

WISO

Dezember 2010

Diskurs

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik



Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland

Vorschläge für ein
Maßnahmenbündel jenseits
der Kopfpauschale



Gesprächskreis
Sozialpolitik

**FRIEDRICH
EBERT**

STIFTUNG



Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und
Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland

Vorschläge für ein
Maßnahmenbündel jenseits
der Kopfpauschale

Stefan Greß
Heinz Rothgang

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	4
1. Einleitung	6
2. Ausgangslage und Bewertungsmaßstäbe	8
3. Integriertes Versicherungssystem mit einheitlicher Wettbewerbsordnung	9
4. Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und Einführung eines progressiven Beitragstarifs	13
5. Berücksichtigung weiterer Einkommensarten	16
6. Reform der Familienmitversicherung	18
7. Steuerfinanzierung	21
Literatur	25
Die Autoren	27

Dieses Expertise wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autoren in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Vorbemerkung

Eines der Kernprobleme im Gesundheitswesen ist die strukturelle Einnahmeschwäche der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Autoren der von uns in Auftrag gegebenen und jetzt vorliegenden Studie heben es explizit hervor: Während die Ausgaben parallel zum Bruttoinlandsprodukt wachsen, bleiben die beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder der GKV hinter dieser Entwicklung zurück. Zwischen Ausgaben und Einnahmen klafft eine immer größer werdende Lücke. Steigende Beiträge sind dann unweigerlich die Folge, ohne dass dadurch mehr Geld ins System kommt.

Vor dieser Situation stehen alle Reformvorschläge. Es fragt sich, wer die bessere Lösung für dieses Problem hat. Die gegenwärtige Strategie (Kopfpauschalenmodell: feste Zusatzbeiträge, mit einem komplizierten Ausgleichsverfahren, Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags, schnellerer Wechsel in die Private Krankenversicherung – PKV) schafft mehr Probleme als Lösungen: Sie ist ungerecht, nicht finanzierbar, ineffizient, fördert die Klientelpolitik, belastet die Versicherten noch mehr als zuvor und schwächt die GKV.

Die FES und ver.di suchen nach anderen Wegen. Interessant fanden wir Überlegungen von den Professoren Greß und Rothgang, andere Einkommensarten als Finanzierungsbasis mit heranzuziehen, eine Entlastung niedriger Einkommen

vorzunehmen und umgekehrt eine stärkere Belastung höherer Einkommen anzustreben. Diese Überlegungen können Ausgangspunkt für Konzepte sein, die zu einer notwendigen Fortentwicklung unserer solidarischen Krankenversicherung führen und bestehende Gerechtigkeitslücken schließen.

Wir haben Prof. Dr. Stefan Greß von der Fachschule Fulda und Prof. Dr. Heinz Rothgang vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen gebeten, ihre Gedanken im Rahmen einer Expertise darzulegen. Wir bedanken uns bei den Autoren für die konstruktive Zusammenarbeit. Viele Vorschläge sind bedenkenswert. Andere sind auf ihre Passgenauigkeit in unser bestehendes Sozialsystem zu überprüfen. Wieder andere, wie beispielsweise der aus dem niederländischen System entlehene Steuerzuschuss für Kinder, sind in Deutschland nur mit erheblichen weiteren Systemveränderungen umzusetzen oder es bestehen erhebliche rechtliche oder politische Hürden. Als sehr hilfreich kann jedoch angesehen werden, dass in dem Beitrag selbst eine kritische Abwägung zu den jeweiligen Vorschlägen erfolgt. Die Veröffentlichung soll und kann deshalb dazu beitragen, den Diskussionsprozess über eine konkrete und umsetzbare Alternative fortzuführen und damit zur Klärung beizutragen.

Herbert Weisbrod-Frey

Bereichsleiter Gesundheitspolitik
ver.di Bundesvorstand, Berlin

Peter König

Leiter Gesprächskreis Sozialpolitik
Friedrich-Ebert-Stiftung

1 Diese Einnahmeschwäche ist u.a. zurückzuführen auf den Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, schwaches Wachstum der Arbeitsentgelte, den Wechsel gesunder Gutverdiener in die Private Krankenversicherung und den steigenden Anteil an Rentnerinnen und Rentner, die einen verminderten Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung zahlen. Eine Erhöhung der Einnahmen könnte also auch durch arbeitsmarkt- und rentenpolitische Maßnahmen sowie Lohnpolitik erreicht werden. Im Folgenden konzentrieren wir uns ausschließlich auf die Möglichkeit, Lösungen im gesundheitspolitischen Bereich zu finden.

