÜRGERVERSICHERUNG

Der nachfolgende Text stellt aus Sicht der Befürworterinnen und Befürworter das Konzept der Bürgerversicherung dar.

4.3.1.1 KERNELEMENTE UND ZIELE

Die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme hat die Aufgabe, Vorschläge für eine nachhaltige Finanzierung und Weiterentwicklung der Sozialversicherung zu entwickeln. Die Bürgerversicherung verfolgt konkret das Ziel, die Lohnzusatzkosten zu senken, die Beitragsgerechtigkeit zu erhöhen, die Konjunktur zu fördern und insgesamt die Gesetzliche Krankenversicherung für die kommenden demografischen Herausforderungen nachhaltig zu stärken.

Die Bürgerversicherung basiert auf der Überzeugung, dass die vielfältigen Herausforderungen der Gesetzlichen Krankenversicherung nur durch ein in sich geschlossenes Gesamtkonzept gelöst werden können. Die dafür notwendigen Maßnahmen können in drei Teilbereiche gegliedert werden:

- Erweiterung des Versichertenkreises durch eine Einbeziehung aller Gruppen der Bevölkerung, also auch von Selbständigen und Beamten. Die Versicherungspflichtgrenze wird aufgehoben. Dabei sind Zwischenschritte möglich.
- Erweiterung der Beitragsgrundlage durch eine Einbeziehung weiterer Einkunftsarten, insbesondere Einkünften aus Vermietung, Zinseinkünfte und Kapitaleinkünfte. Durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 € (Angleichung an die Rentenversicherung) und die Einbeziehung der anderen Einkunftsarten wird der allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen entsprechend gesenkt.
- Angebot von Zusatzversicherungen durch die private Krankenversicherung. Leistungen, deren medizinische Notwendigkeit nicht nachgewiesen werden kann oder die reinen Wellness-Charakter haben, können über private Zusatzversicherungen abgedeckt werden. Diese Versicherungen können von der privaten Krankenversicherungsbranche angeboten werden. Ein entsprechender Leistungskatalog könnte von einem Ausschuss definiert werden, welcher von der Gesetzlichen Krankenversicherung, der privaten Krankenversicherung, den Leistungsanbietern und Patientenvertretern besetzt wird. Alle medizinisch notwendigen und wirksamen Leistungen werden weiterhin über die Gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt. So wird der Wachstumsmarkt Medizin nicht beschränkt und trotzdem eine sich entwickelnde Zwei-Klassen-Medizin vermieden.

Die Wirkungen der Bürgerversicherung tragen dazu bei, die beiden wichtigsten Vorgaben der Kommission, die Senkung der Lohnzusatzkosten und die Stärkung der Nachhaltigkeit, zu erfüllen. Sie sind jedoch auch unter sozialpolitischen und arbeitsmarktpolitischen Aspekten zielführend:

Die Nachhaltigkeit wird gestärkt, da die Gesetzliche Krankenversicherung auf eine breitere Basis in Bezug auf Personen und Einkunftsarten gestellt wird. Einkünfte aus Vermietung sowie Kapital gehören zu den an Bedeutung gewinnenden Einkunftsarten, während die Einkünfte aus abhängiger Beschäftigung relativ abnehmen werden. Die Gesetzliche Krankenversicherung muss an allen Einkunftsströmen teilnehmen, um die langfristige Finanzierung nachhaltig zu stabilisieren. Insbesondere vor dem Hintergrund flexiblerer Vertragsbeziehungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist dies von hoher Bedeutung.

- Die Lohnzusatzkosten werden gesenkt, da die Mehreinnahmen aus der Verbreiterung der Beitragsbasis an die Versicherten weitergereicht werden. Insbesondere arbeitsintensive Unternehmen mit Beschäftigten im unteren Einkommensbereich profitieren von der Bürgerversicherung. Gerade für diese Gruppe von Beschäftigten sind Senkungen der Grenzbelastung von höchster Bedeutung. Die Grenzbelastung gibt an, wie hoch der zusätzliche Abgabenanteil eines Arbeitnehmers bei Einkommenssteigerungen ausfällt.
- Eine Konjunkturbelebung tritt ein, da durch die Bürgerversicherung insbesondere diejenigen Haushalte entlastet werden, die im unteren und mittleren Einkommenssektor liegen und eine entsprechend hohe Konsumquote aufweisen. Die Konjunktur kann auf einen erheblichen und andauernden Nachfragezuwachs bauen. Eine Belastung fällt im Wesentlichen an für Haushalte mit Bruttojahreseinkommen über 50.000 € (Familien mit Kindern) beziehungsweise über 35.000 € (Alleinstehende). Diese weisen bereits eine vergleichsweise hohe Sparquote auf.

- Die Stärkung der Solidarität und der sozialen Gerechtigkeit wird durch den Rückbau von Sonderregelungen erreicht. Die Sonderstellung von Beamten und Selbständigen wird beendet, um auch diesen Gruppen die Möglichkeit des Beitritts in die Gesetzliche Krankenversicherung zukünftig zu geben. Das „Rosinenpicken“ der privaten Krankenversicherung bei jungen, gesunden, gut verdienenden und häufig alleinstehenden Versicherten wird eingeschränkt. Die soziale Gerechtigkeit wird auch durch die gleichberechtigte Einbeziehung aller Einkunftsarten verstärkt. Eine unterschiedliche Zusammensetzung des individuellen Einkommens führt nicht mehr zu einer unterschiedlichen Heranziehung beim Beitrag.
- Die unbürokratische Lösung der Einziehung des Hauptanteils der Beiträge über den Arbeitgeber bleibt bestehen. Eine Erweiterung in Bezug auf die anderen Einkunftsarten kann ohne großen Zusatzaufwand und Bürokratie durch die Finanzämter abgewickelt werden. Insbesondere ist es nicht notwendig, dass der Versicherte einem Meldewesen unterworfen wird oder Anträge schreiben muss.
- Die Qualität der Versorgung wird erhöht, da die gesetzlichen Krankenkassen und die verkürzten Strukturen des Leistungsangebots einem konsequenten Qualitätswettbewerb ausgesetzt werden. Eine Mehrklassenmedizin wird abgebaut zugunsten besserer Standards für alle Versicherten für alle medizinisch notwendigen Leistungen. Einheitsverträge und Monopolstrukturen werden aufgelöst.
- Die Bürgerversicherung verbleibt mit ihrer Beitragserhebung im Rahmen der in Europa üblichen Verfahren. Die Beitragserhebung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip ist überwiegend verbreitet. Ausländische Krankenkassen haben sehr gute Möglichkeiten, sich im Bereich der Zusatzversicherungen oder auch der Vollversicherungen (weiter) zu etablieren. Der Ausbau des Risikostrukturaus-

gleichs hin zu einer besseren Abbildung der Morbidität nutzt dabei sowohl internationalen als auch den deutschen Krankenkassen, um einen echten Wettbewerb um beste Versorgungsqualität führen zu können und den Wettbewerb um ausschließlich gute Risiken zu beenden. Als weiteren Punkt wird die Bürgerversicherung die Wettbewerbsfähigkeit der gesamten deutschen Wirtschaft dahingehend stärken, im europäischen Binnenmarkt bestehen zu können.

4.3.1.2 VERSICHERTENKREIS

Die Anpassung des Versichertenkreises erfolgt durch zwei Einzelmaßnahmen. Diese sind die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und die Erweiterung des Versichertenkreises. Beide Maßnahmen führen dazu, dass die Gesetzliche Krankenversicherung weitere Personengruppen innerhalb der Gesamtbevölkerung umfasst.

AUFHEBUNG DER VERSICHERUNGSPFLICHTGRENZE

Die Bürgerversicherung sieht vor, dass die Versicherungspflichtgrenze – möglicherweise in Zwischenschritten – aufgehoben wird. Eine kontinuierliche Anpassung der Versicherungspflichtgrenze hat es bereits in der Vergangenheit gegeben und ist auch unstrittig, da die Löhne und Gehälter ebenfalls ansteigen. Eine starke Risikoselektion der privaten Krankenversicherung ist die Folge der Versicherungspflichtgrenze.

So wechseln in die private Krankenversicherung vorwiegend junge, gesunde Versicherte, welche bereits früh im Erwerbsleben Lohneinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erzielen konnten. Erkrankte Versicherte wechseln kaum, da sie erhebliche Zuschläge aufgrund ihrer Morbidität erwarten müssen. Ebenso wechseln ältere Versicherte kaum, da sie die Kapitalrückstellungen nicht mehr bilden können und so ebenfalls unmittelbar ein erhebliches Morbiditätsrisiko mit den Beiträgen abdecken müssen.

Die Versichertengruppe der jüngeren, gesunden und überdurchschnittlich einkommensstarken Versicherten unterstützt somit nicht mehr den solidarischen Ausgleich innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung. Darüber hinaus handelt es sich häufig um Alleinstehende. Chronisch erkrankte Versicherte, ältere Versicherte oder Familien mit mehreren Kindern hingegen stützen sich gegenseitig innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Solidarsystem, welches ausgerechnet die stärksten Mitglieder der Gesellschaft nicht enthält, macht keinen Sinn.

Auch empirisch kann nachgewiesen werden, dass Versicherte in der privaten Krankenversicherung eine niedrigere Morbidität aufweisen und somit geringere Krankheitskosten verursachen. Eine Auswertung von Umfragedaten der NFO Infratest Health aus dem Jahr 2002 über rund 60.000 Versicherte zeigt, dass insgesamt ein Drittel niedrigere Gesundheitsausgaben von privat Versicherten in der relevanten Altersgruppe der 30-40-Jährigen erwartbar sind.⁵ Diese Altersgruppe ist von entscheidendem Interesse, da sie die weitaus überwiegende Gruppe der Wechsler in die private Krankenversicherung stellt. Vorher werden derzeit in der Regel nicht die entsprechenden Lohneinkommen erzielt, in höherem Alter sind die Prämienleistungen der privaten Krankenversicherung unattraktiv bzw. die Familiengründung erfordert höhere Beitragszahlungen pro Versichertem in der privaten Krankenversicherung.

Abbildung 4-1 (Seite 153) zeigt, dass bei keiner der abgefragten Erkrankungen Versicherte der privaten Krankenversicherung durchgehend höhere Morbiditäten aufweisen. Hinzu kommt, dass die Einkommen der Versicherten in der privaten Krankenversicherung überdurchschnittlich hoch liegen und daher auch hohen Beitragszahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen würden.

⁵ Lauterbach, K., Lungen, M., Wendland, G., Klever-Deichert, G., Stock, S. und Gerber, A. [2003], Unterschiede in den Leistungsausgaben zwischen Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung und privaten Krankenversicherung. Empirische Analyse des Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Köln.

Eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze ist daher eine Maßnahme zur Stärkung der Solidarität innerhalb der Gesellschaft. Die Abwanderung von Versicherten mit günstigen Risiken in die private Krankenversicherung kann damit abgelöst werden. Die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze kann in Zwischenschritten erfolgen. In dieser Übergangsphase können die privaten Krankenversicherungen sich stärker auf das Angebot von Zusatzversicherungen spezialisieren.

Die Zusatzversicherungen können medizinische Leistungen abdecken, die in den Bereich der Luxusmedizin, der Wellness-Angebote und der medizinisch nicht notwendigen Verfahren gehören. Welche Leistungen konkret diese Definition erfüllen, könnte durch einen Ausschuss bestimmt werden, welcher von der Gesetzlichen Krankenversicherung, der privaten Krankenversicherung, den Leistungsanbietern und Patientenvertretern besetzt würde.

ERWEITERTE VERSICHERUNGSPFLICHT

Die Bürgerversicherung erweitert die Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch auf gesellschaftliche Gruppen, die bisher eine Sonderstellung in Bezug auf die Wahl der Versicherungssysteme hatten. Dies betrifft insbesondere Beamte, Selbständige und Sozialhilfeempfänger. Die Wirkung der Versicherungspflichtgrenze wird aufgehoben. Ein Vertrauensschutz für bestehende Verträge in der privaten Krankenversicherung wird eingerichtet. Durch die erfolgte Kapitaldeckung in der privaten Krankenversicherung sind diese bestehenden Verträge nicht gefährdet.

Da die Erweiterung der Versicherungspflicht auf weitere Bevölkerungsgruppen einen einschneidenden Schritt darstellt, ist der bereits vollzogene Wechsel von der Gesetzlichen Krankenversicherung in die private Krankenversicherung für einige Versicherte eventuell vor diesem neuen Hintergrund rückwirkend nicht mehr als erstrebenswert anzusehen. Gründe hierfür mögen die dadurch erforderliche Mitgliedschaft von Familienangehörigen in

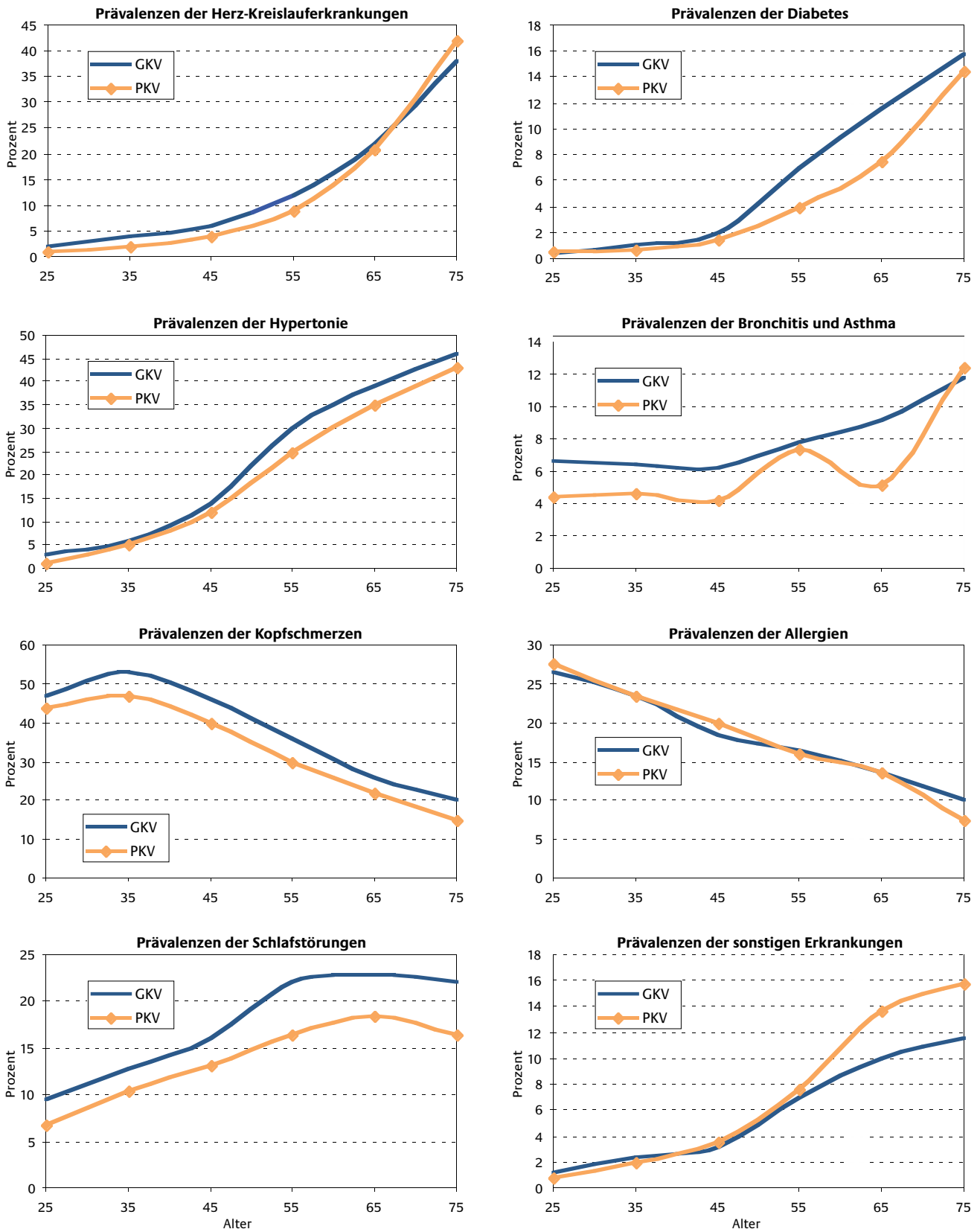
der Gesetzlichen Krankenversicherung sein (statt beispielsweise über den Beamtenstatus in der privaten Krankenversicherung). Ein weiterer Grund kann die Sorge vor stark steigenden Prämien in der privaten Krankenversicherung mit steigendem Lebensalter darstellen. Rückkehroptionen sollten auch für Beamte gelten.

Insgesamt wird vorgeschlagen, ein Rückkehrrecht von der privaten Krankenversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung für Versicherte einzurichten, die in den letzten 5 Jahren vor Umsetzung der hier vorgeschlagenen Änderung die Gesetzliche Krankenversicherung verlassen haben. Ein generelles Rückkehrrecht erscheint unsolidarisch, da damit auch ältere Versicherte, die im Verlaufe des Arbeitslebens mögliche Vorteile der privaten Absicherung nutzen konnten, nun auf Kosten aller gesetzlich Versicherten die Vorteile möglicher niedrigerer Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherung nutzen könnten. Ein generelles Rückkehrrecht wäre lediglich denkbar, wenn eine Überführung der Altersrückstellungen in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (beispielsweise in den Risikostrukturausgleich) möglich wäre. Die finanziellen Auswirkungen eines solchen Schritts bedürfen jedoch noch der quantitativen Abschätzung und rechtlichen Bewertung.

Insbesondere bei der Einbeziehung der Beamten scheint in der Vergangenheit oftmals ausgeführt worden zu sein, dass eine Änderung des Status quo der Beamten bei der Wahl der Krankenversicherung nicht mit Art. 33 Abs. 5 GG vereinbar wäre. Diese Auffassung hat sich in der Rechtsprechung jedoch nicht durchgesetzt. Als Gründe gelten:

- Das gegenwärtige Beihilfesystem ist erst in relativ jüngerer Vergangenheit ausgebildet worden.
- Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn kann verschiedene Ausgestaltungen erfahren.
- Die Zuschussregelung zur Gesetzlichen Krankenversicherung ist in der Umsetzung unproblematisch.

ABBILDUNG 4-1: PRÄVALENZEN VON VERSICHERTEN NACH ALTERSKLASSEN UND KRANKHEITSGRUPPEN



Quelle: Infratest, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln.

Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Urteil vom Nov. 2002 zudem klargestellt, dass die Grundsätze des Berufsbeamtentums – Fürsorgepflicht und Alimentationsprinzip – nicht beeinträchtigt werden, wenn der Umfang der Beihilfe begrenzt wird auf das Niveau der Patientinnen und Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung (Az.: 2 BvR 1053/98). Eine Verletzung von Art. 33 Abs. 5 GG ist nicht gegeben. Daher lässt sich keine Sonderstellung für Beamte in der Bürgerversicherung begründen. Die Rechtslage ist somit anders zu beurteilen als im Hinblick auf die Einbeziehung von Beamten in die Gesetzliche Rentenversicherung.

Es sollte geprüft werden, ob sich für Selbständige in der Gründungsphase eines neuen Unternehmens Hemmnisse aus einer Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Insbesondere ist zu analysieren, ob ihnen die Möglichkeit einzuräumen ist, spezielle Tarife für Unternehmensgründer für einen angemessenen Zeitraum zu wählen. Diese speziellen Tarife für Unternehmensgründer könnten beispielsweise einen niedrigeren Beitragssatz aufweisen oder auch an die Zahl der neu geschaffenen Arbeitsplätze gekoppelt sein. Geprüft werden sollte auch, ob die in diesen neu gegründeten Unternehmen arbeitenden Beschäftigten ebenfalls den speziellen Tarif in Anspruch nehmen können.

4.3.1.3 BEITRAGSBEMESSUNGSGRUNDLAGEN UND BEITRAGSERHEBUNG

Die Bürgerversicherung sieht die Ausgestaltung der Beitragsbemessungsgrundlage als weiteren entscheidenden Schritt an, um die Nachhaltigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken.

Gegenwärtig lastet das Beitragsaufkommen zum überwiegenden Teil auf dem Lohneinkommen. Dies führt zu einer Belastung der Lohnzusatzkosten von Unternehmen und somit zu einem Wettbewerbsnachteil im internationalen Vergleich insbesondere für arbeitsintensiv hergestellte Produkte.

Die vorgeschlagenen Reformschritte umfassen die

- Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf alle Einkunftsarten, insbesondere auch auf Einkünfte aus Vermögen, sowie die
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 € für alle Einkommensbestandteile und damit auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung.

EINBEZIEHUNG ALLER EINKUNFTSARTEN

Zusätzlich zu den Einkünften aus abhängiger Beschäftigung sollen weitere Einkunftsarten in die Beitragspflicht der Bürgerversicherung einbezogen werden. Dies sind Arbeitseinkommen nach § 15 SGB IV und Vermögenseinkommen.

Arbeitseinkommen ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus Land- und Forstwirtschaft, selbständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb. Diese Arbeitseinkommen werden den Einkommen aus abhängiger Beschäftigung gleichgestellt. Der Beitrag auf diese Einkommensarten ist vom Versicherten allein zu tragen und deshalb so hoch wie bei einem abhängig Beschäftigten der Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil zusammen.

Als Vermögenseinkommen sind zu berücksichtigen Einnahmen aus Kapitalvermögen nach § 20 EStG nach Abzug der Werbungskosten, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung nach § 21 EStG nach Abzug der Werbungskosten sowie ggf. weitere Einkünfte (§ 22 EStG). Dies entspricht dem umfassenden Einkommensbegriff des § 240 Abs. 1 SGB V.

Die Absicherung von Ehepartnern ohne eigenes Einkommen ist im Rahmen der Bürgerversicherung sowohl als beitragsfreie Mitversicherung als auch im Rahmen eines negativen Ehegattensplittings umsetzbar.

Die Betrachtung der horizontalen Gerechtigkeit erfordert zudem eine Abschätzung gegenüber dem gegenwärtigen Verfahren. Die völlige

ge Ausgrenzung von Einkommensteilen führt zu sehr viel größeren Ungleichbehandlungen. Ein Versicherter mit niedrigem Lohneinkommen, jedoch hohem Einkommen aus Vermietung und Verpachtung liegt in seiner Beitragslast sehr viel niedriger als ein Versicherter mit gleich hohem Gesamteinkommen nur aus abhängiger Beschäftigung. Letzterer subventioniert derzeit den Ersteren.

Neben der besseren Umsetzung der Gerechtigkeit liegt ein weiteres Argument für die Einbeziehung aller Einkommensbestandteile in der Nachhaltigkeit des Beitragsaufkommens. Einkünfte aus Vermögen weisen im langfristigen Trend höhere Steigerungsraten auf als Einkünfte aus abhängiger Beschäftigung. Um die Nachhaltigkeit der Finanzierung zu steigern, ist die Einbeziehung dieser Einkunftsarten daher sinnvoll.

Die Umsetzung der Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Bemessung der Beitragspflicht kann auf vielfältige praktische Erfahrung zurückgreifen. So wurden freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner bis zum 1.4.2002 mit allen Einkommensbestandteilen verbeitragt. Zwar gilt dies auch nach der gesetzlichen Neuregelung, jedoch ist der Zugang zur KVdR (Krankenversicherung der Rentner) deutlich erleichtert worden, so dass auch die freiwillig Versicherten zum überwiegenden Teil nach der Verrentung Zugang zur KVdR haben, in der keine Beiträge auf sonstige Einkommen zu entrichten sind. Hintergrund der Neuregelung war die Absicht, eine Gleichstellung möglichst vieler Rentnerinnen und Rentner hinsichtlich der Beitragspflicht zu erreichen.

Die freiwillig Versicherten setzen sich aus vier Gruppen zusammen. Die langjährigen Erfahrungen in der Verbeitragung können als Grundlage für eine Einbeziehung von Einkünften aus Vermögen für alle Versicherten dienen.

- Freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner. Hierbei handelt es sich nicht um

Rentnerinnen und Rentner, deren Einkommen aus Renten oder anderen Einkommensarten oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Vielmehr wird die Freiwilligkeit der Versicherung über die Anzahl der Jahre in der Gesetzlichen Krankenversicherung während des Erwerbslebens bestimmt (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V). Mit Eintritt der Verrentung ist die Aufnahme in die KVdR möglich, wenn die nötige Vorversicherungszeit von „9/10 in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens“ erfüllt ist. Dies sei veranschaulicht am Beispiel einer verrenteten Führungskraft, die mit 26 Jahren eine versicherungspflichtige Tätigkeit aufgenommen hat und mit 64 Jahren den Rentenanspruch stellt. Im Alter von 35 Jahren überschreitet das Gehalt die Versicherungspflichtgrenze. Danach bleibt der Versicherte bis zur Rentenanspruchstellung ohne Unterbrechung als freiwilliges Mitglied in seiner Krankenkasse. Entscheidend für die Aufnahme in die KVdR ist die Tatsache, dass vom 45. bis zum 64. Lebensjahr („zweite Hälfte“) 9/10 des Zeitraums mit Zeiten in der Gesetzlichen Krankenversicherung belegt wurden. Im konkreten Fall darf eine etwaige Lücke in der Versicherungszeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung maximal ca. 2 Jahre ($1/10 \cdot 19 \text{ Jahre} = 22,8 \text{ Monate}$) betragen. Da die Vorversicherungszeit zu 100% erfüllt wurde, besteht kein Hindernis für die Aufnahme in die KVdR. Anderenfalls wäre die verrentete Führungskraft als freiwillig versicherter Rentner in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert. In diesem Fall wären auch Beiträge auf sonstige Einkommen zu entrichten.

- Freiwillig versicherte Ehefrauen. Hierbei handelt es sich um Ehefrauen, die – wegen Überschreitens der Einkommensgrenzen oder weil der Ehemann nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist – keinen Anspruch auf Familienversicherung haben. Rechtsgrundlage für den Beitritt ist § 9 SGB V. Bei fehlenden Einkünften ist ein Mindest-

beitrag nach § 240 Abs. 4 S. 1 SGB V zu entrichten. Ist der Ehegatte nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert, sind dessen Einkünfte aufgrund eines bestehenden Unterhaltsanspruchs unter Umständen mit zu berücksichtigen.

- **Freiwillig versicherte Selbständige.** Selbständige unterliegen derzeit generell nicht der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wird eine selbständige Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt, werden durch sie sogar andere Versicherungspflichttatbestände verdrängt (§ 5 Abs. 5 SGB V). Die zu berücksichtigende Mindestbemessungsgrundlage ist bei hauptberuflich selbständig Tätigen deutlich höher als bei den übrigen freiwillig Versicherten (§ 240 Abs. 4 S. 2 SGB V).
- **Sonstige freiwillig Versicherte.** Z.B. Berufslose, Personen ohne Beschäftigung oder Rente, geschiedene Ehegatten ohne Beschäftigung oder Rente.

Die Bürgerversicherung schlägt letztendlich die Gleichbehandlung von freiwillig Versicherten mit den Pflichtversicherten in Bezug auf die anderen Einkommensarten vor. Daher kann auch das zukünftige Verfahren an das bestehende Verfahren anknüpfen. Alternativen sollten jedoch geprüft werden. Für die konkrete Umsetzung bieten sich zwei alternative Vorgehensweisen an:

1. **Gegenwärtiges Verfahren bei freiwillig Versicherten.** Das gegenwärtige Verfahren basiert auf einer Abgabe der Einkommensteuererklärung eines Vorjahres durch den Versicherten bei der Krankenkasse sowie auf Meldungen von Rentenversicherungsträgern und Zahlstellen von Versorgungsbezügen (bei entsprechender Einkommensart). So muss beispielsweise für die Berechnung der Beiträge des Jahres 2003 die Einkommensteuererklärung des Jahres 2001 (bis zum 31.03.2002) abgegeben werden. Der entsprechende Bescheid wurde dem Versicherten durch das Finanzamt im Jahr 2002 zuge-

stellt. Etwaige Einsprüche oder Rechtsverfahren bleiben dabei unberücksichtigt. Die auf der Grundlage der Einkommensteuererklärung ermittelten Beiträge werden nicht als Abschlag, sondern als endgültig angesehen. Bisher gab es eine Ausnahme bei Existenzgründern, bei denen auf Einkommensteuerbescheide wegen Neugründung einer Firma noch nicht zurückgegriffen werden kann.

Für Einkommen aus Renten und sonstigen Versorgungsbezügen werden derzeit Mitteilungen der jeweiligen Träger an die Krankenkassen versandt. Diese können daraus versichertenbezogen das beitragspflichtige Einkommen entnehmen. Die Einkommensteuererklärung dient somit lediglich der Verbeitragung der Einkünfte aus Vermögen und Kapital. Kritisch gesehen werden muss, dass in der Steuererklärung ein Freibetrag Berücksichtigung findet und somit bei geringen Einkünften aus Kapital kein zweifelsfreier Nachweis gelingt, falls der Versicherte nicht kooperiert. Weniger kritisch ist zu sehen, dass ein Rentenbezieher eventuell angibt, nicht einkommensteuerepflichtig zu sein, und daher keine Einkommensteuererklärung vorweisen kann. In diesen Fällen wird von den Krankenkassen derzeit eine sogenannte Nicht-Veranlagungs-Bescheinigung verlangt, die vom Finanzamt ausgestellt wird.

Für die mögliche Ausweitung der derzeitigen Lösung auf alle Versicherungspflichtigen sollten einige Anpassungen vorgenommen werden. Da die Anzahl der Versicherten ohne Einkommensteuererklärung beträchtlich ist, sollte ein alternatives Verfahren angewandt werden. Es bietet sich die Vorgehensweise der Selbstauskunft an, bei der die Versicherten angeben, welche Einkommensarten neben dem Lohneinkommen bestanden haben. Auf einer Jahresbasis wird daraus der Beitrag für das aktuelle Jahr berechnet. Von einer Abschlagslösung sollte weiterhin Abstand genommen werden. Bei Weigerung des Versicherten zur Entrichtung der Beiträge greift ein übliches Mahnverfahren.

Bei pflichtversicherten Beschäftigten kann der maximale „Auffüllbetrag“ für die zusätzlichen Einkünfte zukunftsorientiert für ein Jahr anhand der Jahresmeldung festgesetzt werden – mit der Möglichkeit der Beitrags-erstattung bei tatsächlicher Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze.

2. Poollösung für Einkünfte aus Vermögen über den Risikostrukturausgleich. Die Pool-lösung sieht vor, dass die vom Finanzamt insgesamt besteuerte Summe für die Einkommensarten Kapital und Vermögen mit einem Beitrag für die Krankenversicherung belegt wird. Das Finanzamt zieht diese Summe vom Versicherten ein. Die Summe wird insgesamt in den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen eingespeist und kann so die Finanzkraft der Krankenkassen stärken bzw. den Ausgleichsbedarfssatz senken. Eine Freistellung von privat Versicherten ist auf Antrag möglich. Diese reichen ihre Freistellung zusammen mit der Steuererklärung ein. Dies gilt sinn-gemäß für Personen, die bereits Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze entrichten. Auch bei diesem Verfahren kann es sein, dass ein geringer Teil der Versicherten keine Steuerklärung abgibt, obwohl diese notwen-dig wäre für die Verbeitragung (beispiels-weise Rentnerinnen und Rentner). Jedoch liegen die Vorteile in einem geringeren Auf-wand des Verfahrens, einer geringeren Be-lastung der Versicherten mit Bürokratie und einer einheitlichen Erfassung für Steuer-recht und Sozialrecht. Die Freibeträge des Steuerrechts würden entsprechend zu über-nehmen sein.

Über diese Poollösung könnten auch nach Einführung der Abgeltungssteuer Beiträge auf Kapitaleinkommen erhoben werden. Die Kreditinstitute würden dann neben den Steuern auch die Beiträge zur Krankenversicherung auf die Kapitaleinkommen erheben. Diese würden über den Risikostruktur-

ausgleich den Krankenkassen zufließen. Die Kapitaleinkommen von nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten, etwa privat Versicherten und ausländischen Kapitalanlegern, sowie die Einkommen von Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, die oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, werden von der Verbeitragung befreit, wenn die Eigentümer entsprechende Befreiungsbescheinigungen der Krankenkasse oder des Finanzamts bei ihrem Kreditinstitut vorlegen. Der Versicherte erhält von seinem Kreditinstitut wieder-um eine Bescheinigung über die auf die Kapitalerträge gezahlten Beiträge, die er dann zur Endabrechnung der jährlichen Krankenversicherungsbeiträge dem Finanzamt einreichen kann.

Zusammenfassend scheint die Lösung über den Risikostrukturausgleich Vorteile in Bezug auf die Effizienz zu haben. Es entfällt jedoch die Zuord-nungsmöglichkeit zu einzelnen Krankenkassen sowie die Erfassung geringfügiger Einkommens-arten unterhalb der Steuerfreibeträge. Eine Lö-sung für den ersten Aspekt wäre die Angabe der Krankenkasse auf der Steuerkarte.

Wichtig ist, dass es bereits bestehende Lösun-gen für die Verbeitragung von Vermögensein-künften gibt. Diese befinden sich in der lang-jährigen Routine und sind akzeptiert. Ebenso kann die Erhebung auf eine ausführliche Recht-sprechung zurückgreifen und so bereits von Beginn an eine Rechtssicherheit gewährleisten.

Aus dieser Rechtsprechung lassen sich zudem weitere Detaillösungen ableiten:

- Einrichtung eines Freibetrages für Einkünfte aus Kapitalvermögen in Bezug auf die Bei-tragszahlung. Im Steuerrecht ist ein Freibe-trag von zurzeit 1.601 € auf Einkünfte aus Kapitalvermögen eingerichtet. Es wird vor-geschlagen, auch bei der Verbeitragung des Einkommens für die Gesetzliche Kranken-

versicherung diesen Freibetrag einzurichten. Dafür spräche, dass geringe Einkommen aus Kapital einen hohen Erfassungsaufwand bedeuten würden und die Bildung von Vermögen gerade bei Beziehern kleiner Einkommen gefördert werden soll. Zudem müsste die abweichende Behandlung im Steuerrecht und Sozialrecht begründet werden. Dagegen spräche, dass bei anderen Einkommensarten dieser Freibetrag nicht existiert (so bei Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung) und bereits eine Vielzahl von abweichenden Regelungen zwischen Sozial- und Steuerrecht auftreten. Die derzeitige Regelung bei der Verbeitragung bei freiwillig Versicherten sieht beispielsweise keine Freibetragsregelung vor.

- Eigene Beitragsbemessungsgrenze für Einkommensarten. Möglich wäre, neben die Beitragsbemessungsgrenze für Lohn Einkommen eine eigene Beitragsbemessungsgrenze für Kapital- und Vermögenseinkommen zu stellen. Dies hätte den Vorteil, dass die in der Praxis zu beobachtende heterogene Verteilung der Einkommen innerhalb der Bevölkerung exakter abgebildet werden könnte und so die Leistungsfähigkeit stärker Berücksichtigung findet. Beispielsweise könnten Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung mit höheren Freibeträgen, jedoch auch mit einer höheren Beitragsbemessungsgrenze heran gezogen werden. Dies würde nur Bezieher sehr hoher Einkommen belasten, die entsprechend leistungsfähiger sind. Der Nachteil läge in der fehlenden individuellen Beitragsgerechtigkeit für Personen mit gleich hohen Einkünften, die auf verfassungsrechtliche Bedenken stoßen könnte.

Beispiel:

- Arbeitnehmer A mit Arbeitsentgelt in Höhe der doppelten Beitragsbemessungsgrenze (6.900 €) entrichtet nur Beiträge aus der Beitragsbemessungsgrenze (= 3.450 €);
- Arbeitnehmer B mit gleich hohen Gesamteinkünften (Arbeitsentgelt 3.450 €, Mieteinkünfte 3.450 €) entrichtet den doppelten Beitrag.

Zentrales Gegenargument ist die Nichtgleichbehandlung gleicher Einkunftsarten. Daher wird eine eigene Bemessungsgrenze für unterschiedliche Einkommensarten abgelehnt.