Zusammenfassung

Die Bundesregierung hat sich nach langer und intensiver Diskussion auf Maßnahmen zur Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geeinigt. Die Beitragssätze werden erhöht und die Rolle der Zusatzbeiträge ausgeweitet. Das Ausgabenwachstum wird zukünftig ausschließlich über einkommensunabhängige Beiträge finanziert, die alleine von den Versicherten zu tragen sind. Die im GKV-Finanzierungs-gesetz vorgesehenen Maßnahmen sind sozial un-gerecht, verbessern in keiner Weise die Nachhaltig-keit der GKV-Finanzierung, senken die Arbeits-anreize für Niedrigverdiener und sind darüber hinaus nicht praktikabel.

Der Problemdruck in der gesetzlichen Kran-kenversicherung ist jedoch unbestritten. Die struk-turelle Einnameschwäche der gesetzlichen Kran-kenversicherung hat in der Vergangenheit zu stei-genden Beitragssätzen geführt und gefährdet die nachhaltige und zukunftssichere Finanzierbarkeit des Systems. Die enge Grundlage der Beitragsbe-messung führt zudem zu einer Reihe von Gerech-tigkeitsdefiziten. Der von verzerrten Wechselan-reizen geprägte Wettbewerb zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenvoll-versicherung schwächt nicht nur die Finanzierungs-basis der gesetzlichen Krankenversicherung, son-dern ist darüber hinaus auch noch höchst ineffi-zient.

Vor dem Hintergrund dieser Ausgangslage schlagen die Autoren ein Maßnahmenbündel vor, das die oben genannten Defizite des GKV-Systems beheben kann. Die Maßnahmen können einzeln oder in Kombination eingesetzt werden. Die Effekte sind jedoch dann am wirksamsten, wenn die Maßnahmen im Verbund eingesetzt werden. So verstärken sich beispielsweise die Er-höhung der Beitragsbemessungsgrenze und die Einbeziehung anderer Einkommensarten gegen-seitig.

Einführung eines integrierten Versicherungssystems mit einheitlicher Wettbewerbsordnung

Für einen fairen Wettbewerb zwischen Kranken-kassen und privaten Krankenversicherungsunter-nehmen, zur Beseitigung von Ungerechtigkeiten zwischen Versichertengruppen und zur Verhin-derung einer negativen Risikoauslese zu Lasten der GKV, ist eine einheitliche Wettbewerbsord-nung unabdingbar. Ziel ist die Beseitigung des bis-her vorherrschenden verzerrten Systemwettbe-bergs und die Etablierung von Anreizen und Instrumenten für eine funktionsfähige Wettbe-bergsordnung. Zentrale Elemente einer solchen Wettbewerbsordnung wären eine umfassende Ver-sicherungspflicht der Bevölkerung einschließlich von Selbstständigen und Beamten, Kontrahie-rungszwang für die Krankenversicherer, Vertrags-verhandlungen mit Leistungsanbietern und Arzneimittel- sowie Medizingeräteherstellern, ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich und die Kalkulation von einkommensabhängigen Beiträgen.

Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und Einführung eines progressiven Beitragstarifs

Die Beitragsbemessung im Status quo führt durch die hohe Belastung von Niedrigverdienern zu ne-gativen Anreizen zur Arbeitsaufnahme und durch die Beitragsbemessungsgrenze zu einem regres-siven Tarifverlauf bei hohen Einkommen. Zur Überwindung dieser Schwäche des Beitragssys-tems im Status quo werden die folgenden Maß-nahmen vorgeschlagen:

- Absenkung der Eingangsbelastung und Schaf-fung eines progressiven Beitragstarifs mit kassen-individuellem Hebesatz für den Arbeitnehmer-anteil und einem bundeseinheitlichen Arbeit-

- geberanteil, der auf die beitragspflichtige Lohnsumme des jeweiligen Arbeitgebers angewandt wird;
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Beitragsbemessung in der Rentenversicherung und
 - Einführung eines positiven Beitragssatzes auch auf Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze.

Berücksichtigung weiterer Einkommensarten

Die enge Bemessungsgrundlage der GKV-Finanzierung schwächt – bei einer kontinuierlich sinkenden gesamtwirtschaftlichen Lohnquote – die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der GKV. Eine Verbeitragung weiterer Einkommensarten würde das Beitragsaufkommen in der GKV von der Zusammensetzung des Volkseinkommens unabhängiger machen. Darüber hinaus wird bisher der Grundsatz der horizontalen Gerechtigkeit – Gleichbehandlung der gleich Leistungsfähigen – durch die selektive Berücksichtigung nur des Arbeitseinkommens verletzt.

Die Autoren empfehlen daher die Verbeitragung aller Einkommensarten. Die Finanzämter werden damit beauftragt, die vom Finanzamt insgesamt besteuerte Einkommenssumme mit einem Beitrag für die Krankenversicherung zu belegen. Der Krankenversicherungsbeitrag wäre dann von den Finanzämtern vom Steuerpflichtigen einzuziehen und an den Gesundheitsfonds abzuführen. Analog müssten die Kreditinstitute gemeinsam mit der Abgeltungssteuer auch den entsprechenden Krankenversicherungsbeitrag einbehalten und ebenfalls an den Gesundheitsfonds abführen.

Reform der Familienmitversicherung

Die derzeitige Form der GKV-Finanzierung verstößt gegen das Prinzip der horizontalen Gerechtigkeit. Dies gilt im Vergleich von Ein-Verdiener und Zwei-Verdienerpaaren. Zu ähnlichen Ungerechtigkeiten kommt es auch bei Zwei-Verdienerpaaren mit einem Gesamthaushaltseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrund-

lage, das sich aber unterschiedlich auf die beiden Partner verteilt. Das Problem liegt letztlich in der auf die individuellen Einkommen bezogenen Beitragsbemessungsgrenze.

Die von den Autoren dieses Papiers vorgeschlagene Reformmaßnahme besteht darin, das beitragspflichtige Einkommen eines Ehepaares bzw. der Partner in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft zu addieren und dann fiktiv zu gleichen Teilen den beiden Partnern zuzurechnen (Splitting-Verfahren). Diese Einkommen sind dann bis zur Beitragsbemessungsgrenze beitragspflichtig. Damit wird gewährleistet, dass Haushalte mit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit im gleichen Umfang beitragspflichtig sind.

Steuerfinanzierung

Seit der Gesundheitsreform von 2004 ist die Bedeutung des Bundeszuschusses zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich angestiegen. Dieser sowohl quantitative als auch qualitative Bedeutungszuwachs erfolgte jedoch nicht kontinuierlich, sondern ausgesprochen erratisch. Dies kann als ein Indiz für die fehlende Verlässlichkeit von Steuerfinanzierung angesehen werden. Die Steuerfinanzierung ist im Vergleich zur derzeitigen Beitragsfinanzierung allerdings deutlich progressiver, belastet nicht ausschließlich die Erwerbseinkommen und damit potenziell nachhaltiger. Sollen diese Vorteile der Steuerfinanzierung erhalten bleiben, die Nachteile aber aufgehoben werden, muss die Steuerfinanzierung regelgebunden erfolgen.

Um den Bundeszuschuss für den Gesundheitsfonds zu verstetigen, sollte er – ähnlich wie in den Niederlanden – an die Ausgaben für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren gekoppelt und als Beitrag für diese Personengruppen dem Gesundheitsfonds zugeführt werden. Diese Ausgaben sind gut abgrenzbar, und eine Senkung des Bundeszuschusses für diese Personengruppe wäre politisch schwer durchsetzbar. Die Umverteilung zu Gunsten von Familien mit Kindern erfolgt weiterhin im Beitragssystem – wird aber durch Steuermittel finanziert.

1. Einleitung

Die gesundheitspolitische Diskussion war seit dem Regierungswechsel nach der Bundestagswahl des Jahres 2009 von den Plänen der schwarz-gelben Regierung zur Einführung einer Kopfpauschale mit steuerfinanziertem Sozialausgleich geprägt. Im Duktus des Koalitionsvertrags hieß es, dass langfristig „das bestehende Ausgleichssystem“ in eine Ordnung mit einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen und einem begleitenden sozialen Ausgleich überführt werden solle. Der Regierung ist es jedoch lange nicht gelungen, eine zwischen den Koalitionsparteien konsensfähige Konkretisierung der kryptischen Formulierungen des Koalitionsvertrages vorzulegen (Greß 2010b). Zuletzt scheiterte der zuständige Bundesgesundheitsminister Rösler mit seinem Konzept einer „Gesundheitskombi“, in dem der Sozialausgleich durch einkommensabhängig unterschiedlich hohe Beitragssätze erreicht werden sollte.

Das vorläufige Scheitern einer umfassenden Kopfpauschale ist aus Sicht der Autoren wenig überraschend, da der insbesondere von der FDP verfolgte Systemwechsel die damit verbundenen Erwartungen nicht erfüllen kann. Eine Pauschalfinanzierung führt weder zu mehr Gerechtigkeit in der GKV-Finanzierung noch zu einer nachhaltigeren Finanzierung (Rothgang et al. 2005). Auch die Erwartungen an Effizienzgewinne und positive Beschäftigungswirkungen sind mehr als zweifelhaft (Greß 2010a). Unzweifelhaft sind jedoch die Kosten, die mit der Einführung des Sozialausgleichs entstehen. Diese Kosten entstehen unabhängig von der Höhe der Pauschale und unabhängig davon, ob die Finanzbehörden, die Krankenkassen oder eine andere Institution für diesen

Sozialausgleich verantwortlich sind (Greß/Leiber 2010). Politisch ist das Konzept bisher daran gescheitert, dass die Finanzierung des notwendigen Sozialausgleichs weder über zusätzliche Steuermittel noch durch eine höhere Arbeitgeberbeteiligung sichergestellt werden konnte.