- Brutto- oder Nettoeinkommen. Lohn Einkommen wird derzeit nach dem Bruttoprinzip herangezogen. Der Arbeitnehmer hat keine Möglichkeit, vor der Verbeitragung zunächst Werbungskosten oder Sonderausgaben abzuziehen. Eine Übertragung dieses Prinzips auf Vermögenseinkommen kann jedoch Härten hervorrufen, da die Kosten beispielsweise für die Erhaltung von vermietetem Wohneigentum beträchtlich sein können. Die Verbeitragung des Nettoeinkommens, also des verbleibenden Gewinns, wird daher für Einkünfte außerhalb der abhängigen Beschäftigung vorgeschlagen.
- Verrechnungsfähigkeit von positiven und negativen Einkommen in unterschiedlichen Einkommensarten. Die Verbeitragung aller Einkommensbestandteile wirft die Frage auf, inwieweit auch Verrechnungen zwischen diesen Bestandteilen statthaft sind. Das Steuerrecht sieht vor, dass negative Einkommensbestandteile mit positiven Einkommensbestandteilen verrechnet werden können. Verluste aus Vermietung können so mit Gewinnen aus Kapital verrechnet werden. Eine Übertragung auf das Sozialrecht würde einen Bruch mit den gegenwärtigen Grundsätzen der Beitragsbemessung bedeuten. So müssten nachträglich Beiträge auf Lohn Einkommen eventuell verrechnet werden. Eine Verrechnung von positiven und negativen Einkommen aus unterschiedlichen Einkommensarten sollte daher, insbesondere auch in Bezug auf Lohn Einkommen, ausgeschlossen werden.
- Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Anteile für andere Einkunftsarten. Für lohnbezogene Einkünfte soll es bei der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber bleiben. Auf Vermögenseinkommen ist durch den Versicherten ein Beitrag in Höhe des vollen Beitragssatzes zu entrichten.

- Zuordnung des Einkommens bei Verheirateten. Wie oben bereits angedeutet, ist die Herstellung der horizontalen Gerechtigkeit ein wichtiges Anliegen. Insbesondere sollen Verheiratete nicht schlechter gestellt werden als nicht verheiratete Paare. Die Zuordnung von anderen Einkunftsarten über die Steuererklärung scheint eine erprobte und sinnvolle Vorgehensweise zu sein.

FAZIT EINKUNFTSARTEN

Die Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Beitragsbemessung der Krankenversicherung ist in der Praxis für Teilgruppen (freiwillig Versicherte) bereits umgesetzt und hat sich in der Umsetzung bewährt. Neben dem etablierten Verfahren kann für Einkünfte aus Kapitalvermögen auch eine Poollösung über den Risikostrukturausgleich eingerichtet werden. Die Detailregelungen können auf eine ausführliche Rechtsprechung zurückgreifen.

ANHEBUNG DER BEITRAGSBEMESSUNGSGRENZE

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung bedeutet eine Stärkung des Leistungsfähigkeitsprinzips. Angesichts der Herausforderungen der Gesetzlichen Krankenversicherung scheint es vermittelbar, dass die Lasten zwischen den Einkommensgruppen stärker ausgeglichen werden. Die tatsächliche Belastung der Einkommensgruppen bleibt aufgrund der Beibehaltung einer Beitragsbemessungsgrenze weiterhin degressiv. Dies bedeutet, dass ein Bezieher sehr hoher Einkommen weiterhin einen niedrigeren durchschnittlichen Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlen muss als ein Bezieher mittlerer Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Damit ist die Solidarität der Einkommensstarken weiterhin gegeben, ohne jedoch zu einer Überlastung zu gelangen. Insbesondere ist eine Gleichstellung mit dem Steuerrecht ausgeblieben, wo auch sehr

hohe Einkommen mit einem (sogar steigenden) Spitzensteuersatz belegt werden.

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze führt zu einer Erhöhung des Beitragsvolumens, welches sich für Beitragssatzsenkungen nutzen lässt. Daher ist zu erwarten, dass die tatsächliche Mehrbelastung geringer sein wird als die prozentuale Anhebung vermuten lässt.

4.3.1.4 QUANTIFIZIERUNG VON FINANZIERUNGS- UND VERTEILUNGSEFFEKTEN

Die quantitativen Auswirkungen der Bürgerversicherung wurden im Rahmen eines Gutachtens berechnet, das von der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme an eine unabhängige Stelle in Auftrag gegeben wurde.⁶

- Grundlage der Berechnungen war eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 € und die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze sowie eine Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragspflicht. Durch diese Maßnahmen würde der Beitragssatz kurzfristig von jetzt 14,4 % auf 13,1 %, also um 1,3 Beitragssatzpunkte, sinken. Daran hat die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten einen Anteil von 0,5 Prozentpunkten und die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze einen Anteil von 0,8 Prozentpunkten.
- Die langfristige Wirkung nach Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger in die Gesetzliche Krankenversicherung, also auch der Selbständigen und Beamten, würde nochmals eine Absenkung um 0,7 Beitragssatzpunkte ermöglichen, also nach den Modellrechnungen der Kommission auf dann 12,4 % Beitragssatz. Noch nicht berücksichtigt ist in dieser Berechnung, dass die derzeit privat Versicherten niedrigere Leistungsausgaben verursachen als gesetzlich Versicherte. Diese Einsparungen müssten zusätzlich quantifi-

⁶ Bork, C. [2003], Gutachten zur Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen, Wiesbaden.

ziert werden. Erste Abschätzungen gehen davon aus, dass privat Versicherte rund ein Drittel niedrigere Leistungsausgaben in der relevanten Gruppe der 30-40-Jährigen aufweisen. Da ein Bestandsschutz für alle bereits privat Versicherten unabdingbare Voraussetzung für die Einführung einer Bürgerversicherung wäre, würde die Maßnahme erst langfristig Wirkung erzielen.

- Die Verteilung der Belastungen und Entlastungen zeigt, dass im Durchschnitt Haushalte bis zu einem Bruttohaushaltseinkommen von jährlich 35.000 € von der Einführung der Bürgerversicherung in ihrer Endstufe begünstigt würden. Drei- und Vier-Personenhaushalte würden sogar bis zu einem Bruttoeinkommen von rund 50.000 € begünstigt.
- Würde man im Gegensatz zur Bürgerversicherung ausschließlich die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze anheben, ergäben sich differenzierte Effekte. Einerseits würden die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in Branchen mit vielen Beschäftigten in unteren Lohngruppen entlastet, etwa in der Baubranche und im Gesundheitswesen. Andererseits stünden dem aber Belastungen von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern gegenüber in Branchen mit durchschnittlichen und überdurchschnittlichen Arbeitseinkommen, wie etwa Finanzdienstleister oder die Datenverarbeitung. Die alleinige Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze ist aber auch deshalb abzulehnen, weil sie zu einer Belastung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bei gleichzeitiger Entlastung der Rentnerinnen und Rentner führt (siehe Tabelle 4-1 nächste Seite).⁷

Gleichermaßen ist die alleinige Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten unter Beibehaltung der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze und des heutigen Versichertenkreises aufgrund der regressiven Wirkung abzulehnen.

4.3.1.5 FAZIT

Die Bürgerversicherung sieht vor, alle Bevölkerungsgruppen einschließlich der Selbständigen und Beamten im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung abzusichern. Dazu soll die Versicherungspflichtgrenze mit Zwischenschritten aufgehoben werden. Die Beitragsbemessungsgrenze wird der Höhe in der Gesetzlichen Rentenversicherung (derzeit 5.100 €) angepasst. Alle Einkunftsarten, also auch Einkünfte aus Vermietung und Kapital, sollen verbeitragt werden.

Der allgemeine Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung sinkt dadurch auf 13,1%. Langfristig lassen sich nach Modellrechnungen der Kommission Absenkungen bis auf 12,4% erreichen. Die Entlastung kommt insbesondere Beziehern kleiner und mittlerer Einkommen sowie Familien mit Kindern zugute. Haushalte mit 3 oder 4 Personen werden beispielsweise bis zu einem Haushaltsjahreseinkommen von rund 50.000 € nicht schlechter gestellt. Belastet werden insbesondere alleinstehende Versicherte mit hohem Jahreseinkommen über 35.000 €.

Die Entlastung kleiner und mittlerer Einkommensbezieher sorgt für eine Belebung der Nachfrage und eine Stützung der Konjunktur. Zudem ergeben sich positive Impulse für den Arbeitsmarkt in diesem wichtigsten Segment.

Die private Krankenversicherungsbranche erhält die verstärkte Möglichkeit, Zusatzversicherungen anzubieten. Diese Zusatzversicherungen decken medizinische Leistungen ab, bei denen kein Nachweis des medizinischen Nutzens vorliegt oder die Wellness-Charakter haben. Es soll geprüft werden, ob die privaten Krankenversicherungen sich am Angebot der Bürgerversicherung beteiligen können. Die gesamtwirtschaftliche Dynamik des Marktes Gesundheit wird damit genutzt.

Im Detail sieht die Bürgerversicherung vor, dass zunächst die Versicherungspflichtgrenze auf 5.100 € angehoben wird. Ein Rückkehr-

⁷ Die Berechnung berücksichtigt nicht, dass die Arbeitgeberanteile für die derzeit privat Versicherten im Durchschnitt unter dem halben Maximalbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Wird dies in die Berechnungen einbezogen, ergäben sich geringere Entlastungen und höhere Belastungen durch die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze.

recht für Versicherte, die in den letzten 5 Jahren in die private Krankenversicherung gewechselt sind, wird eingerichtet.

Die Bürgerversicherung dehnt die Verbeitragung auf alle Einkunftsarten aus, also auch auf Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Gewerbebetrieb, Vermietung und Kapital. Bei Einkünften aus Kapital soll ein Freibetrag von 1.601 € eingerichtet werden (entsprechend dem Steuerrecht). Für die Beitragsberechnung bei den zukünftig berücksichtigten Einkunftsarten wird lediglich der Gewinn zugrundegelegt. Bei Lohn-einkommen bleibt das bisherige Verfahren bestehen. Positive und negative Einkommen aus unterschiedlichen Einkunftsarten können nicht verrechnet werden. Die Höhe des Beitragssatzes umfasst sowohl den Arbeitgeber- als auch den Arbeitnehmerbeitrag. Es ist zu prüfen, ob für Existenzgründer spezielle Tarife eingeräumt werden sollen, die für einen angemessenen Zeitraum niedrigere Beitragssätze ermöglichen.

Die Erhebung der Beiträge auf die Einkunftsarten neben Lohneinkünften erfolgt im Rahmen der Steuererklärung über das Finanzamt. Das

Finanzamt behält die Beiträge ein und überweist diese an den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen.

4.3.2 GESUNDHEITSPRÄMIEN MIT STEUERFINANZIERTEM EINKOMMENAUSGLEICH

Der nachfolgende Text stellt aus Sicht der Befürworterinnen und Befürworter das Konzept der Gesundheitsprämien dar.

4.3.2.1 KERNELEMENTE UND ZIELE

Das Modell pauschaler Gesundheitsprämien erfüllt die wichtigsten Ziele der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme: Die Lohnzusatzkosten werden gesenkt, die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung wird auf eine nachhaltigere Finanzierungsbasis gestellt und es wird ein höheres Maß an Verteilungsgerechtigkeit verwirklicht.

Das Konzept der pauschalen Gesundheitsprämien besteht aus folgenden Kernelementen:

TABELLE 4-1: AUSWIRKUNGEN EINER ANHEBUNG DER BEITRAGSBEMESSUNGSGRENZE UND VERSICHERUNGSPFLICHTGRENZE AUF DIE BELASTUNG DER ARBEITGEBER NACH BRANCHEN ¹⁾

	Baugewerbe	Gesundheits- und Sozialwesen	Fahrzeugbau	Banken und Versicherungen	Datenverarbeitung
Durchschnittliche Beitragszahlung je Arbeitnehmer					
Status quo	1.665	1.374	2.187	2.001	1.725
Anhebung BBG, VPfG	1.618	1.334	2.163	2.000	1.772
Änderung gegenüber Status quo					
absolut	-47	-40	-25	-1	47
im Verhältnis zum Bruttolohn	-0,2 %	-0,2 %	-0,1 %	0,0 %	0,1 %
im Verhältnis zu Beitragszahlungen in Status quo	-2,8 %	-2,9 %	-1,1 %	-0,1 %	2,7 %

¹⁾ Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze auf 5.100 €
Quelle: SOEP, eigene Berechnung

- Die vollständige Abkehr von der einkommensbezogenen Beitragsbemessung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu Gunsten einer stärker am Äquivalenzprinzip orientierten Prämiengestaltung: Jeder erwachsene Versicherte zahlt eine Gesundheitsprämie, die für alle Versicherten derselben Krankenkasse gleich hoch ist. Zwischen den Krankenkassen werden sich als Ergebnis des Wettbewerbs um Effizienz unterschiedliche Prämienhöhen ergeben.
- Die Senkung der Lohnzusatzkosten durch die Abkopplung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung von den Arbeitseinkommen und damit den Arbeitskosten. Die bisherigen Arbeitgeberbeiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung werden zukünftig als Bruttolohnbestandteile ausgezahlt, die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung werden komplett aus den Lohnzusatzkosten herausgenommen.
- Die vollständige Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung von gesundheitsunabhängigen Umverteilungsaufgaben: Die über den krankenversicherungstypischen Solidarausgleich hinausgehende Einkommensumverteilung wird auf das Steuer-Transfer-System übertragen; Versicherte mit geringen Haushaltseinkommen erhalten steuerfinanzierte Prämienzuschüsse.

Mit diesen Schritten verfolgt das Konzept folgende Ziele:

- Die Gesetzliche Krankenversicherung wird auf eine nachhaltigere Finanzierungsbasis gestellt.
- Der Faktor Arbeit wird entlastet, indem die unmittelbare Verbindung zwischen Beitragsatzsteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und einer beschäftigungshemmenden Verteuerung des Arbeitseinsatzes überwunden wird.
- Es wird ein höheres Maß an Verteilungsgerechtigkeit verwirklicht und inkonsistente

Verteilungswirkungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden beseitigt, da im Steuer-Transfer-System sämtliche Einkommensarten und alle Steuerpflichtigen zur Finanzierung eines zielgenauen sozialen Ausgleichs herangezogen werden.

- Im Krankenversicherungssystem wird mehr Kosten- bzw. Preistransparenz hergestellt. Dies trägt zur Intensivierung des Leistungswettbewerbs zwischen den Krankenkassen bei.

Im System pauschaler Gesundheitsprämien erfolgt die Beitragsbemessung unabhängig von der Lohn- und Gehaltshöhe. Jeder erwachsene Versicherte einer Kasse zahlt also einen absolut identischen Beitrag, der den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben seiner Krankenkasse pro Person entspricht (Äquivalenzprinzip). Die Beiträge zwischen den einzelnen Krankenkassen unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Effizienz der Leistungserbringung und der Verwaltung der Kassen. Sie sind – wie bereits im gegenwärtigen System – Gegenstand des Kassenwettbewerbs, der sowohl einem Kontrahierungszwang als auch einem Diskriminierungsverbot unterliegt. Kinder sind wie bisher beitragsfrei mitversichert.

Mit der Abkehr von der lohnbezogenen Beitragsbemessung wird die formal paritätische Finanzierung aufgegeben: Der bisherige Arbeitgeberbeitrag wird den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern als Bruttolohn ausgezahlt.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung findet weiterhin der für Krankenversicherungen typische Solidarausgleich zwischen hohen und niedrigen Gesundheitsrisiken statt. Dies umfasst den Ausgleich zwischen gesunden und kranken sowie zwischen jungen und alten Versicherten. Alle weiteren, einkommensbezogenen Umverteilungselemente in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden in das Steuer-Transfer-System übertragen, insbesondere der Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Einkommen. Im Gesundheitsprämienmodell dienen steuerfinanzierte Prämienzuschüsse dazu,

einkommensbezogene Verteilungsziele zu erreichen: Versicherte mit geringem Einkommen erhalten einen steuerfinanzierten Zuschuss für die Aufbringung ihrer Gesundheitsprämie. Sie werden – je nach Höhe der Zuschüsse ganz oder teilweise – aus dem zusätzlichen Aufkommen finanziert, das sich aus der progressiven Versteuerung der als Bruttolohn ausgeschütteten Arbeitgeberanteile ergibt.

Die Gesetzliche Krankenversicherung wird so von Elementen eines einkommensbezogenen sozialen Ausgleichs entlastet, der zu den gesamtgesellschaftlichen Aufgaben zählt, daher letztlich als krankenversicherungsfremd einzustufen ist und zu inkonsistenten Verteilungswirkungen führt.

Die Wirkung einer Umstellung und damit die Argumente zugunsten einer Umstellung auf ein Gesundheitsprämiensystem werden im Folgenden näher erläutert.

NACHHALTIGKEIT IN DER FINANZIERUNG UND ENTLASTUNG DES FAKTORS ARBEIT

Die weitgehende Fixierung der Beitragsbemessung in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die Arbeitsentgelte wird überwunden. Die Gesetzliche Krankenversicherung kann so nachhaltiger finanziert werden, sowohl im Hinblick auf die Beitragsbasis als auch im Hinblick auf die Auswirkungen der Gesundheitsausgaben auf den Arbeitsmarkt und die Gesamtwirtschaft.

Die Einnahmenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung wird erweitert: Die Prämienzahlungen erfolgen unabhängig von der Höhe und Zusammensetzung des Gesamteinkommens eines Versicherten, während die Bemessung der steuerfinanzierten Prämienzuschüsse von der Höhe des Gesamteinkommens eines Versicherten abhängt und für die Zuschussfinanzierung wiederum alle steuerpflichtigen Einkommen herangezogen werden. Hierdurch

wird die Beitragsbasis stabilisiert und unabhängiger von konjunkturellen Schwankungen sowie steigender Arbeitslosigkeit. Der Finanzierungsbeitrag der Rentnerinnen und Rentner nimmt deutlich zu; ein steigender Anteil der Rentnerinnen und Rentner führt folglich nicht mehr unmittelbar zu Einnahmenverlusten in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Ausgabenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung beeinflusst nicht mehr unmittelbar die Höhe der Lohnzusatzkosten. Der Arbeitgeberanteil wird mit der Umstellung dem Bruttolohn zugeschlagen und ist ab diesem Zeitpunkt Gegenstand der tariflichen, betrieblichen und individuellen Entgeltvereinbarungen. Es ist zwar damit zu rechnen, dass dann neben anderen Bestandteilen der Lebenshaltungskosten auch die Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge zu einem möglichen Gegenstand von Lohnverhandlungen wird. Allerdings gibt es keinen Automatismus mehr, durch den sich steigende Beitragssätze in einer entsprechenden Erhöhung der Arbeitskosten niederschlagen.