Die Regierung hat sich daher dafür entschieden, durch das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) die Beitragssätze zu erhöhen und die Rolle der Zusatzbeiträge auszuweiten.¹ Dies kommt der Einführung einer kleinen Pauschale gleich, da zukünftig das Ausgabenwachstum ausschließlich über einkommensunabhängige Beiträge finanziert wird, die ausschließlich von den Versicherten zu tragen sind. Die im GKV-FinG vorgesehenen Maßnahmen sind sozial ungerecht, verbessern in keiner Weise die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung, senken die Arbeitsanreize für Niedrigverdiener und sind darüber hinaus nicht praktikabel (vgl. ausführlich Greß et al. 2010).

Jenseits der berechtigten Kritik am Finanzierungskonzept der Regierungskoalition ist jedoch der Problemdruck in der gesetzlichen Krankenversicherung unbestritten. Die strukturelle Einnahmeschwäche der gesetzlichen Krankenversicherung hat in der Vergangenheit zu steigenden Beitragssätzen geführt und gefährdet die nachhaltige und zukunftssichere Finanzierbarkeit des Systems. Die enge Grundlage der Beitragsbemessung führt zudem zu einer Reihe von Gerechtigkeitsdefiziten. Der von verzerrten Wechselanreizen geprägte Wettbewerb zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung schwächt nicht nur die Finanzierungs-

1 Hier wird auf den Referentenentwurf in der Fassung vom 25. August 2010 Bezug genommen.

basis der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern ist darüber hinaus höchst ineffizient.

Vor diesem Hintergrund entwickeln die Autoren in diesem Beitrag ein Maßnahmenbündel, um die genannten Defizite auf der Einnahmenseite zu beheben. Selbstverständlich müssen diese Maßnahmen gleichzeitig durch Interventionen auf der Ausgabenseite begleitet werden. Obgleich für die Effektivität und Effizienz einer sozialen Krankenversicherung nicht von geringerer Bedeu-

tung, ist die Ausgabenseite jedoch *nicht* Gegenstand dieses Beitrags. Wir gehen außerdem davon aus, dass die Beseitigung der Defizite in der GKV-Finanzierung im Rahmen des bestehenden Systems einkommensabhängiger Umlagefinanzierung möglich und wünschenswert ist. Die Umstellung auf risikoäquivalente Prämien entfällt somit ebenso als Reformoption wie die Ablösung der Umlagefinanzierung durch ein kapitalgedecktes System.

2. Ausgangslage und Bewertungsmaßstäbe

Wie vielfach gezeigt und entsprechend lange bekannt, sind die seit den 1980er Jahren mehr oder weniger unverändert anhaltenden Beitragssatzsteigerungen in der GKV nicht auf eine „Kostenexplosion“ zurückzuführen, sondern auf die „strukturelle Einnahmeschwäche“ der GKV (vgl. aktuell und als Beispiel für viele Wille 2010; Reiners 2009). Die Ausgaben der GKV sind in den letzten drei Dekaden vielmehr parallel zum Bruttoinlandsprodukt gewachsen und schwanken relativ stabil bei einem Anteil von sechs bis sieben Prozent (Rothgang et al. 2010), während das beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Mitglieder deutlich hinter dieser Entwicklung zurückgeblieben ist. Eine Finanzierungsreform, die eine nachhaltige und stabile GKV-Finanzierung gewährleisten will, muss daher hier ansetzen und sicherstellen, dass die Einnahmehasis der GKV nicht länger von der Sozialproduktentwicklung abgekoppelt ist.

Gleichzeitig verweist die aktuelle Diskussion vollkommen zu Recht auf *Gerechtigkeitslücken* in der bestehenden GKV-Finanzierung. Dem eigenen Selbstverständnis nach ist die GKV dem Solidarprinzip verpflichtet, dass sich aus dem Zusammentreffen einer Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip und einer Leistungsgewährung nach dem Bedarfsprinzip ergibt. Das Leistungsfähigkeitsprinzip postuliert zum einen, dass Haushalte mit gleicher Leistungsfähigkeit, also gleichem Einkommen, gleich belastet werden (horizontale Gerechtigkeit) und zum anderen, dass Haushalte mit höherer Leistungsfähigkeit (höherem Einkommen) stärker belastet wer-

den (vertikale Gerechtigkeit) (Wasem/Greif 2002). Die aktuelle GKV-Finanzierung setzt beides nur unvollständig um: Mit der Beitragsbemessungsgrenze wird das Prinzip der *vertikalen Gerechtigkeit* verletzt, da Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze nicht verarbeitet wird. Das Prinzip der *horizontalen Gerechtigkeit* wird insbesondere dadurch verletzt, dass nur die Arbeitseinkommen und die Lohnersatzleistungen, nicht aber andere Einkommensarten wie Einkommen aus Vermietung und Verpachtung oder Einkommen aus Vermögen beitragspflichtig sind. Im Ergebnis werden Haushalte mit gleichem Einkommen daher in unterschiedlichem Ausmaß zur Beitragszahlung herangezogen. Zu einer ähnlichen Ungleichbehandlung führt die Beitragsbemessungsgrenze im Haushaltskontext. Liegt das Haushaltseinkommen insgesamt oberhalb der einfachen Beitragsbemessungsgrenze, unterscheidet sich die Beitragspflicht – bei gleichem Haushaltseinkommen – danach, wie sich dies auf die beiden Ehepartner verteilt (Dräther/Rothgang 2004). Eine „gerechte“ Finanzierungsreform sollte daher auch diese Ungerechtigkeiten soweit wie möglich beseitigen oder zumindest reduzieren.

Zentrale Bewertungskriterien für die einzelnen nachfolgend diskutierten Maßnahmen sind zum einen, inwieweit Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit der GKV-Finanzierung verbessert werden. Zum anderen werden aber auch Auswirkungen auf die Effizienz des Krankenversicherungswettbewerbs und mögliche Beschäftigungseffekte diskutiert.

3. Integriertes Versicherungssystem mit einheitlicher Wettbewerbsordnung

Ausgangslage

In den aktuellen Plänen der Bundesregierung spielt die Aufhebung der Zweiteilung des deutschen Krankenversicherungssystems, in die gesetzliche und die private Krankenvollversicherung, keine Rolle. Dies ist insofern bedauerlich, als der verzerrte Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV mindestens aus drei Gründen zu erheblichen negativen Auswirkungen führt. Erstens schwächt die Abwanderung guter Risiken in die PKV die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung. Zweitens entziehen sich die guten Risiken damit der in der GKV institutionalisierten einkommensbezogenen Umverteilung. Die Zweiteilung der Krankenversicherung verstößt damit gegen die vertikale Gerechtigkeit. Drittens führen die unterschiedlichen Vergütungssysteme insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu finanziellen Anreizen für die bevorzugte Behandlung von Privatversicherten (Greß 2009; Greß et al. 2009). Die Unterschiede im Vergütungssystem führen übrigens nicht nur zur Differenzierung der Versorgung in Abhängigkeit vom Versicherungsstatus. Sie führen auch zu einem starken Ausgabenwachstum in der PKV – eine der zentralen Ursachen für den ungebrochenen Prämienanstieg in der privaten Krankenversicherung (Albrecht et al. 2010).

Die Versicherungspflichtgrenze hat darüber hinaus ihre Rechtfertigung längst verloren und beeinträchtigt nachhaltig auch die Effizienz im deutschen Krankenversicherungssystem. Dies ist in der nicht von der privaten Krankenversicherungsindustrie finanzierten Wissenschaft unbestritten:

„Eine Wahlmöglichkeit nach Maßgabe der Erwerbsform, sich in einer privaten oder gesetzlichen Versicherung zu versichern, lässt sich mit diesem

Argument einer Schutzbedürftigkeit nicht begründen. Darüber hinaus scheint sich seit der Etablierung privater Versicherungen die Funktion der Pflichtversicherungsgrenze darauf reduziert zu haben, den privaten Versicherungen ein Marktsegment zu sichern und somit Verkrustungen bei historisch gewachsenen Strukturen im Gesundheitswesen nicht aufbrechen zu müssen“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2008: 396).