Die beschäftigungshemmende bzw. -gefährdende Kopplung der Beitragshöhe an die Arbeitsentgelte wird somit überwunden. Eine solche Entlastung auf dem Arbeitsmarkt setzt gesamtwirtschaftliche Wachstumspotenziale frei, denn die geringe Beschäftigungsdynamik gilt als eine wesentliche Wachstumsbremse der deutschen Volkswirtschaft. Darüber hinaus wird Druck von der Gesundheitspolitik genommen, mit Rücksicht auf die Arbeitskosten generelle Deckelungen des Ausgabenanstiegs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen. Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass Wachstumspotenziale des Gesundheitsmarkts freigegeben werden und mehr Spielraum für eine präferenzgerechte Ausgabenentwicklung entsteht. Damit ein solcher Spielraum nicht zur Finanzierung ineffizienter Leistungserbringung genutzt wird, sind parallele ausgabenseitige Strukturreformen unerlässlich.

KASTEN 4-2: POSITIVE BESCHÄFTIGUNGSEFFEKTE EINES GESUNDHEITSPRÄMIENSYSTEMS

Die Erwartung positiver Beschäftigungseffekte eines Gesundheitsprämiensystems gründet auf dem Argument, dass eine Erhöhung der Lohnzusatzkosten durch steigende Beitragssätze in der Sozialversicherung zu einem Anstieg der Arbeitslosigkeit führt.

Wirkung von Lohnzusatzkosten auf den Arbeitsmarkt

Arbeitgeber können auf eine Zunahme der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung auf unterschiedliche Weise reagieren:

- Sie können versuchen, den dadurch bedingten Anstieg der Arbeitskosten in Form höherer Produktpreise zu überwälzen. Diese Anpassungsmöglichkeit wird durch die Preiselastizität der Güternachfrage und damit durch die Wettbewerbsposition eines Unternehmens, gerade auch in internationaler Hinsicht, beschränkt.
- Die Arbeitgeber können versuchen, als Kompensation für gestiegene Arbeitgeberbeiträge die Bruttolöhne der Arbeitnehmer entsprechend zu kürzen. Dies kann bei tarifvertraglich fixierten Löhnen nur mit zeitlicher Verzögerung gelingen. Auch betriebswirtschaftliche Gründe sprechen gegen eine rasche Kompensation auf diesem Wege. Arbeitgeber, die auf qualifizierte Arbeitnehmer angewiesen sind, werden sich darum bemühen, diese in ihren Unternehmen zu halten. Hierzu werden sie versuchen, Lohnfluktuationen ihrer qualifizierten Arbeitnehmer möglichst gering zu halten. Sie werden folglich Bruttolohnanpassungen als Reaktion auf gestiegene Arbeitgeberbeiträge entweder ganz unterlassen oder zumindest über eine längere Periode strecken.
- Gelingt Arbeitgebern weder eine Überwälzung steigender Lohnzusatzkosten auf die Produktpreise noch eine Rückwälzung auf die Arbeitnehmer-Bruttolöhne, müssen sie Arbeitskräfte entlassen, wenn sich die Rentabilität der Produktion nicht verringern soll. Für ein solches Anpassungsverhalten der Arbeitgeber spricht außerdem, dass von Entlassungen in der Regel nur die am wenigsten produktiven und damit eine relativ kleine Gruppe der Arbeitnehmer eines Unternehmens betroffen sind, während sich Bruttolohnanpassungen meist auf die Gesamtbelegschaft beziehen.

Da zudem in Deutschland – nicht zuletzt aufgrund der bestehenden Arbeitsmarktverfassung – der Reallohnwiderstand der Gewerkschaften hoch ist, kann man davon ausgehen, dass den Arbeitgebern kurz- bis mittelfristig keine vollständige Kompensation steigender Lohnzusatzkosten über Bruttolohnanpassungen gelingt. Handelt es sich zudem um Unternehmen, die im internationalen Wettbewerb stehen (vor allem in außenhandelsorientierten Branchen), werden sich höhere Lohnzusatzkosten in einem Anstieg der Arbeitslosigkeit niederschlagen, zumal wenn die konjunkturelle Situation keine Produktpreissteigerungen erlaubt.

Selbst wenn man den Fall einer vollständigen Kompensation steigender Lohnzusatzkosten über Bruttolohnanpassungen unterstellt, bedeutet dies nicht, dass die Entwicklung der Lohnzusatzkosten keinerlei Beschäftigungseffekte hätte. So wäre für sinkende Lohnzusatzkosten zu erwarten, dass in der gegenwärtigen Situation hoher Arbeitslosigkeit der Bruttolohn nicht entsprechend angehoben wird. Folglich würde sich die Rentabilität des Arbeitseinsatzes erhöhen.

Wirkung von pauschalen Gesundheitsprämien auf den Arbeitsmarkt

Im Hinblick auf eine Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung über pauschale Gesundheitsprämien ist festzustellen, dass sich allein durch die Umstellung bei vollständiger Ausschüttung des bisherigen Arbeitgeberbeitrags zur Gesetzlichen Krankenversicherung zunächst kein Beschäftigungseffekt ergibt. Auch würde nach einer arbeitskostenneutralen Umstellung auf Gesundheitsprämien eine Lohnerhöhung zu demselben Anstieg der Arbeitskosten führen wie sie im gegenwärtigen System der lohnbezogenen Beitragsbemessung führen würde, da die Lohnsteigerung auf einem entsprechend höheren Bruttolohnniveau aufsetzt.

Entscheidend für positive Beschäftigungseffekte ist allerdings – neben der vollständigen Entkopplung der Beitragsbemessung von den Arbeitsentgelten bei zukünftig überproportional steigenden Gesundheitsausgaben – die Veränderung der Grenzbelastungen der Arbeitsentgelte im Vergleich der beiden Finanzierungssysteme. Für den Fall eines Arbeitnehmers mit einem durchschnittlichen Bruttolohn in Höhe von ca. 2.200 € im heutigen System bzw. von 2.358 € nach Ausschüttung der Arbeitgeberanteile im Gesundheitsprämiensystem zeigt sich, dass die Grenzbelastungen im zweiten Fall deutlich beschäftigungsfreundlicher ausfallen:⁸ Eine Erhöhung des Nettolohns um 100 € erfordert im heutigen System der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Steigerung des Bruttolohns um 219 €, im Gesundheitsprämiensystem hingegen nur um 190 € (Annahmen: Steuerklasse I, keine Kinder). Noch stärker sinkt die Grenzbelastung im Gesundheitsprämiensystem für den Arbeitgeber: Er muss nur noch 214 € statt im heutigen System 265 € aufwenden, um den Nettolohn seines Arbeitnehmers um 100 € zu erhöhen. Somit bestehen im Vergleich zum Status quo größere Anreize zur Ausweitung des Arbeitsvolumens, das Gesundheitsprämiensystem ist daher beschäftigungsfreundlicher.

⁸ Durchschnittlicher Bruttolohn im heutigen System: Durchschnittliche Bruttolöhne und -gehälter je beschäftigten Arbeitnehmer (Inlandskonzept) für das Jahr 2002 gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. Der Bruttolohn erhöht sich um den ausgeschütteten Arbeitgeberbeitrag in Höhe von 7,2%.

ZIELGENAUERE VERTEILUNGSWIRKUNGEN

Durch die lohnbezogene Beitragserhebung in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird der Grundsatz der Leistungsfähigkeit gegenwärtig in vielfacher Weise durchbrochen. Eine Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung über pauschale Gesundheitsprämien ermöglicht eine höhere Zielgenauigkeit des sozialen Ausgleichs. In einem Gesundheitsprämiensystem bestreiten die Versicherten die Krankenversicherungsbeiträge unabhängig von der Zusammensetzung ihres Gesamteinkommens. Damit werden auch andere Einkunftsarten, z. B. Vermögenseinkommen, herangezogen. Die Zuschussbemessung orientiert sich an der Höhe des individuellen Gesamteinkommens. Die Steuerfinanzierung der Zuschüsse stellt sicher, dass alle steuerpflichtigen Einkommensarten erfasst und höhere Einkünfte progressiv stärker belastet werden.

Zugleich führt diese Steuerfinanzierung dazu, dass die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der einkommensbezogenen Umverteilung von allen Steuerpflichtigen wahrgenommen wird. Da mit dem Übergang zu Gesundheitsprämien die Arbeitgeberzuschüsse zu den Krankenversicherungsbeiträgen der privat Versicherten gleichermaßen besteuert werden, ist auch diese Gruppe an der Finanzierung des sozialen Ausgleichs beteiligt.⁹ Mit dem Übergang zu Gesundheitsprämien ist diese Einbeziehung aller Einkommensarten und der gesamten steuerpflichtigen Bevölkerung in den sozialen Ausgleich sofort und ohne Übergangsfristen möglich.

Im bisherigen Finanzierungssystem werden Familien mit gleichem Haushaltseinkommen je nach Aufteilung des Einkommens auf die Ehepartner unter Umständen sehr unterschiedlich belastet. Insbesondere zahlen Einverdiener-Ehepaare mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze aufgrund der beitragsfreien Mitversicherung von

Ehepartnern einen geringeren Beitrag als Doppelverdiener-Ehepaare mit gleichem Gesamteinkommen. Im Gesundheitsprämiensmodell werden Ehepaare unabhängig von der Aufteilung ihres Gesamteinkommens gleich behandelt.

HÖHERE EFFIZIENZ DES KRANKENVERSICHERUNGSMARKTES

Die Orientierung der Beitragsbemessung an den Gesundheitsausgaben erhöht die Kostentransparenz auf dem Krankenversicherungsmarkt. Jeder Versicherte sieht an der Höhe der Gesundheitsprämien den Preis für seine Gesundheitsversorgung. In einem Gesundheitsprämiensystem wird den Krankenversicherungen die Möglichkeit eröffnet, unterschiedliche Versicherungstarife adäquat zu kalkulieren. Damit können Anreize zu verantwortungsbewusstem Verhalten gesetzt und den Präferenzen der Versicherten weitergehend entsprochen werden.

Ein intensiver Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen ist wünschenswert, der auch die Qualität der Gesundheitsleistungen umfasst. Hierzu ist vordringlich, den Kassen eine größere Freiheit in der Wahl ihrer Vertragspartner unter den Leistungsanbietern einzuräumen. Zudem sollten Anreize beseitigt werden, dass die Versicherer ihre Wettbewerbsbemühungen auf die Selektion bestimmter Versichertengruppen richten. So macht es die gegenwärtige Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs bei einkommensabhängiger Beitragserhebung für Krankenkassen attraktiv, vor allem Versicherte mit überdurchschnittlichem Einkommen zu gewinnen, da einige Ausgabenkategorien nicht in den Ausgleich einbezogen werden. Insofern kann der Risikostrukturausgleich Unterschiede in der Einkommensstruktur zwischen den Krankenkassen nicht vollständig ausgleichen. Im Gesundheitsprämiensystem ist die Höhe der Beiträge dagegen nicht mehr von den Einkommen der Versicherten abhängig. Die Anreize

⁹ Für Beamtinnen, Beamte und Pensionäre wird ein fiktiver Zuschuss des Arbeitgebers in Höhe des halben Beitrags zur privaten Krankenversicherung der Besteuerung zu Grunde gelegt.

für die am Einkommen ausgerichtete Risikoselektion werden damit geringer.

Gleichzeitig kann das Ausmaß des Risikostrukturausgleichs deutlich verringert werden. In einem Gesundheitsprämiensystem entfallen die einnahmenseitig bedingten Risikostrukturunterschiede zwischen den Kassen (unterschiedliche Einkommensstruktur der Mitglieder). Der Risikostrukturausgleich beschränkt sich auf ausgabenseitige Ausgleichstatbestände (z. B. Alter, Geschlecht, Morbidität). Das Ausgleichsvolumen kann drastisch sinken, und zwar auf schätzungsweise etwa ein Drittel des gegenwärtigen Umfangs.¹⁰

Zur Erhöhung der Effizienz des Krankenversicherungsmarktes wird häufig gefordert, in begrenztem Umfang Wahltarife zuzulassen, um den unterschiedlichen Sicherheitspräferenzen der Mitglieder in der Gesetzlichen Krankenversicherung weitergehend zu entsprechen (z. B. in Hinblick auf individuelle Selbstbehalte oder die Erstattung alternativer Heilmethoden). Eine adäquate Kalkulation von Abwahlleistungen ist mit einer lohnbezogenen Beitragsbemessung kaum zu bewerkstelligen. Die heutigen Beiträge enthalten nämlich sowohl einen Risikoanteil als auch einen (über den Ausgleich der Gesundheitsrisiken hinausgehenden) Solidaranteil, die jedoch nicht explizit ausgewiesen werden (können). Das sinkende Ausgaberrisiko der Gesetzlichen Krankenversicherung, das aus der Abwahl von Leistungen bzw. der Wahl einer Selbstbeteiligung resultiert, dürfte lediglich zu einer Verringerung des Risikoanteils des Beitrags eines Versicherten führen. Der Solidaranteil müsste weiterhin bezahlt werden, um den Umfang des einkommensbezogenen Ausgleichs nicht zu verändern. Die (begrenzte) Wahl des Versicherungsumfangs in der Gesetzlichen Krankenversicherung würde im gegenwärtigen System lohnbezogener Beitragsbemessung entsprechend voraussetzen, dass der Risikoanteil des Wahlleistungsumfangs abgegrenzt wird. Diese Abgrenzung ist bei lohnabhängiger Finanzierung jedoch kaum möglich. Auch die Beitragskalkulation bei Zuwahlleistungen

wirft Schwierigkeiten auf, solange die Beiträge einkommensabhängig bemessen werden. In dem Ausmaß, in dem Versicherte mit überdurchschnittlichem Einkommen Zuwahlleistungen nicht wählen und damit nicht zum Solidarausgleich beitragen, kommt es zur Antiselektion.

In einem Gesundheitsprämiensystem, in dem die Beiträge einheitlich den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben einer Krankenkasse entsprechen, können dagegen die erwarteten Ausgaben für Wahlleistungen und damit die entsprechenden Beitragsnachlässe bzw. -zuschläge problemlos angeboten werden – so beispielsweise in der Schweiz.

Allerdings wäre eine Einführung von Wahltarifen im Hinblick auf Leistungsarten und Versicherungsumfang in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht unproblematisch. Schwierig gestaltet sich nicht nur eine dafür notwendige Abgrenzung von Grund- und Wahlleistungen, sondern auch die Austarierung der maximal wählbaren Selbstbeteiligung mit dem Ziel, das Verhältnis von Effizienzerhöhung und Risikoselektion zu optimieren. Zudem können destabilisierende Tarifwechsel der Versicherten nur unterbunden werden, wenn die Prämien nach aktuellem Gesundheitszustand differenzierbar sind oder Wechselmöglichkeiten der Versicherten eingeschränkt werden.

Die Versicherung des einkommensunabhängigen Krankengelds ist mit der Beitragsbemessung in einem Gesundheitsprämiensystem allerdings nicht mehr vereinbar, da das Krankengeld eine lohnabhängige Leistung ist und die Beiträge entsprechend in Abhängigkeit des Lohns festgelegt sind. Das Krankengeld sollte daher separat abgesichert werden.

EUROPATÄUGLICHKEIT

Ein Gesundheitsprämiensystem entspricht den Anforderungen des Europäischen Binnenmarkts. Die Umstellung des sozialen Ausgleichs von lohnbezogener Beitragsbemessung auf steuerfinanzierte Prämienzuschüsse

¹⁰ DIW [2001], Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen, Berlin, S. 168.

ermöglicht es auch ausländischen Versicherern, Krankenversicherungen in Deutschland anzubieten. Die für den Europäischen Binnenmarkt gültige Dienstleistungsfreiheit wäre damit auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt verwirklicht.

4.3.2.2 VERSICHERTENKREIS UND ROLLE DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG

Im gegenwärtigen System der Gesetzlichen Krankenversicherung können sich Versicherungspflichtige mit einem Einkommen oberhalb der (historisch gewachsenen) Versicherungspflichtgrenze durch einen Wechsel zur privaten Krankenversicherung den Belastungen durch die „versicherungsfremde“ Einkommensumverteilung entziehen. Beamten und Pensionären ermöglicht das Beihilfesystem eine private Absicherung, die den meisten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gesetzlich verwehrt ist.

Ein Gesundheitsprämiensystem kann nun sowohl auf den jetzigen Kreis der in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten beschränkt bleiben als auch auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt werden, d.h. auch auf Beamte, Selbständige und Bezieher hoher Einkommen.¹¹

Der Vorteil einer umfassenden Ausweitung wäre die Gleichbehandlung aller Personen in Form einer „Systempflichtmitgliedschaft“ bei freier Wahl der individuellen Krankenkasse. Es gäbe keine unterschiedlichen Systeme mehr mit willkürlich gezogenen Grenzen. Der Nachteil sind die zu erwartenden (verfassungs-) rechtlichen Probleme im Hinblick auf die Beschneidung der Betätigung der privaten Krankenversicherung.¹² Zumindest wären (aufwendige) Übergangslösungen im Sinne des Bestandsschutzes erforderlich. Verluste im Neugeschäft könnten private Krankenversicherer jedoch dann ausgleichen, wenn ihnen die

Möglichkeit eröffnet würde, ebenfalls Vollversicherungen nach dem Gesundheitsprämiensystem anzubieten.

Bleibe die bisherige Trennung zwischen Gesetzlicher und privater Krankenversicherung in einem Gesundheitsprämiensystem erhalten, würden die zu erwartenden Umsetzungsprobleme vor allem rechtlicher Art umgangen. Die Versicherungspflichtgrenze wäre zwar nach wie vor willkürlich gesetzt. Sie wäre allerdings kaum mehr verteilungspolitisch angreifbar, da im Gesundheitsprämiensystem die bisher von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragene einkommensbezogene Umverteilung über das allgemeine Steuer-Transfer-System finanziert wird, also auch Mitglieder in der privaten Krankenversicherung und sogar die Unternehmen hierzu herangezogen werden.