Nichtsdestoweniger hat die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, die private Krankenvollversicherung nicht anzutasten. Maßnahmen der großen Koalition, mit der die Abwanderung von der GKV in private Krankenvollversicherung gebremst werden sollte, sollen sogar wieder rückgängig gemacht werden (Greß 2010b). Die Zweiteilung des Krankenversicherungsmarktes ist jedoch ein zentraler Ansatzpunkt, um die Finanzierung der GKV nachhaltiger zu gestalten, finanzielle Anreize zur bevorzugten Behandlung einzelner Personengruppen zu beseitigen und die Effizienz der Krankenversicherungssysteme insgesamt zu verbessern. Zur Überwindung des zweigeteilten Krankenversicherungsmarktes ist aus Sicht der Autoren eine einheitliche Wettbewerbsordnung einzuführen – wie es etwa in den Niederlanden mit der Krankenversicherungsreform des Jahres 2006 erfolgt ist. Bis zur Umsetzung dieses anspruchsvollen Reformschrittes kann eine Angleichung der Vergütungsstrukturen insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung und die Integration der privaten Krankenvollversicherung in den Risikostrukturausgleich der GKV die negativen Auswirkungen des verzerrten Systemwettbewerbs zumindest teilweise verhindern bzw. kompensieren.

Vorgeschlagene Reformmaßnahme

Für einen fairen Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen ist eine einheitliche Wettbewerbsordnung unabdingbar. Die Einführung einer einheitlichen Wettbewerbsordnung hat nicht den Sinn, die Existenzberechtigung privater Krankensicherer in Frage zu stellen. Ziel ist vielmehr die Beseitigung des bisher vorherrschenden verzerrten Systemwettbewerbs und die Etablierung von Anreizen und Instrumenten für eine funktionsfähige Wettbewerbsordnung. Zentrale Elemente einer solchen Wettbewerbsordnung wären eine umfassende Versicherungspflicht der Bevölkerung einschließlich von Selbstständigen und Beamten,² Kontrahierungszwang für die Krankenversicherer, Vertragsverhandlungen mit Leistungsanbietern und Arzneimittel- sowie Medizingeräteherstellern, ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich und die Kalkulation von einkommensabhängigen Beiträgen.

Immer wieder – zuletzt im Konzept der so genannten Bürgerprivatversicherung – wird postuliert, eine einheitlichen Wettbewerbsordnung müsse mit *risikoäquivalenten Prämien* finanziert werden (Eekhoff et al. 2009; Zweifel/Breuer 2002). Begründet wird diese Forderung erstens damit, dass der Versuch durch den Risikostrukturausgleich Anreize zur Selektion zu neutralisieren, zum Scheitern verurteilt sei. Zweitens werde durch risikoäquivalente Prämien das Verhältnis von Prämie und Leistung für Versicherte besser erkennbar. In Reinform sind risikoäquivalente Prämien für Menschen mit chronischen Erkrankungen aber schnell unbezahlbar. Um die Prämien für die Betroffenen finanzierbar zu machen, wird daher ein – womöglich steuerfinanzierter – Ausgleichsmechanismus notwendig, der auf der Grundlage des gesundheitlichen Risikos, Kompensationszahlungen für die Betroffenen zur Verfügung stellt. Damit sind jedoch die vorgeblichen Vorteile risikoäquivalenten Prämien für die Eta-

blierung einer einheitlichen Wettbewerbsordnung, nämlich der Verzicht auf einen Risikostrukturausgleich und ein transparenteres Verhältnis von Prämie und Leistung – hinfällig. Damit zeigt sich auch, dass risikoäquivalente Prämien keine notwendige Bedingung für die Einführung einer einheitlichen Wettbewerbsordnung sind.

Eine einheitliche Wettbewerbsordnung lässt sich außerdem unabhängig von der Entscheidung über die Frage installieren, ob die Krankenversicherer im *Umlage- oder im Kapitaldeckungsverfahren* finanziert werden. Auch Mischmodelle sind denkbar. Das Umlageverfahren hat den entscheidenden Vorteil, dass sich Krankenversicherer nicht in die Abhängigkeit von Kapitalmärkten begeben müssen. Der Vorteil der Kapitaldeckung besteht darin, dass Vorsorge für absehbare zukünftige demographische Entwicklungen – insbesondere das zukünftig ungünstigere Verhältnis von Erwerbstätigen und Rentnern – getroffen wird. Die Vereinbarkeit einer einheitlichen Wettbewerbsordnung mit Kapitaldeckung ist kein grundsätzliches, sondern ein technisches Problem. In der Vergangenheit hat die private Versicherungsindustrie die Individualisierung und Mitgabe von Alterungsrückstellungen als nicht machbar gebrandmarkt. Inzwischen sind jedoch immer mehr Stimmen zu hören, die eine grundsätzliche Machbarkeit nicht in Frage stellen und Modelle zur Umsetzung entwickeln. Für den Basis tariff der PKV ist eine Portabilität der Altersrückstellungen inzwischen gesetzlich geregelt.

Für die Funktionalität des einheitlichen Krankenversicherungsmarktes ist eine *Privatisierung der öffentlich-rechtlichen Krankenkassen* – wie unter Verweis auf die Entwicklungen in den Niederlanden etwa von der FDP gefordert – jedoch weder hinreichend noch notwendig. Eine Privatisierung birgt vor dem Hintergrund europarechtlicher Regelungen eine Reihe von Gefahren (Paolucci et al. 2006).

2 Beamten ist mindestens der Abschluss eines Teilkostentarifs zu ermöglichen. Darüber hinaus sollten perspektivisch aus Gründen der Gleichbehandlung auch Beamte Vollkostentarife mit Arbeitgeberzuschuss abschließen müssen.

Bis zur Entscheidung über eine einheitliche Wettbewerbsordnung könnten Probleme des Nebeneinanders zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung durch zwei Maßnahmen wesentlich abgemildert werden. Erstens könnte ein *Einbezug der privat krankenversicherten Personen in den Risikostrukturausgleich der GKV* die finanziellen Konsequenzen der Risikoselektion zu Gunsten der privaten Krankenversicherung kompensieren. Konzeptionelle Vorarbeiten zur Einführung eines systemübergreifenden Risikostrukturausgleichs liegen vor. Danach müssten privat krankenversicherte Personen einkommensabhängige Beiträge auf ihre beitragspflichtigen Einnahmen in den Gesundheitsfonds einzahlen und würden dafür einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers bzw. des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers erhalten. Im Gegenzug erhielten diese Versicherten für sich selbst und ihre nicht erwerbstätigen Familienmitglieder standardisierte Prämienzahlungen, die auf den Leistungskatalog der GKV bezogen sind. In der PKV zu entrichtende Risikozuschläge würden in diesen Zahlungen ebenfalls berücksichtigt (Sehlen/Schräder 2010).

Die standardisierten Prämienzahlungen aus dem Gesundheitsfonds könnten die Versicherten für die Versicherungsprämien in der PKV verwenden. Prämien, die ein Leistungsniveau über dem der gesetzlichen Krankenversicherung finanzieren, werden durch die Zahlungen aus dem Fonds nicht finanziert. Im Grundsatz ist die Durchführung dieses Verfahrens auch über die privaten Krankenversicherungsunternehmen denkbar. Die Kalkulation der Zahlungsströme bliebe dabei gleich (Sehlen/Schräder 2010).

Mindestens ebenso diffizil – politisch und technisch – wie die Integration der PKV in den Risikostrukturausgleich, ist zweitens die Neutralisierung der finanziellen Anreize zur bevorzugten Behandlung des privat versicherten Personenkreises. Eine für die Ärzteschaft insgesamt aufkommensneutrale Angleichung der Vergü-

tungssysteme würde die GKV belasten und gleichzeitig PKV und Beihilfeträger entlasten. Nach Berechnungen aus dem Jahr 2008 – vor Einführung des zu Jahresbeginn 2009 eingeführten Honorarsystems – würde die GKV durch die Vergütungsangleichung um rund 3,2 Milliarden Euro belastet werden (Walendzik et al. 2008). Beide Maßnahmen – Ausweitung des Risikostrukturausgleichs auf die PKV und Neutralisierung der finanziellen Anreize zur bevorzugten Behandlung des privat versicherten Personenkreises – sind daher als Bündel zu betrachten. Sie stellen darüber hinaus – und hier ist wiederum auf die Erfahrungen in den Niederlanden zu verweisen – entscheidende Vorarbeiten für die Einführung einer einheitlichen Wettbewerbsordnung im System der deutschen Krankenversicherung dar.

Aus den obigen Erläuterungen ergibt sich als zentrale Forderung die Einführung eines integrierten Versicherungssystems – die Überwindung der Zweiteilung des deutschen Krankenversicherungssystems in GKV und PKV. Damit wird die Forderung nach Einführung einer Bürgerversicherung – vorgestellt in mehreren Varianten vor allem durch die SPD und Bündnis 90/Die Grünen vor der Bundestagswahl 2005 aber auch im Rahmen der so genannten Rürup-Kommission – erneut aufgegriffen.

Bewertung anhand der Kriterien

Ein integriertes Versicherungssystem schneidet vor dem Hintergrund der oben vorgestellten Bewertungskriterien ausgesprochen positiv ab. Die *Nachhaltigkeit* der GKV-Finanzierung wird deutlich gestärkt, weil die Risikoselektion zu Lasten der GKV überwunden wird. Bei einer sofortigen Einführung eines integrierten Versicherungssystems würde es zu einer erheblichen Beitragssatzentlastung kommen.³ Gleichzeitig würde die *horizontale Gerechtigkeit* der GKV-Finanzierung erhöht werden, weil es keine Diskriminierung