Eine Beibehaltung der heutigen Trennung von Gesetzlicher und privater Krankenversicherung wäre auch deshalb vorteilhaft, weil damit das gegenwärtige Ausmaß der Kapitalfundierung bestehen bliebe. Kapitaldeckung ermöglicht eine gleichmäßigere intertemporale und intergenerative Verteilung der Beitragslasten. In einem Gesundheitsprämiensystem wird zwar die Demografieabhängigkeit dadurch reduziert, dass ein steigender Rentnerquotient nicht mehr unmittelbar zu Einnahmeverlusten führt. Allerdings bleibt das System nach wie vor im Umlageverfahren organisiert, d.h. es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet, um damit zu späteren Zeitpunkten die Auswirkungen der Ausgabensteigerungen im Zuge der Alterung und des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Prämienentwicklung zu dämpfen (vgl. Kasten 4-3). Freilich können die Versicherten in Form von freiwilligen Alterssparverträgen Vorsorge gegen Beitragssteigerungen treffen, die durch eine alternde Bevölkerung im Umlageverfahren entstehen.

¹¹ In diesem Falle würde das Beihilfesystem abgeschafft und der Freibetrag für Vorsorgeaufwendungen für Selbständige entsprechend gekürzt.

¹² Grundsätzlich sind „angestammte“ Geschäftsfelder nicht verfassungsrechtlich geschützt. Allerdings beträfe der Ausschluss der privaten Krankenversicherung vom Vollversicherungsgeschäft auch den Bestandsschutz. Da die Rückstellungsbildung in der Regel unzureichend ist, sind die einzelnen Tarifkollektive in der privaten Krankenversicherung stets auch auf kontinuierlichen Neuzugang angewiesen, um die Beitragsbelastungen im Alter in einem vertretbaren Ausmaß zu halten.

KASTEN 4-3: KAPITALDECKUNG IN DER KRANKENVERSICHERUNG

In der Krankenversicherung steigt der Pro-Kopf-Bedarf an Gesundheitsleistungen mit zunehmendem Alter, insbesondere ab dem 40. Lebensjahr, kontinuierlich an. So sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung die durchschnittlichen Behandlungsausgaben für die Gruppe der Personen im Alter von 80 Jahren und darüber um etwa siebenmal höher als die für die Gruppe der 3- bis 18-jährigen.

Kapitaldeckung hat in der Krankenversicherung die Funktion, die Beitrags- bzw. Prämienentwicklung über die Versicherungsdauer hinweg zu glätten, d. h. möglichst „alterskonstant“ zu gestalten: Durch die Bildung von Deckungskapital sollen altersbedingte Beitragsanpassungen begrenzt werden. Zu diesem Zweck werden die Beiträge so kalkuliert, dass die Beitragseinnahmen in den ersten Jahren der Versicherungsdauer über den erwarteten Krankheitskosten liegen. Aus den Überschüssen werden für die Versicherten so genannte Alterungsrückstellungen gebildet. Diese Alterungsrückstellungen dienen der Abdeckung des Teils der zukünftigen Versicherungsleistungen, der – vor allem im höheren Alter – die Beitragseinnahmen übersteigt.

Es ist aber sehr unwahrscheinlich, dass durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen über die Inflation hinausgehende Beitragssteigerungen während der gesamten Versicherungsdauer vollständig vermieden werden können. Soweit bekannt ist, dass mit dem Alter die erwarteten Krankheitsaufwendungen steigen und den Krankenversicherern hierüber ausreichende Erfahrungsdaten vorliegen, kann dies in der Beitragskalkulation berücksichtigt werden. Solange individuelle Abweichungen vom altersbedingten Ausgabentrend zufällig verteilt sind, können die Beiträge stabil gehalten werden. In Frage gestellt wird die langfristige Beitragsstabilität jedoch durch nicht vorhersehbare Niveauverschiebungen des Ausgabentrends, insbesondere als Folge des lebensverlängernden medizinisch-technischen Fortschritts.

Aufgrund dieser Unsicherheiten sind die Prämien in der privaten Krankenversicherung nur dem Grundsatz nach „alterskonstant“: Für Gruppen von Versicherten mit identischem Eintrittsalter und Geschlecht sowie gleichen Leistungsansprüchen können konstante Prämien nur für die hypothetische Situation gleichbleibender Verhältnisse gewährleistet werden. Die Zusage der „Alterskonstanz“ schließt damit ausdrücklich sämtliche Ausgabensteigerungen aus, die nicht auf das durchschnittliche „Alterungsrisiko“ zurückzuführen sind. Im Hinblick auf diese Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung, wie der medizinisch-technische Fortschritt, aber auch die unerwartete Veränderung der Lebenserwartung innerhalb eines Versichertenbestands, erweist sich das gebildete Deckungskapital erfahrungsgemäß als nicht ausreichend, um langfristig stabile Beiträge zu garantieren. Dennoch können Alterungsrückstellungen dazu beitragen, Prämien erhöhungen im Alter substantiell zu dämpfen.

Insofern es nur darum geht, das durchschnittliche „Alterungsrisiko“ abzusichern, ist Kapitaldeckung in der Krankenversicherung nicht zwingend. Vorstellbar wäre ebenso, dass eine Absicherung gegen demografiebedingte Beitragssteigerungen im Rahmen der privaten oder betrieblichen kapitalgedeckten Altersvorsorge stattfindet. Ähnliches gilt im Hinblick auf Kosten als Folge des medizinisch-technischen Fortschritts: Die hierdurch verursachten Mehrausgaben lassen sich kaum exakt prognostizieren. Kapitaldeckung kann zwar zur Dämpfung daraus resultierender Beitragssteigerungen dienen, sie muss hierzu aber nicht in der Krankenversicherung erfolgen. Sinnvoll ist Kapitaldeckung in der Krankenversicherung vielmehr dann, wenn sie einen selektionsfreien Wettbewerb in einem System individueller Versicherungsverträge mit risikoäquivalenten Prämien ermöglicht. Die private Krankenversicherung leistet dies gegenwärtig nicht. Ein bislang noch nicht gelöstes Problem der Kapitaldeckung in der Krankenversicherung ist die faktisch stark eingeschränkte Möglichkeit zum Versicherungswechsel. Die heute in der privaten Krankenversicherung für jeden Versicherten gebildeten Alterungsrückstellungen stellen nur Durchschnittswerte dar. Daher müssen Alterungsrückstellungen, die sich im Nachhinein individuell als unzureichend erweisen, durch Deckungsüberschüsse ausgeglichen werden, die sich für Versicherte mit einer unterdurchschnittlichen Ausgabenentwicklung ergeben. Die privaten Krankenversicherer leiten hieraus die Notwendigkeit ab, Veränderungen in der Struktur ihrer Versichertenbestände zu vermeiden. Dieses Bestreben wird durch elementare, mit dem Alter zunehmende Wechselhemmnisse in der privaten Krankenversicherung unterstützt. Hierzu zählt nicht nur die erneute Risikoprüfung bei Versicherungsverwechslungen, sondern vor allem auch die fehlende Möglichkeit der Versicherten, die bislang aus ihren Prämien gebildeten Alterungsrückstellungen zu einem anderen Versicherer mitzunehmen. Diese Wechselhemmnisse führen dazu, dass um den überwiegenden Anteil der privat Versicherten, um den Bestand, fast kein Versicherungswettbewerb stattfindet.

Um den privat Versicherten die dauerhafte Möglichkeit zum Versicherungswechsel zu gewährleisten und damit den Wettbewerb zu intensivieren, müssten Alterungsrückstellungen prinzipiell transferiert werden können, d. h. „portabel“ gemacht werden. Dabei wäre es erforderlich, die Alterungsrückstellungen zum Wechselzeitpunkt so zu bemessen, dass ihre Höhe im Einklang mit dem aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten steht. Würden dagegen Alterungsrückstellungen jeweils in durchschnittlicher Höhe mitgegeben, könnten nur unterdurchschnittlich hohe Risiken ungehindert in eine andere Versicherung wechseln, und es käme zu unerwünschter Risikoselektion. Bislang verwiesen private Krankenversicherer stets auf Gutachten und Stellungnahmen, die zum Ausdruck bringen, dass diese Voraussetzungen für mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung nicht erfüllbar seien. Allerdings werden mittlerweile Überlegungen angestellt, wie die mit einer Portabilität und individualisierten Bemessung von Alterungsrückstellungen verbundenen Probleme gelöst werden können.¹³ Genau wie ein funktionierender Risikostrukturausgleich die notwendige Voraussetzung eines funktionsfähigen Wettbewerbs zwischen den Gesetzlichen Krankenversicherungen ist, so sind portable und individualisiert bemessene Alterungsrückstellungen die notwendige Voraussetzung eines funktionsfähigen Wettbewerbs im Segment der privaten Krankenversicherungen.

¹³ So werden im Rahmen eines Forschungsprojekts des Bundesministeriums der Finanzen Modelle zur Übertragung individueller Alterungsrückstellungen beim Wechsel privater Krankenversicherer sowie Alternativen zur Vorfinanzierung der Krankheitskosten im Alter untersucht. Die Ergebnisse werden vor Ende des Jahres 2003 vorgelegt.

KASTEN 4-4: PORTABILITÄT VON ALTERUNGSRÜCKSTELLUNGEN IN DER PRIVATEN KAPITALGEDECKTEN KRANKENVERSICHERUNG

So wie ein funktionierender Risikostrukturausgleich in einem nach dem Umlageverfahren organisierten Krankenversicherungssystem Voraussetzung für einen Wettbewerb zwischen den Kassen ist, schafft erst die Möglichkeit der Portabilität der Alterungsrückstellungen die Voraussetzung für einen auf Effizienz ausgerichteten Wettbewerb zwischen privaten kapitalgedeckten Krankenversicherungen, die mit risikoäquivalenten Prämien kalkulieren.

Bisher wird die Portabilität von Alterungsrückstellungen (weitgehend) als nicht realisierbar angesehen. Insbesondere werden folgende Argumente gegen die Mitgabe der Rückstellungen im Falle eines Versicherungsverwechslens vorgebracht:

- Alterungsrückstellungen werden für ein Kollektiv und nicht für Individuen berechnet. Von Versicherten gebildete Rückstellungen, die aufgrund eines Todesfalls oder des Verlassens der privaten Krankenversicherung keine Leistungen mehr in Anspruch nehmen werden, werden dem gesamten Versichertenkollektiv „vererbt“. Wenn im Fall eines Versicherungsverwechslens Alterungsrückstellungen mitgegeben würden, wären die nach der bisherigen Berechnung gebildeten Rückstellungen nicht mehr ausreichend.
- Die Weitergabe von durchschnittlichen, risikounabhängigen Alterungsrückstellungen würde zur Risikoentmischung führen, da überwiegend nur gesunde Versicherte von der Wechselmöglichkeit Gebrauch machen würden.
- Die Portabilität von Alterungsrückstellungen wird einen Prämienanstieg von ca. 10–20% erforderlich machen.

Von dem Kommissionsmitglied Claus-Michael Dill wurde ein Konzept zur „Weitergabe von Alterungsrückstellungen“ erarbeitet, welches in seinen Grundzügen hier vorgestellt wird.

Die Grundidee dieses Konzepts besteht darin, dass bei einem Versicherungsverwechslens dem Versicherten individuelle Alterungsrückstellungen mitgegeben werden, die seinem persönlichen Krankheitsrisiko entsprechen. Dabei wird der Kapitalstock weiterhin von allen Versicherten in gleichem Maße über den Rückstellungsanteil ihrer Beiträge gebildet. Bei einem Wechsel wird einem Versicherten als individuelle Alterungsrückstellung der Anteil an dem Kapitalstock mitgegeben, der seinem persönlichen Risiko entspricht. D. h. ein Versicherter mit einem überdurchschnittlichen Krankheitsrisiko erhält einen überdurchschnittlichen und ein Gesunder einen unterdurchschnittlichen Anteil. Die Höhe dieser individuellen Alterungsrückstellung berechnet sich als Differenz des Barwerts der erwarteten Leistungsausgaben abzüglich der erwarteten Beitragseinnahmen während des Versichertenlebens.

Um der Gefahr einer damit verbundenen Risikoentmischung zu begegnen, sind u. a. folgende Umsetzungsvoraussetzungen für eine Portabilität der Alterungsrückstellungen zu schaffen.

- Der zukünftige Ausgabenbedarf für das gesamte Kollektiv und damit die erforderlichen gesamten Alterungsrückstellungen müssen vor einem Wechsel korrekt berechnet sein. Deckt der Kapitalstock nicht die zukünftig erwarteten Ausgaben ab, so sind die entsprechenden Beitragsanpassungen durchzuführen.
- Die Diagnostik der Krankheitsrisiken von Versicherungsverwechslern muss zwischen dem abgebenden und dem aufnehmenden privaten Krankenversicherungsunternehmen einheitlich festgelegt werden. Bei abweichender Einschätzung ist ein unabhängiger Gutachter hinzuzuziehen. Sehr unsichere Risiken können durch eine Rückversicherung abgesichert werden.
- Bei jedem Versicherungsunternehmen muss die Höhe der individuellen Alterungsrückstellungen für Versicherte, die aus dem Unternehmen wechseln, und die Risikozuschläge für Versicherte, die in das Unternehmen hineinwechseln, bei gleichem Krankheitsrisiko gleich hoch sein. Gleichzeitig muss ein Kontrahierungszwang gelten.
- Da einzelne Versicherungsunternehmen eine unterschiedliche Rückstellungspolitik verfolgen, kann die von einem Unternehmen weitergegebene individuelle Alterungsrückstellung sich von der individuellen Alterungsrückstellung unterscheiden, die das aufnehmende Unternehmen fordert. Die Differenz ist von dem Versicherten zu tragen resp. an den Versicherten auszuführen. Somit wird auch die Beitragsgestaltung und Rückstellungspolitik zum Wettbewerbsparameter, der im Rahmen von Versicherungsvergleichen den Versicherten offen zu legen ist.
- Das abgebende Unternehmen zahlt die Alterungsrückstellungen an das aufnehmende Unternehmen als Rente. Entsprechend verringern sich die Passivposten der Deckungsrückstellungen in der Bilanz.

Schließlich eröffnet ein Nebeneinander von Gesetzlichen und privaten Vollversicherungen die Möglichkeit eines Systemwettbewerbs, in dessen Mittelpunkt die Funktionsfähigkeit von Krankenversicherungsmärkten steht. Entscheidend hierfür ist das Ausmaß, in dem Versicherungswechsel zu mehr Kosteneffizienz und zu mehr Präferenzgerechtigkeit des Angebots an Gesundheitsleistungen führen.

Die Funktionsfähigkeit eines Wettbewerbs in unserem derzeitigen umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherungssystem setzt einen zielgenauen und damit morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich voraus, der in Deutschland noch nicht praxisbewährt ist. Die Implementierung eines morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs wird auf eine Reihe grundlegender Probleme treffen. Ein wesentliches ist, dass die Morbiditätsstruktur ein zwiespältiges Ausgleichskriterium darstellt: Einerseits werden hierdurch Anreize gesetzt, im Leistungsmanagement – sowohl im Hinblick auf Kosten als auch auf Qualität – besser als der Durchschnitt zu sein. Andererseits kann auch eine Verschlechterung der Morbiditätsstruktur, die aus einem unzureichenden Gesundheitsmanagement resultiert, die Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich erhöhen. Damit die privaten Krankenversicherungen eine Alternative bieten können, muss als Voraussetzung für einen effizienzorientierten Wettbewerb der Versicherungswechsel zu jedem Zeitpunkt ermöglicht werden. Dazu ist die Portabilität von Alterungsrückstellungen zu gewährleisten. Außerdem sind – um Risikoselektion zu vermeiden – die Rückstellungen in ihrer Höhe an den Gesundheitszustand zum Wechselzeitpunkt individuell anzupassen.

Insgesamt sprechen – so die Mehrheit der Befürworter – die genannten Argumente dafür, in einem Gesundheitsprämiensystem die privaten Krankenversicherungen als kapitalfundierte Vollversicherungen beizubehalten. Voraussetzung hierfür ist aber eine stärker wettbewerbliche Organisation der privaten Krankenversicherung, um einen

„fairen“ Systemwettbewerb zu gewährleisten.

4.3.2.3 VERSICHERUNG VON EHEPARTNERN OHNE EIGENES EINKOMMEN

Im Gesundheitsprämienmodell gibt es keine beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern mehr. Für Ehepaare ist unabhängig von der Aufteilung ihres Gesamteinkommens die Prämienbelastung gleich. Damit wird das oben dargestellte Problem der Abweichung von der horizontalen Gerechtigkeit in der Beitragsbelastung von Ehepartnern im gegenwärtigen System gelöst. Diesbezüglich erweist sich das Gesundheitsprämienmodell anderen Reformvorschlägen zur Beitragserhebung bei Ehepaaren, nämlich einem negativen Ehegattensplitting oder einem Mindestbeitrag für mitversicherte Ehepartner, als überlegen.

Beim negativen Ehegattensplitting wird das beitragspflichtige Haushaltseinkommen halbiert und jeweils auf beide Teile der Krankenversicherungsbeitrag erhoben. Dadurch würde das Leistungsfähigkeitsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt. Einverdienerhepaare mit hohem Haushaltseinkommen würden in Abhängigkeit ihres Einkommens höhere Beiträge zahlen. Bei konsequenter Umsetzung des negativen Splittings auch für Doppelverdienerfamilien würden Belastungsunterschiede aufgehoben, die sich bei unterschiedlicher Gehaltsaufteilung auf die Ehepartner ergeben, wenn ein Ehepartner ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bezieht. Gegen ein negatives Ehegattensplitting bestehen jedoch gravierende verfassungsrechtliche Bedenken, da es zu einer systematischen Schlechterstellung von verheirateten Paaren gegenüber nicht ehelichen Lebensgemeinschaften führen kann. Außerdem ist für die Umsetzung unklar, wie das Splitting bei Ehepaaren, die in unterschiedlichen Krankenversicherungen versichert sind, durchgeführt werden soll. Insbesondere wäre zu klären, ob das Splitting auch bei Ehepaaren angewendet werden soll, von denen ein Ehepartner in der privaten Krankenversicherung versichert ist.

Als Alternative zum negativen Ehegattensplitting wird ein Mindestbeitrag für mitversicherte Ehepartner diskutiert, also sozusagen eine Pauschalprämie für einen Teil der Versicherten. Diese Reform würde das Äquivalenzprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung stärken, da unabhängig vom Familieneinkommen jeder erwachsene Versicherte als potenzieller Leistungsempfänger auch einen Beitrag entrichtet. Im bestehenden leistungsfähigkeitsorientierten Finanzierungssystem würde diese Ehegattenprämie jedoch zu neuen Abweichungen vom Prinzip der horizontalen Gleichbehandlung führen. So würden Einverdiener-ehepaare mit einem Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze höhere Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung zahlen als Doppelverdiener-ehepaare mit gleichem Gesamteinkommen.

Im Gesundheitsprämienmodell, in dem jeder erwachsene Versicherte zunächst den gleichen Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung zahlt, werden in Abhängigkeit der Leistungsfähigkeit steuerliche Prämienzuschüsse gewährt, und dieser soziale Ausgleich wird über das progressiv ausgestaltete Steuer-Transfer-System finanziert. Diese Art der Finanzierung behandelt Ehepaare mit gleichem Gesamteinkommen gleich. Ungleichbehandlungen von ehelichen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften, wie sie etwa durch ein negatives Ehegattensplitting verursacht würden, treten dabei nicht auf.

Oftmals übernehmen mitversicherte Ehepartner gesamtgesellschaftlich erwünschte Aufgaben, z. B. indem sie Kinder erziehen oder Angehörige pflegen. Um diese Familienleistungen zu unterstützen, könnte der Mindestbeitrag Ehepartnern erlassen werden, die Kindererziehungszeiten vorweisen können oder Angehörige pflegen. Würden die Beiträge für diese Versicherten über höhere Beiträge durch die übrige Versichertengemeinschaft getragen,

würde der Gesetzlichen Krankenversicherung eine neue gesamtgesellschaftliche Aufgabe im Bereich der Familienpolitik aufgebürdet. Daher sollte eine familienpolitisch erwünschte Prämienfreistellung nicht durch die Beitragsgestaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, sondern durch einen direkten Zuschuss aus Steuermitteln an die Versicherten umgesetzt werden.

4.3.2.4 QUANTIFIZIERUNG VON FINANZIERUNGS- UND VERTEILUNGSEFFEKTEN

Die konstitutiven Bestandteile des Gesundheitsprämienmodells lassen einen relativ breiten Spielraum für die konkrete Ausgestaltung des Systems, neben dem Versichertenkreis und den durch die Gesundheitsprämie abzudeckenden Leistungsumfang insbesondere im Hinblick auf die Bemessung der steuerfinanzierten Prämienzuschüsse. Die im Folgenden aufgeführten quantitativen und exemplarischen Orientierungsgrößen sind dem für die Kommission erstellten Gutachten zur Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen entnommen.¹⁴

Nach den vorliegenden Berechnungen würde die Gesundheitsprämie im Durchschnitt über alle Krankenkassen (bei kassenindividuellen Abweichungen) 210 € pro Monat für jeden erwachsenen Versicherten betragen. Dies entspricht etwa 9,5 % des durchschnittlichen Einkommens eines Arbeitnehmers.¹⁵ Mit dieser durchschnittlichen Prämienhöhe würde das für das Jahr 2003 geschätzte Volumen der Beitragseinnahmen in Höhe von 140 Mrd. € erreicht. Für die Gesetzliche Krankenversicherung wird so eine weitgehende Aufkommensneutralität der Umstellung auf Gesundheitsprämien sichergestellt. Kinder werden wie bisher beitragsfrei mitversichert. Durch die zusätzliche Verbeitragung der als Bruttolohn ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge können die

¹⁴ Bork, C. [2003], Gutachten zur Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen, Wiesbaden.

¹⁵ Durchschnittliche Bruttolöhne und -gehälter je beschäftigten Arbeitnehmer (Inlandskonzept) für das Jahr 2002 gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen.

Beitragsätze in den anderen Sozialversicherungszweigen um insgesamt knapp 1,7 Beitragsatzpunkte gesenkt werden. Die Belastungsneutralität wird so gewährleistet.

Durch die Besteuerung der Arbeitgeberanteile können für einige Versicherte Belastungen entstehen. Die Möglichkeiten zur Ausgestaltung der Prämienzuschüsse erlauben es, diese Belastungen zielgenau aufzufangen. Dies kann beispielsweise über einen linearen, über alle Einkommen konstanten, zumutbaren Eigenanteil in Höhe von 14 % des monatlichen Bruttoeinkommens erfolgen. Übersteigen die von dem Haushalt gezahlten Gesundheitsprämien diesen Eigenanteil, erhält der Versicherte einen steuerfinanzierten Zuschuss in Höhe der Differenz. Alternativ sind andere Tarife zur Entlastung der unteren Einkommensgruppen denkbar, etwa ein Tarif mit einem niedrigeren Eigenanteil in unteren Einkommensbereichen. Dieser Eigenanteil könnte mit steigendem Einkommen zunehmen. Ferner ist eine Freigrenze denkbar, die speziell Niedrigeinkommen vollständig von einem zumutbaren Eigenanteil befreit. Darüber hinaus kann der soziale Ausgleich auch nach Äquivalenzeinkommen bemessen werden und damit Haushaltsgrößenunterschiede als Zuschusskriterium berücksichtigen.¹⁶ Es wurden exemplarisch zwei Gestaltungsvarianten für die Zuschusskriterien den Berechnungen zu Grunde gelegt:

- Eigenanteil-Tarif 1: linearer zumutbarer Eigenanteil zur pauschalen Gesundheitsprämie in Höhe von 13,3 % des Bruttoeinkommens. Dies entspricht der gegenwärtigen Belastung durch die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung.¹⁷
- Eigenanteil-Tarif 2: Tarif des zumutbaren Eigenanteils, der von 13,3 % auf 16 % des Bruttoeinkommens ansteigt, in Verbindung mit einer vorgeschalteten Freigrenze in Höhe von 210 € je Monat.

Die Grenzen, ab denen kein Zuschuss mehr gezahlt wird, liegen bei einer pauschalen Gesundheitsprämie von monatlich 210 € für den Eigenanteiltarif 1 bei rund 1.580 € und für den Eigenanteiltarif 2 bei rund 1.320 €. Für höhere Einkommen übersteigt der zumutbare Eigenanteil die Höhe der pauschalen Gesundheitsprämie. Die Prämienhöhe von 210 €, die der Zuschussbemessung zu Grunde liegt, ist dabei als Durchschnittsprämie über alle Krankenversicherungen anzusehen. Im Leistungs- und Kostenwettbewerb werden die Prämien der einzelnen Anbieter hiervon abweichen. Würde der zumutbare Eigenanteil an der tatsächlich zu zahlenden Prämie bemessen, hätte ein Zuschussempfänger nur noch wenig Interesse, in eine günstigere Krankenversicherung zu wechseln. Durch die Orientierung des Zuschusses an der Durchschnittsprämie bleibt auch für Zuschussempfängerinnen und -empfänger der Anreiz erhalten, bei der Wahl ihrer Krankenkasse auf das Verhältnis von Prämienhöhe und Versicherungsleistung zu achten.

Nach den vorliegenden Berechnungsergebnissen beträgt das zusätzliche Aufkommen an Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag durch Ausschüttung bzw. Besteuerung der Arbeitgeberanteile insgesamt 18,6 Mrd. € (davon etwa 2,5 Mrd. € durch die Steuerpflicht für Zuschüsse der Arbeitgeber für privat Versicherte). Der Zuschuss zur Begrenzung der Beitragsbelastung erreicht im Tarif 1 ein Volumen von 28,4 Mrd. € und im Tarif 2 von 22,6 Mrd. €. Nach Abzug des zusätzlichen Aufkommens aus der Besteuerung des Arbeitgeberanteils beträgt der zusätzliche Finanzierungsbedarf 10,2 Mrd. € im Tarif 1 und 4,4 Mrd. € im Tarif 2.¹⁸

Das Ausmaß der einkommensbezogenen Umverteilung lässt sich im System einer pauschalen Gesundheitsprämie offen und transparent anhand des Gesamtvolumens der Zuschüsse zur Begrenzung der Beitragsbelastung ablesen. Wird diese Umverteilung aus dem Einkommensteueraufkommen finanziert, ist ein

¹⁶ Vgl. Knappe, Arnold [2002], Pauschalprämien in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, hrsg: Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V.

¹⁷ Bezieht man den derzeitigen Gesamtbeitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung analog zum Gesundheitsprämienmodell auf das um den Arbeitgeberbeitrag aufgestockte Bruttoeinkommen, liegt der Beitragsatz faktisch um ungefähr einen Prozentpunkt niedriger. Deshalb liegt der zumutbare Eigenanteil im konstanten Tarif unter dem gegenwärtigen durchschnittlichen Beitragsatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

¹⁸ Hierbei ist berücksichtigt, dass mit einer pauschalen Gesundheitsprämie in Höhe von 210 € das für das Jahr 2003 geschätzte Beitragsaufkommen nicht vollständig erreicht wird (Differenz: 0,3 Mrd. €).

progressives Belastungsprofil gewährleistet. Aus der Sichtweise der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber ist die Reform nahezu belastungsneutral.

Die quantitativen Abschätzungen der Verteilungswirkungen einer Umstellung auf Gesundheitsprämien zeigen, dass für den Durchschnitt aller privaten Haushalte die Veränderungen gegenüber dem Status quo durchweg moderat ausfallen. Unter Zugrundelegung des Tarifs 1 für den zumutbaren Eigenbeitrag werden die privaten Haushalte im Durchschnitt über weite Bereiche der Einkommensskala entlastet. In Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen ergeben sich folgende Verteilungswirkungen: Im Bruttoeinkommensbereich zwischen 10.000 € und 25.000 € jährlich existieren geringfügige Belastungen von durchschnittlich etwa 0,3 %, maximal 0,6 %, des verfügbaren Haushaltseinkommens. Diese ergibt sich im Wesentlichen aus der Besteuerung des ausgeschütteten Arbeitgeberanteils zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 20.000 € bis unter 40.000 € können die privaten Haushalte im Durchschnitt mit weitgehend unveränderten Belastungen rechnen. Erst ab der Beitragsbemessungsgrenze zur Gesetzlichen Krankenversicherung von jährlich 41.400 € steigt die relative Entlastung an und erreicht maximal etwa 2 % des verfügbaren Einkommens bei einem Bruttoeinkommen zwischen 60.000 und 80.000 €. Ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 80.000 € ist die relative Entlastung zunächst leicht, dann stark rückläufig.

Durch Anwendung des Tarifs 2 würden die Verteilungswirkungen infolge des geringeren Umverteilungsvolumens „ungünstiger“ ausfallen. Insgesamt blieben jedoch auch bei der Anwendung des Tarifs 2 die relativen Belastungen im Durchschnitt der privaten Haushalte moderat und würden sich im Rahmen von maximal 2,4 % des verfügbaren Einkommens bewegen. Auf das Bruttoeinkommen bezogen,

entspräche dies einer maximalen Belastung von etwa 1,2 %.

Es ist zu beachten, dass diese Berechnungen die Gegenfinanzierung einer zusätzlichen Belastung der öffentlichen Haushalte durch das Zuschusssystem nicht berücksichtigen. Würde man beispielsweise das nicht durch die zusätzliche Einkommensteuer abgedeckte Transfervolumen durch eine Anhebung des Solidaritätszuschlags auf 10 % finanzieren, verminderte sich die maximale Entlastung in Tarif 1 auf rund 1 % des verfügbaren Einkommens. Für Spitzeneinkommen über 120.000 € jährlich ergäbe sich eine Belastung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich durch eine Umstellung der Finanzierung auf Gesundheitsprämien keine großen Änderungen gegenüber der heutigen Belastungsverteilung ergäben. Die durchschnittliche maximale Belastung betrüge – je nach gewähltem Tarif des zumutbaren Eigenbeitrags – 0,6 % bzw. 2,4 % des verfügbaren Haushaltseinkommens oder rund 0,3 % bzw. 1,2 % des Bruttoeinkommens. Dies entspricht im heutigen System etwa den Belastungen eines Beitragsatzanstiegs um etwa 0,6 bzw. 2,4 Beitragsatzpunkte. Keine soziale Gruppe – abgesehen von Haushalten der Beamten und Pensionäre – würde systematisch durch die Reform belastet. Dagegen würden durch die Reform insbesondere Haushalte von Alleinstehenden im mittleren Einkommensbereich entlastet. Nach geltendem Recht tragen diese überproportional zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung bei und sind auch sonst im Steuer-Transfer-System hohen Grenzbelastungen ausgesetzt. Im Einzelnen ergäben sich jedoch sehr unterschiedliche Wirkungen in Abhängigkeit von Haushaltstyp und Haushaltsgröße. Durch die Gestaltung des Zuschusssystems und die Art der Gegenfinanzierung können politisch unerwünschte Verteilungseffekte vermieden werden.

Die Grenzbelastung der Arbeitseinkommen durch Einkommensteuer und Sozialbeiträge wird mit dem Übergang zu einem Gesundheitsprämiensystem für weite Einkommensbereiche vermindert. Lediglich im unteren Einkommensbereich bis 1.440 € steigt die Grenzbelastung leicht um 2 % des Arbeitgeber-Bruttoeinkommens bzw. um 6 % des Arbeitnehmer-Bruttoeinkommens. Für Arbeitnehmer-Bruttoeinkommen im Einkommensintervall von 1.440 € bis zur heutigen Beitragsbemessungsgrenze (3.450 €) reduziert sich die Grenzbelastung deutlich; sie sinkt um 10 % des Arbeitgeber-Bruttoeinkommens bzw. 7 % des Arbeitnehmer-Bruttoeinkommens.¹⁹ Hier von sind positive Effekte auf die Beschäftigung zu erwarten.

4.3.2.5 FAZIT

Das Konzept der pauschalen Gesundheitsprämie zeigt, wie die Finanzierung der Krankenversicherung gleichzeitig beschäftigungs- und wachstumsfreundlicher, verteilungspolitisch zielgenauer und effizienter gestaltet werden kann.

Die beschäftigungshemmende bzw. -gefährdende Kopplung der Beitragsbemessung an die Arbeitsentgelte wird überwunden. Eine solche Entlastung auf dem Arbeitsmarkt setzt gesamtwirtschaftliche Wachstumspotenziale frei. Problematische Verteilungswirkungen der heutigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit verbundene Ungleichbehandlungen werden im Gesundheitsprämiensmodell überwunden.

Zukünftige demografiebedingte Steigerungen der Gesundheitsausgaben werden zwar auch in einem Gesundheitsprämiensystem nicht vollständig aufgefangen, da es nach dem Umlageverfahren organisiert ist. Die Abkopplung der Beitragsbemessung von den Arbeitseinkommen ist jedoch ein erster entscheidender Schritt, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Krankenversicherung zu erreichen.

Ein entscheidender Punkt für die politische Umsetzung eines Gesundheitsprämiensmodells wird sein, wie über das Steuer-Transfer-System

den Umverteilungserfordernissen Rechnung getragen wird. Die vorliegenden Berechnungen zeigen, dass durch steuerfinanzierte Prämienzuschüsse bei entsprechender Gestaltung der Zuschusskriterien der soziale Ausgleich in Umfang und Wirkungsrichtung zielgenau entsprechend vorgegebener Verteilungsziele zu verwirklichen ist. Eventuell verbleiben leicht negative Verteilungswirkungen für einige Haushalte; ob diese eintreten, hängt aber letztlich auch vom politischen Willen bezüglich der detaillierten Regelung des sozialen Ausgleichs ab. Zudem sind den Verteilungswirkungen stets die möglichen positiven Effekte auf Beschäftigung und Wachstum gegenüberzustellen, die wiederum zu einer Verbesserung der Einkommenssituation der privaten Haushalte beitragen.

4.3.3 BÜRGERVERSICHERUNG UND GESUNDHEITSPRÄMIEN: GEGENÜBERSTELLUNG UND DISKUSSION

Die gegenwärtig ausschließlich lohnbezogene Beitragsbemessung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist als Finanzierungsform sowohl gesamtwirtschaftlich als auch im Hinblick auf den Gesundheitsbereich nicht nachhaltig. Steigende Beitragssätze erhöhen unmittelbar die Lohnzusatzkosten und hemmen damit Beschäftigung und Wachstum. Gleichzeitig beeinträchtigen konjunkturelle Abschwächungen und eine steigende Arbeitslosigkeit die Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Angesichts der zukünftigen demografischen Herausforderungen und des medizinisch-technischen Fortschritts ist auch in intergenerativer Hinsicht Nachhaltigkeit im gegenwärtigen System nicht gewährleistet. Darüber hinaus ist die heutige Form der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch elementar inkonsistente Verteilungswirkungen gekennzeichnet. Sie ergeben sich daraus, dass in der Gesetzlichen Krankenversicherung einerseits gesamtgesellschaftliche Umverteilungsfunktionen wahrgenommen werden, hierzu aber andererseits nicht alle Einkommen und nicht alle Personen herangezogen werden.

¹⁹ Das Arbeitgeber-Bruttoeinkommen ist das Bruttoeinkommen der Arbeitnehmer zuzüglich der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung.

Beide oben dargestellten Konzepte zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zielen darauf ab, diese Mängel des gegenwärtigen Finanzierungssystems zu beseitigen bzw. zu mindern. Sie streben – unter Beachtung der in Kapitel 4.2 dargestellten Grundprinzipien – an, die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf eine nachhaltigere Grundlage zu stellen und hierdurch den Zugang zu allen medizinisch notwendigen Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft zu gewährleisten. Gleichzeitig sollen negative Beschäftigungswirkungen steigender Gesundheitsausgaben gemindert werden. Die Belastung durch Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung soll in beiden Modellen für Bezieher geringer Einkommen im Rahmen eines sozialen Ausgleichs begrenzt werden.

Bürgerversicherung und Gesundheitsprämienmodell verfolgen diese Ziele auf Basis des Umlageverfahrens in Verbindung mit einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen. Den demografischen Herausforderungen wird in beiden Modellen über eine stärkere Beteiligung der Rentnerinnen und Rentner an der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung begegnet. Angesichts der beschränkten Möglichkeiten, die künftigen Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts zu prognostizieren, ist das erforderliche Ausmaß des Kapitalaufbaus, der Beiträge voll stabilisieren könnte, nicht bekannt, und damit sind der Rolle der Kapitaldeckung in der Krankenversicherung Grenzen gesetzt.

In einer Bürgerversicherung wird die Abhängigkeit der Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung von der Entwicklung der Arbeitsentgelte dadurch gemindert, dass der Versichertenkreis auf alle Bürgerinnen und Bürger ausgeweitet wird und sämtliche steuerpflichtigen Einkommen der Beitragserhebung unterliegen. Hierdurch wird gleichzeitig

die Zielgenauigkeit der Verteilungswirkungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung erhöht. Die einkommensabhängige Umverteilung wird in einer Bürgerversicherung nach wie vor innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen.

In einem Gesundheitsprämienmodell wird die direkte Verknüpfung von Arbeitsentgelten und Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung vollständig gelöst. Eine höhere verteilungspolitische Konsistenz wird durch die Verlagerung der Einkommensumverteilung, die über den für Krankenversicherungen typischen Solidarausgleich hinausgeht, aus der Gesetzlichen Krankenversicherung in das progressiv ausgestaltete staatliche Steuer-Transfer-System erreicht.

Den privaten Krankenversicherungen werden in den beiden Modellen jeweils unterschiedliche Funktionen zugewiesen. In der Bürgerversicherung bleibt ihnen der Bereich der Zusatzversicherungen (Absicherung medizinisch nicht notwendiger Gesundheitsleistungen, z.B. Doppelzimmerunterbringung, Kuren, Wellness-Angebote). Im Übrigen ist zu prüfen, ob und wie sich die privaten Krankenversicherungen am Angebot der Bürgerversicherung beteiligen können. Konzeptionell kann ein Gesundheitsprämienmodell sowohl auf den jetzigen Kreis der in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten beschränkt bleiben als auch auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt werden, d.h. auch auf Beamte, Selbständige und Bezieher hoher Einkommen. Im Hinblick auf die in privaten Krankenversicherungen vorgenommene Kapitaldeckung und auf die Möglichkeit eines Systemwettbewerbs sieht die Variante des oben dargestellten Gesundheitsprämienmodells vor, dass private Krankenversicherungen – allerdings unter verschärften Wettbewerbsbedingungen – weiterhin Vollversicherungen anbieten.

Die unterschiedliche Systematik der beiden Finanzierungskonzepte bedingt, dass sich Bei-

trags- und Finanzierungseffekte aufgrund eines fehlenden gemeinsamen Referenzmaßstabs nicht unmittelbar miteinander vergleichen lassen. Die beiden Konzepte wurden in der Kommission intensiv und teilweise recht kontrovers diskutiert. Die Diskussion konzentrierte sich auf die folgenden Aspekte:

Neben der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze könnte es sich als problematisch für die Bürgerversicherung im Sinne der Nachhaltigkeit in der Finanzierung erweisen, dass die Beitragsentwicklung angesichts der überragenden Bedeutung der Arbeitseinkommen an den Gesamteinkommen der Versicherten nach wie vor maßgeblich an die Entwicklung der Arbeitsentgelte gebunden ist. Darüber hinaus werden im Hinblick auf die Einbeziehung weiterer Einkommensarten zusätzliche konzeptionelle und administrative Schwierigkeiten gesehen, die sich insbesondere auf die konkurrierenden Abgrenzungen von Einkommensbegriffen im Steuerrecht einerseits und im Sozialrecht andererseits beziehen. Der Preis für die Senkung der Grenzbelastung des Arbeitsentgelts bis zur heutigen Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3.450 € je Monat um knapp 1 Prozentpunkt ist eine steigende Grenzbelastung von Einkommen oberhalb dieser Grenze um 7,5 Prozentpunkte.²⁰ Zudem sind ordnungs- und verfassungsrechtliche Fragen zu klären. Der Übergang vom jetzigen System in eine Bürgerversicherung ist so zu gestalten, dass der gebotene Vertrauensschutz gewährleistet wird.

Im Mittelpunkt der kritischen Erörterung des Gesundheitsprämienmodells steht die Verlagerung der gesundheitsunabhängigen Umverteilung in das Steuer-Transfer-System und die damit verbundenen Verteilungswirkungen. In der Kommission stieß insbesondere der Umstand auf Bedenken, dass bei den durchgerechneten Varianten einer Senkung der Grenzbelastung im Einkommensintervall von 1.440 € bis 3.450 € um 10 Prozentpunkte eine Erhöhung der Grenzbelastung von Einkommen unterhalb 1.440 € um 2 Prozentpunkte gegenübersteht.²¹ Zudem wurde es als proble-

matisch angesehen, dass mit dem Übergang zu Gesundheitsprämien die Abhängigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung von den Arbeitsentgelten durch die Abhängigkeit der Prämienzuschüsse von der Entwicklung des Steueraufkommens ersetzt wird und dadurch der soziale Ausgleich weniger sicher würde. Schlechterstellungen von Versicherten im Vergleich zum gegenwärtigen System können durch die Gestaltung des Zuschussystems und seiner Finanzierung völlig vermieden werden, allerdings ergäbe sich dann ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf und damit eine entsprechende Belastung der öffentlichen Haushalte. Die Verteilungswirkung des Gesundheitsprämienmodells hängt im Übrigen stark von der vorgesehenen Beitragssubventionierung für Geringverdiener ab.

Bei einer Entscheidung zwischen „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämien“ handelt es sich nicht in erster Linie um eine gesundheitspolitische Entscheidung, d.h. nicht um eine Entscheidung über Umfang und Qualität des Versicherungsschutzes oder um die Notwendigkeit eines sozialen Ausgleichs. Bei dieser Entscheidung geht es vielmehr darum, auf welchem Weg und mit welchem Erfolg Wachstums- und Beschäftigungsfreundlichkeit (Allokation) und sozialer Ausgleich (Distribution) in der Gesellschaft umgesetzt werden und wer davon in welcher Form und Höhe betroffen ist. Die Vertreter einer Bürgerversicherung gehen davon aus, dass der soziale Ausgleich zuverlässiger und nachhaltiger innerhalb eines beitragsorientierten Krankenversicherungssystems geregelt wird. Bei den Vertretern des Gesundheitsprämienmodells stehen Wachstums- und Beschäftigungsfragen im Vordergrund, und sie sehen die Möglichkeit, den sozialen Ausgleich über das staatliche Steuer-Transfer-System nachhaltig und zielgenauer zu gestalten.

²⁰ Aus Sicht des Arbeitgebers für einen alleinstehenden Arbeitnehmer; Berechnungsergebnis gemäß Bork, C. [2003], a. a. O.

²¹ Ebenda.

4.4 MINDERHEITENVOTEN

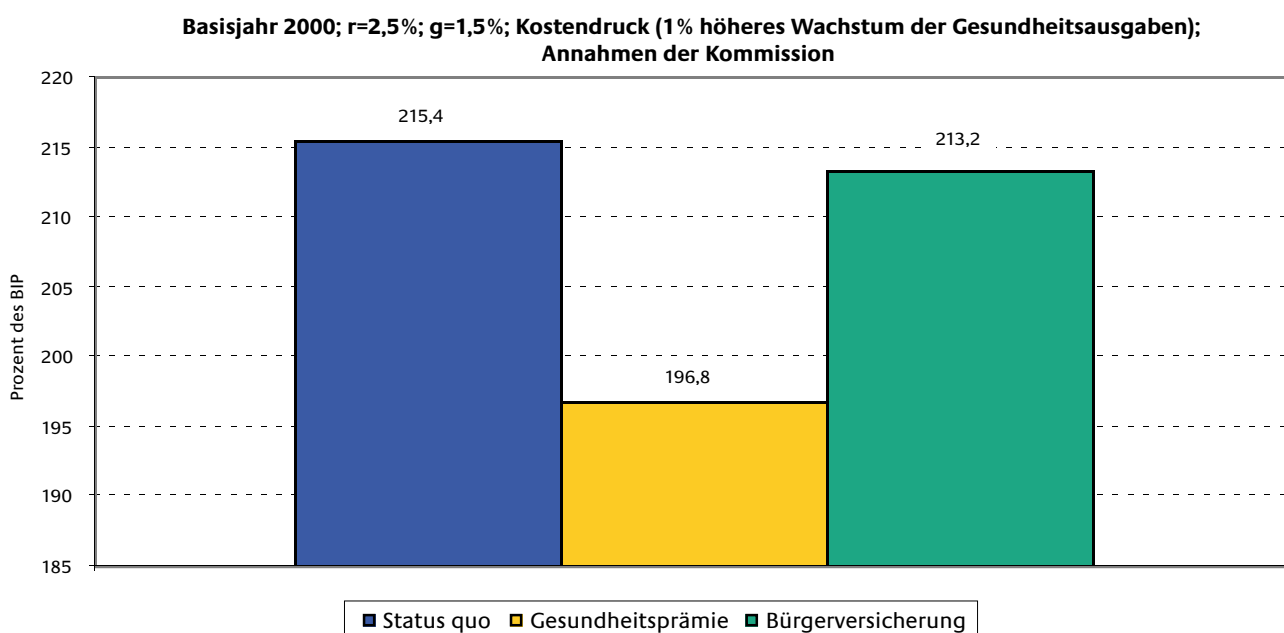
1. MINDERHEITENVOTUM ZU DEN KONZEPTIONELLEN ALTERNATIVEN ZUR LOHN-ZENTRIERTEN FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (KAP. 4.3)

Nach Meinung der Kommissionsmitglieder Claus-Michael Dill und Bernd Raffelhüschen gehen die alternativen Vorschläge zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht weit genug. Die von der Kommission verabschiedeten Vorschläge zur Reform der Einnahmenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung verfehlen eindeutig das eigentliche Ziel, d.h. eine nachhaltige Finanzierung der GKV herzustellen. In der Kommission haben sich zur Reformierung der Finanzierungsbasis zwei alternative Konzepte herauskristallisiert: Die Bürgerversicherung und die Einführung von Gesundheitsprämien. Beiden gemein ist zunächst einmal, dass sie nur auf die Finanzierungsseite der GKV abzielen.

Das eigentliche Ziel der Kommission bestand darin, einen nachhaltigen Reformvorschlag für die GKV zu erarbeiten. Beide dargelegten Reformoptionen verfehlen dieses Ziel. Zur Präzisierung der Kritik wird auf die Generationenbilanz zurückgegriffen, welche sämtliche Krankenversicherungsleistungen an alle heute und in Zukunft lebenden Generationen abzüglich der von ihnen gezahlten Beiträge zur GKV berechnet. Ist die Differenz positiv, so besteht eine Nachhaltigkeitslücke (NHL), die illustriert, welche Reserven fehlen, wenn alle zukünftigen Generationen das gegenwärtige Leistungsniveau erhalten sollen. Die folgende Abbildung zeigt die Auswirkungen der diskutierten Reformoptionen auf die NHL der GKV (siehe Abbildung).

Unter realistischen Rahmenbedingungen ergibt sich im gesetzlichen Status quo eine NHL von 215,4% des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Die Reformoptionen „Bürgerversicherung“ verursacht einen minimalen Rückgang der NHL auf 213,2 Prozent des BIP. Etwas bes-

ABBILDUNG: ISOLIERTE AUSWIRKUNGEN DER KOMMISSIONSVORSCHLÄGE ZUR „GESUNDHEITSREFORM“ AUF DIE NACHHALTIGKEITSLÜCKE DER GKV



Quelle: Häcker, Raffelhüschen, Universität Freiburg.

ser schneidet die Einführung von Gesundheitsprämien ab, denn sie induziert einen Rückgang der NHL auf 196,8 % des BIP. Dennoch, beide Konzeptionen vermögen es nicht, einen wirklichen Beitrag zur Herstellung von Nachhaltigkeit für zukünftige Generationen zu leisten.

Deswegen wurde vom Kommissionsmitglied Dill ein alternatives Konzept vorgelegt, welches Nachhaltigkeit sichert. Dieses Konzept sieht vor, dass der einkommensstarke Teil der Bevölkerung (etwa 60 %) das Krankheitsrisiko privat absichern soll. Von diesem können diejenigen mit einem mittleren Einkommen ihre Prämie steuerlich geltend machen. Der einkommensschwache Teil (die verbleibenden ca. 40 %) soll weiterhin über die GKV abgesichert werden, die aber in diesem Konzept steuerfinanziert sein wird. Im Hinblick auf die zu realisierenden Kriterien schneidet dieser Vorschlag bedeutend besser ab als die Bürgerversicherung oder die Einführung von Gesundheitsprämien:

Der Vorschlag dürfte auf Beschäftigung und Wachstum eine positive Wirkung haben und damit dem ersten Zielkriterium der Kommission genügen. Die Lohnbezogenheit bei der Finanzierung des Gesundheitswesens wird weitestgehend aufgelöst. Eine Erhöhung der Gesundheitsausgaben hat nun keine negative Beschäftigungswirkung. Vielmehr kann nun ein Großteil der Bevölkerung gemäß seinen persönlichen Präferenzen Ausgaben für Gesundheit tätigen. Dies gibt auch dem Gesundheitssektor eine Möglichkeit zu wachsen, was mit neuen Arbeitsplätzen einhergehen würde.

Auch das zweite Kriterium, die Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit zwischen hohen und niedrigen Einkommen, wird durch den Vorschlag erfüllt. Die reichen Teile der Bevölkerung müssen für sich selbst sorgen und finanzieren über das allgemeine Steuereinkommen zudem die GKV für die ärmeren Teile der Bevölkerung. Vor allem hinsichtlich der Wirkung auf die Nachhaltigkeit und damit die Verteilungsgerechtigkeit zwischen heutigen und zukünftigen

Generationen weist der hier gemachte Vorschlag gegenüber Bürgerversicherung und Risikoprämien seine Vorzüge auf: Ein Großteil der Versicherten bildet in einer privaten Versicherung Altersrückstellungen und sorgt so für sich selbst vor. Damit werden zukünftige Generationen nicht mehr zur Finanzierung dieses Großteils der Bevölkerung herangezogen und somit erheblich entlastet. Eine weitgehende Herstellung von Nachhaltigkeit lässt sich nun garantieren.

Da innerhalb dieses Vorschlages sowohl die konkurrierenden Systeme GKV und PKV dem Prinzip nach weiterbestehen, ist zudem ein ausreichender Wettbewerb zur Herstellung einer effizienten Allokation und damit eines schonenden Umgangs mit Ressourcen gegeben. Durch die übliche Prämiengestaltung privater Versicherer mit Selbstbehalten ist auch ein funktionierendes Preissetzungssystem innerhalb des Gesundheitssektors gegeben. Die Versicherten können eigenverantwortlich das Maß von Gesundheitsleistungen für sich selbst bestimmen.

2. MINDERHEITENVOTUM ZU DEN KONZEPTIONELLEN ALTERNATIVEN ZUR LOHNZENTRIERTEN FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (KAP. 4.3)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Frank Nullmeier, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel wenden sich gegen die Entscheidung der Kommissionsmehrheit, wonach die Entscheidung zwischen den beiden Modellen „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämien“ an die Politik zurückgegeben wird. Sie wünschen sich eine breite und vertiefte gesellschaftliche Diskussion darüber, ob die Erweiterung der Versicherungspflicht auf bisher nicht verbeitragte Einkommen und auf andere Personengruppen ein sinnvoller Weg ist, um die Finanzierungsbasis der Sozialversicherung nachhaltig zu stärken. Die zukünftige Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung soll zwingend in ein Konzept der qualitätsorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eingebunden sein, in

dem die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten und Patienten im Vordergrund steht.

Das gegliederte System der GKV ist eine Solidargemeinschaft und beruht auf den Prinzipien der solidarischen Finanzierung und der bedarfsorientierten Leistungen. Jeder Versicherte zahlt nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit einen bestimmten prozentualen Anteil seines oder ihres Arbeitseinkommens an die Krankenkassen. Aus diesem Fonds wird die medizinische Versorgung aller Mitglieder der Kasse bezahlt, auch die der nicht erwerbstätigen Familienangehörigen. Im Unterschied zur Renten- und Arbeitslosenversicherung hat das Äquivalenzprinzip, d.h. die Abhängigkeit der Leistungen von der Höhe der Beitragszahlungen, keine Bedeutung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Stattdessen gilt das Bedarfsprinzip; alle Versicherten haben Anspruch auf die medizinisch notwendigen Behandlungen in angemessener Qualität. An diesen Eckpfeilern der GKV rütteln die genannten Kommissionsmitglieder ebenso wenig wie an der paritätischen Finanzierung durch die Versicherten und deren Arbeitgeber.

Der in der Diskussion befindliche Vorschlag, die solidarische Beitragsfinanzierung durch eine über Gesundheitsprämien finanzierte Pflichtversicherung zu ersetzen, wird abgelehnt.

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelenkefer, Nadine Schley, Frank Nullmeier, Manfred Schoch und Klaus Wieseberg schlagen eine Reform der GKV-Finanzierung mit folgenden Eckpunkten vor:

- Die Beiträge orientieren sich strikt am Prinzip der Leistungsfähigkeit. Die paritätische Finanzierung der Beiträge der abhängig Beschäftigten bleibt bestehen.
- Wie bereits an verschiedenen Stellen dargestellt, wünschen sie sich eine gesellschaftliche Diskussion über die Erweiterung der Versicherungspflicht auf weitere Personengruppen und Einkommen.
- Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen darf solange nicht aufgehoben werden, bis eine sozial gerechte Finanzierung familienpolitischer Leistungen gefunden ist. Im Rahmen der notwendigen Debatte wäre auch zu entscheiden, welche Leistungen einzubeziehen wären.
- Der „Verschiebebahnhof“ zwischen Bundesanstalt für Arbeit und der GKV wird aufgelöst. Die Rechtslage, wonach sich die Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose nach der Höhe des ehemaligen Arbeitsentgelts richten, ist wiederherzustellen. Alternativ kann für die Gruppe der Arbeitslosen über einen kostendeckenden Gesamtbeitrag für die Krankenkassen nachgedacht werden.
- Die Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Leistungen in der GKV muss aus Steuermitteln erfolgen. Es muss sichergestellt sein, dass alle steuerfinanzierten Leistungen der GKV weiterhin Leistungen der Krankenkassen bleiben.
- Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich wird zu einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich weiterentwickelt, da nur mit diesem ein Wettbewerb in der GKV möglich ist, der das Solidaritätsprinzip nicht beschädigt.

Die genannten Kommissionsmitglieder befürworten Boni für Versicherte, die an integrierter Versorgung, Disease-Management-Programmen oder am Hausarztssystem teilnehmen. Mit solchen Boni wird ein Verhalten der PatientInnen gefördert, das zu Einsparungen für die gesamte Versichertengemeinschaft führen kann – schließlich wird von den genannten Leistungsangeboten eine effizientere Versorgung erwartet.

3. MINDERHEITENVOTUM ZU DEN KONZEPTIONELLEN ALTERNATIVEN ZUR LOHNZENTRIERTEN FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (KAP. 4.3)

Die Beschlussvorlage der Kommission und der vorliegende Abschlussbericht im Bereich der Reformvorschläge für die Gesetzliche Krankenversicherung beschränkt sich aus der Sicht des Kommissionsmitgliedes Eckhard Nagel fälschlicherweise zu sehr auf die Darstellung zweier Modelle, die im Prinzip nur die Verbesserung der Einnahmenseite bei der Finanzierung der GKV im Blickpunkt haben.

Gerade unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten wurde zu keinem Zeitpunkt die finanzielle Überlegenheit der beiden vorgestellten Alternativen (Bürgerversicherung + Gesundheitsprämien) gegenüber dem Status quo der paritätisch finanzierten „Arbeitnehmersversicherung“ nachgewiesen.

Verschiedene Simulationsmodelle (z.B. das von Häcker, Raffelhüschen) zeigen vielmehr, dass die beiden vorgeschlagenen Alternativen in der Zukunft eine der heutigen Situation vergleichbare Nachhaltigkeitslücke in der Finanzierung der GKV aufweisen werden.

Entgegen der im Bericht vorliegenden Darstellung handelt es sich bei der Bürgerversicherung im Wesentlichen um eine Variante des Status quo, in der die Beiträge weiterhin ganz überwiegend aus Lohneinkünften finanziert werden. Mit dem Versichertenkreis wird auch der Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert. Die demografisch bedingten Probleme der intergenerativen Ausgleichserfordernisse nehmen zu und werden in das umlagefinanzierte System der GKV übertragen. Auch die Entlastung des Faktors Arbeit bei der Beitragsfinanzierung fällt zu gering aus, indem nur 0,5 Beitragsprozentpunkte aus anderen Quellen generiert werden. Die ökonomischen Vorteile aus einer Mischung von umlage- und kapitalgedeckten Finanzierungsanteilen des Gesundheitswesens werden aufgegeben.

Das Modell der Gesundheitsprämie auf der anderen Seite kündigt den gesellschaftlichen Grundkonsens auf, der unter Gerechtigkeitsaspekten die medizinische Versorgung der Bevölkerung einkommensunabhängig in der GKV geregelt hat. Die erforderliche Einkommensumverteilung wird den Möglichkeiten und eventuellen Einschränkungen der Steuerfinanzierung zugeordnet. Es kommt langfristig zu einer erheblichen Belastung des Staatshaushalts. Die Unterstützung sozial Schwacher ist nicht mehr ein systemimmanenter Bestandteil der Krankenversicherung. Die große regionale Heterogenität der Gesundheitsprämien in der Schweiz zeigt zudem, wie unkalkulierbar die Auswirkungen solcher Systemumstellungen sind.

Die für die Kommission wesentliche Frage war, welche Auswirkungen die prognostizierten steigenden Gesundheitsausgaben auf das jeweilige Finanzierungssystem haben:

Im System der Bürgerversicherung kommt es zur Erhöhung des paritätisch finanzierten Krankenversicherungsbeitrags. Im System der Gesundheitsprämien steigen die alleine vom Versicherten zu zahlenden individuellen Prämien. Hier werden die Versicherten versuchen, einen Teil der erhöhten Prämien vom Arbeitgeber durch Tarifierhöhungen zu kompensieren.

Beide Systeme werden also auf steigende Gesundheitsausgaben mit Bruttolohnerhöhungen reagieren. Damit bleibt der Status quo der Arbeitnehmersversicherung erhalten.

Vorschläge zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung unter den Prämissen, die dem Gutachten zu Grunde liegen und die auch von dem Verfasser des Votums mitgetragen werden, dürfen sich also nicht auf die Verbesserung der Einnahmenseite fixieren. Vielmehr sollten besonders strukturelle Veränderungen im Hinblick auf die Ausgabenseite auch langfristig Beachtung finden.

Vorschläge wie z.B. das Optionsmodell, dass das „medizinisch Notwendige“, die „medizinischen Dienstleistungen“ und den „Querschnittsbereich Gesundheit und Gesellschaft“ differenziert und unterschiedliche Finanzierungs- und Verantwortungsbereiche definiert, zeigen: Durch einen kontinuierlichen Reformprozess kann das in seiner Struktur zu erhaltende, solidargemeinschaftliche GKV-System gerecht und nachhaltig abgesichert werden. (Vgl. hierzu Wohlgemuth, Walter, Julika Mayer, Eckhard Nagel: Handbuch zu einer strategischen Gesundheitsstrukturreform in Deutschland, Bayreuth 2003.)

4. MINDERHEITENVOTUM ZU DEN KONZEPTIONELLEN ALTERNATIVEN ZUR LOHN-ZENTRIERTEN FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (KAP. 4.3)

Zwei Kommissionsmitglieder, Helmut Platzer und Barbara Stolterfoht, sind entgegen der Mehrheitsmeinung der Kommission der Auffassung, dass in größerem Maße als im Konzept der Bürgerversicherung realisiert der Arbeitgeberbeitrag zur GKV in veränderter Form eine zentrale Rolle bei der Finanzierung der GKV spielen muss. Dafür sprechen folgende Gründe:

Der Faktor Arbeit und mithin daraus resultierende Lohnansprüche sind als Parameter für die Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft für ihre Sozialen Sicherungssysteme nicht mehr zeitgerecht und ausreichend. Sowohl auf Seiten der Versicherten (beitragspflichtiges Einkommen) als auch der Arbeitgeber (Lohnquote) sind zusätzliche Berechnungs- und damit Verteilungsgrundlagen heranzuziehen. Aus Gründen der Leistungs- und Verteilungsgerechtigkeit ist dies nur innerhalb eines Junktims zwischen beiden Säulen vertretbar und sachgerecht.

Bei der zukünftigen Neugestaltung des Beitragsaufkommens zur GKV wird deshalb von

der bisherigen Ausschließlichkeit der Lohn- bzw. einkommensbezogenen Beitragskomponenten abgerückt. Langfristig werden bei den Versicherten alle Einkommensarten im Sinne des Einkommensteuerrechts für die Beitragsbemessung zur GKV herangezogen. Bei einer Bürgerversicherung würde der Arbeitgeberbeitrag eine wesentlich geringere und bei einer Kopfpauschale keine Rolle mehr für eine heute noch paritätische Finanzierung der GKV spielen. Solange jedoch versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit die Haupteinkommensquelle für einen Großteil der Erwerbstätigen darstellt, wird die lohnzentrierte Finanzierungssäule weiterhin Hauptbestandteil ihrer Beiträge zur GKV bleiben. Wenn von den Löhnen als nahezu ausschließlicher Basis der Arbeitnehmerbeiträge zur GKV abgerückt wird, dann sollte auch auf der Arbeitgeberseite statt der alleinigen Basis der Lohnsumme eine umsatz- oder ertragsbezogene Beitragskomponente eingeführt werden. Der Einsatz des Produktionsfaktors Arbeit würde dadurch relativ billiger, der des Produktionsfaktors Kapital relativ teurer. Generiert würde keine zusätzliche, sondern eine der Leistungsfähigkeit besser gerecht werdende Finanzierungs-komponente, die zudem die Finanzierung konjunkturzyklenunabhängiger gestaltet als im Status quo.

In Anbetracht der erheblichen zusätzlichen Lasten der Versicherten durch Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen aus dem Leistungskatalog der GKV sowie der mittelfristig notwendigen Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Beitragsbemessung zur GKV spielt der arbeitgeberseitig getragene Beitragsanteil zur GKV eine immer geringere Rolle. Bei den Unternehmen in Deutschland ist während der letzten 35 Jahre ein erheblicher Wandel in der Belastung mit Steuern und Abgaben eingetreten. Anders als in der öffentlichen Wahrnehmung ist der Arbeitgeber-Anteil an den Sozialversicherungsabgaben von 54% im Jahre 1965 auf 49% im Jahre 2000

spürbar gesunken. In Deutschland tragen damit die Arbeitgeber einen weitaus geringeren Anteil an den Sozialabgaben als der Schnitt der EU-Staaten (57 %) oder der OECD-Staaten (60 %; Quelle der Daten: SVR-KAiG-Gutachten 2003, Tabelle 3, S.97). Da insbesondere lohnintensive inländische Dienstleistungs- und Güter produzierende Unternehmen sowie klein- und mittelständische Handwerksbetriebe überproportional hoch, kapitalintensive Unternehmen hingegen weit aus geringer von Lohnzusatzkosten betroffen sind, ist eine belastungsgerechtere Beitragsverteilung auf Arbeitgeberseite geboten.

Ein neu gefasster Arbeitgeberbeitrag zur GKV sollte das Verhältnis von Lohnquote und Umsatz widerspiegeln. Damit werden auch künftige Rationalisierungseffekte berücksichtigt. Ordnungspolitisch ist eine neu gestaltete, arbeitgeberseitig getragene Beitragskomponente zur GKV von Vorteil, da trotz einer gewissen Nähe zum Steuerrecht die Einbettung dieser Finanzierungssäule in das Beitragswesen der Sozialversicherung erhalten werden kann. Dies beugt insbesondere einem Zugriff der Politik auf Teile des staatsfernen Sondervermögens der beitragsfinanzierten Krankenversicherungsträger vor.

5. MINDERHEITENVOTUM ZU DEN KONZEPTIONELLEN ALTERNATIVEN ZUR LOHNZENTRIERTEN FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (KAP. 4.3)

Ein Kommissionsmitglied, Helmut Platzer, ist im Gegensatz zur Mehrheitsmeinung der Kommission der Ansicht, dass – unabhängig von einer erst mittelfristig zu treffenden Entscheidung zugunsten einer Bürgerversicherung oder eines Gesundheitsprämienmodells – Maßnahmen zur leistungsgerechteren Verteilung der Beitragslast zur GKV zwischen Rentnern und aktiv Erwerbstätigen nicht nur möglich sind und geprüft werden sollten, sondern dass sie aufgrund des Handlungsbedarfs sofort ergriffen werden müssen. Dafür sprechen folgende Gründe:

Die Beitragsfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung muss sich auch in Zukunft im Wesentlichen an der individuellen Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder orientieren. Wenn auch weiterhin innerhalb einer Generation, aber auch zwischen den Angehörigen verschiedener Generationen die Mittelaufbringung zur Gesetzlichen Krankenversicherung als gerecht empfunden werden soll, dann muss der schon in den letzten Jahren und vor allem in Zukunft stark gewandelten und zwischen den verschiedenen Personengruppen höchst unterschiedlichen tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Beitragszahler entsprochen werden.

Ein in Zukunft deutlich geringer steigendes Rentenniveau in der Gesetzlichen Rentenversicherung wird bewirken, dass ein immer geringerer Anteil des Gesamteinkommens der Rentner aus der Sozialversicherung resultiert. Dadurch verstärkt sich das Problem des immer geringeren eigenen Deckungsbeitrags der KVdR-Versicherten. Dieser ist seit 1975 bereits um ein Viertel auf nur noch 44 % gesunken und wird bis 2030 weiter dramatisch absinken, bis zu einer Eigenfinanzierungsquote von ca. 20 %. Dem steht die Entwicklung eines dennoch steigenden realen Gesamteinkommens der Rentnerhaushalte gegenüber. Nach Untersuchungen des DIW beträgt das durchschnittliche Rentnerhaushaltseinkommen (gemessen als äquivalenzgewichtetes Jahreseinkommen) derzeit etwa 90 % aller Haushaltseinkommen. Das äquivalenzgewichtete Jahreseinkommen von älteren Menschen in Zweipersonenhaushalten liegt sogar erheblich über dem Einkommen von Familien mit minderjährigen Kindern. Eine Beschränkung der Beitragserhebung für die KVdR zu einem großen Teil aus dem Rentenzahlbetrag und aus Beiträgen auf Versorgungsbezügen wird dieser Situation nicht mehr gerecht. Sowohl die intergenerative Belastungsgerechtigkeit als auch die Gleichbehandlung zwischen den Rentnern gebietet eine Teilabkoppelung der Finanzierung der KVdR von der bisherigen Beitragsbasis der GKV in einem zeitlichen Rahmen von 1–2 Generationen.

4 REFORMVORSCHLÄGE ZUR GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Um zwischen den Generationen eine in etwa vergleichbare Belastung mit Steuern und Abgaben herzustellen, ist es geradezu geboten, auch die heutige Rentnergeneration gemäß ihrer individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit gemessen am verfügbaren Haushaltseinkommen an der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme zu beteiligen. Dies gilt umso mehr als die GKV für die Versicherten nach ihrem Renteneintritt im Schnitt wesentlich niedrigere Beiträge als während deren Versicherung im aktiven Erwerbsleben erhält. Dieser wesentlich geringere Beitrag repräsentiert in den meisten Fällen nicht annähernd die tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit der Rentnerhaushalte.

In der GKV sollten deshalb die übrigen Einkunftsarten sowohl von pflicht- als auch von freiwillig versicherten Rentnern in die Beitragsberechnung einbezogen werden. Eine derartige Regelung wäre auch nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 15. März 2000 zum Zugang zur Krankenversicherung der Rentner möglich. Zur Schonung von „Kleinsparern“ könnte auch ein Freibetrag auf die zu verbeitragenden sonstigen Einkunftsarten angewendet werden. Außerdem würden damit genau die besser situierten Rentnerhaushalte leistungsgerecht zur Verbeitragung ihrer sonstigen Einkünfte herangezogen, bei denen ein überproportional hoher Anteil ihres Einkommens aus Kapitaleinkünften stammt.

Um die zusätzlichen Lasten auf drei Generationen zu verteilen, muss die jüngere, aktiv erwerbstätige Generation im Gegenzug einen Altersvorsorgebeitrag für ihre Krankheitskosten im Alter – ähnlich wie in der Renten- und Pflegeversicherung – im Sinne eines eigenen zusätzlichen Anteils leisten und ihrerseits zur Stabilisierung der Finanzierung der GKV beitragen. Hierfür bietet sich die Einführung eines Teilkapitaldeckungsverfahrens in der GKV an, in einer Größenordnung, die der rechnerischen Entlastungswirkung der aktiven Genera-

tion durch die zusätzliche Heranziehung der KVdR-Versicherten entspricht.

6. MINDERHEITENVOTUM ZU DEN KONZEPTIONELLEN ALTERNATIVEN ZUR LOHN-ZENTRIERTEN FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (KAP. 4.3)

Zwei Kommissionsmitglieder, Barbara Stolterfoht und Edda Müller, sehen es im Gegensatz zur Mehrheit der Kommission zur Sicherung der Nachhaltigkeit als erforderlich an, dass ergänzend zur Einführung einer Bürgerversicherung weitere Maßnahmen umgesetzt werden, die notwendige Strukturreformen im Gesundheitswesen mit einer Reform der bestehenden Finanzierungsgrundlagen verbinden.

Sie gehen davon aus, dass die Gesetzliche Krankenversicherung sich als Form der Absicherung der Bürgerinnen und Bürger gegen unkalkulierbare Gesundheitsrisiken bewährt hat. Sie bietet einen Versicherungsschutz aus einer Hand und ist damit grundsätzlich effizienter und patientenfreundlicher als ein System von Versicherungen einzelner Gesundheitsrisiken.

Als Hauptursachen der Beitragssatzsteigerungen sehen sie vor allem den Rückgang des Anteils von Löhnen und Gehältern am Bruttoinlandsprodukt, in der Verschiebung von haushaltspolitischen Lasten auf die Krankenversicherungsträger, der hohen Erwerbslosigkeit sowie der Zunahme unsteter Erwerbsverläufe und prekärer Arbeitsverhältnisse.

- Künftig sollen gesellschaftspolitische Leistungen der GKV steuerfinanziert und „Verschiebebahnhöfe“ zu Lasten der GKV zurückgenommen werden. Dazu ist ein steuerlicher Zuschuss zur GKV notwendig. Es wird empfohlen, Konsumenten von suchtfördernde Genussmitteln über das Steuerrecht an der Finanzierung der dadurch hervorgerufenen Gesundheitsschäden zu beteiligen.

- Die Erstattung von Verfahren, Leistungen und Methoden durch die Gesetzliche Krankenversicherung ist zu binden an die Prüfung des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit. Hierzu sind die dafür geeigneten institutionellen und strukturellen Voraussetzungen zu schaffen.
- Eine nachhaltige Strukturreform des Gesundheitswesens muss Prävention und Gesundheitsförderung stärken. Den spezifischen Gesundheitsbeeinträchtigungen von bestimmten Zielgruppen – wie ältere Menschen, Frauen und Kindern – ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen (Setting-Ansatz). Zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) wird vorgeschlagen, im Zuge des geplanten Präventionsgesetzes die Rolle der öffentlichen Gesundheitsämter auch hinsichtlich der Prävention nachhaltig zu stärken und dabei auch die Finanzierungsgrundlage der Prävention durch den ÖGD aus Steuermitteln auf Dauer sicherzustellen.
- Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sieht in seinem Gutachten 2003 erhebliche Defizite im Bereich der Rehabilitation. Mit der Zielsetzung, Teilhabestörungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu mindern oder Verschlimmerungen zu verhüten, können nicht nur in erheblichem Umfang Kosten der Akutversorgung, sondern auch andere Sozialleistungen (Rente, Sozialhilfe, Leistungen der Arbeitsverwaltung) reduziert bzw. vermieden werden. Rehabilitation ist zweifelsfrei ein wirksames Instrument zur Kostenvermeidung und Kostensenkung im gesamten Sozial- und Gesundheitswesen.

Eine rein fiskalisch motivierte Ausgliederung und Privatisierung von ganzen GKV-Leistungsbereichen wird abgelehnt. Derartige Maßnahmen dienen lediglich der Kostenverschiebung und führen aufgrund der dann entstehenden Abgrenzungsprobleme dazu, dass Strukturen ineffizienter und das System insgesamt teurer wird. Diese Maßnahmen

sind auch nicht geeignet, die Patientensouveränität zu stärken, weil die Patienten im Krankheitsfall in ihrer Handlungsautonomie eingeschränkt sind.

Zuzahlungen und Selbstbehalte werden abgelehnt, soweit sie lediglich der Finanzierung des Gesundheitswesens dienen und keine Steuerungswirkung haben. Davon ist sowohl bei der Erhebung von Zuzahlungen im Krankenhaus als auch bei einer allgemeinen Zuzahlungspflicht in der ambulanten Versorgung auszugehen.