3 Nach allerdings schon älteren Berechnungen liegt dieser Beitragssatzentlastungseffekt bei 0,7 bis 0,9 Beitragssatzpunkten (Pffaff et al. 2006; Albrecht et al. 2006).

unterschiedlicher Personengruppen bei den Wahlmöglichkeiten zwischen Versicherungsträgern mehr gibt. Außerdem würde die vertikale Gerechtigkeit erhöht werden, weil auch Privatversicherte in die Umverteilung zu Gunsten Einkommensschwächerer einbezogen werden. Mindestens ebenso wichtig wäre die Beseitigung von finanziellen Anreizen, vor allem in der ambulanten ärztlichen Behandlung zur bevorzugten Be-

handlung von Privatversicherten. Ein weiteres zentrales Argument für die Einführung eines integrierten Versicherungssystems liegt in den zu erwartenden Effizienzvorteilen – insbesondere durch die Ausweitung der Leistungssteuerung auf die bisher Privatversicherten und die gestiegenen Wahlmöglichkeiten der Versicherten. Unklar sind die zu erwartenden Arbeitsmarkteffekte.

4. Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und Einführung eines progressiven Beitragstarifs

Ausgangslage

Während die Einkommensteuer durch einen progressiven Tarif gekennzeichnet ist, ist der Tarifverlauf in der GKV von einem monatlichen Einkommen von 800 Euro bis zur Beitragsbemessungsgrenze proportional, um dann nach Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze regressiv zu werden. Dies impliziert zwei Probleme: Zum einen ist die *Grenzbelastung auch für niedrige Einkommen* sehr hoch. Lediglich in der „Gleitzone“ bei einem monatlichen Einkommen von über 400 Euro bis 800 Euro gibt es eine Progressionszone, ab 800 Euro gilt aber dann der „Spitzenbeitragssatz“. Die hohe Abgabenbelastung bei niedrigen Einkommen schafft damit massive negative Anreize zur Arbeitsaufnahme im Niedriglohnbereich. Zum anderen führt die *Beitragsbemessungsgrenze*, wie etwa schon der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten aus dem Jahr 1994 (Ziffer 62) moniert hat, zu einer „starke[n] Tarifdegression im Anschluss an die Beitragsbemessungsgrenze“ und dazu, dass Einkommen oberhalb der Beitragbemessungsgrenze – im Widerspruch zum Prinzip der vertikalen Gerechtigkeit – gar nicht zur Finanzierung der GKV herangezogen werden.

Die Kritik an *Beitragsbemessungsgrenze* und ihrer Wirkung ist alt. Mehr oder minder regelmäßig wurde in der Vergangenheit daher die Forderung nach einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze erhoben. Interessanterweise ergibt sich ein Anknüpfungspunkt für die Einbeziehung höherer Einkommen in die GKV-Finanzierung in der jüngsten Diskussion aber auch in Kopf- bzw. Pauschalprämienmodellen. Regelmäßig sehen diese Modelle nämlich die Einführung eines Ausgleichsmechanismus für sozial schwächere

Haushalte vor, der – in fast allen Modellen – aus Steuermitteln gespeist werden soll (Rothgang et al. 2005). Insoweit hierzu die Einkommensteuer herangezogen wird, werden auch hohe Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze damit – über den Umweg des Transfers an einkommensschwächere Haushalte – zur GKV-Finanzierung herangezogen. Würde also in der GKV ein – niedriger – Beitragssatz auch oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze eingeführt, ergäbe sich eine dem Grunde nach ähnliche Belastung für hohe Einkommen.

Die Möglichkeit nach *Einkommen abgestufter Beitragssätze* und damit ein – wenn auch in maximal sechs Stufen gestalteter – progressiver Tarifverlauf in der GKV-Finanzierung wurde sogar von Bundesgesundheitsminister Rösler Anfang Juni 2010 vorgeschlagen (BMG 2010). Wenngleich dieser Vorschlag nach wenigen Tagen auf Druck des bayerischen Koalitionspartners wieder zurückgezogen wurde, zeigt er doch, dass auch in der Politik aktuell über die Tarifgestaltung im unteren Einkommensbereich nachgedacht wird.

Vorgeschlagene Reformmaßnahme

Die auf die genannten Schwächen abzielende Reformmaßnahme besteht aus drei Elementen:

- einer Absenkung der Eingangsbelastung und Schaffung eines progressiven Beitragstarifs mit kassenindividuellem Hebesatz für den Arbeitnehmeranteil und einem Arbeitgeberanteil, der bundeseinheitlich auf die beitragspflichtige Lohnsumme des jeweiligen Arbeitgebers angewandt wird,
- einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Beitragsbemessung in der Rentenversicherung und

- der Einführung eines positiven Beitragssatzes auch auf Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze.

Mit der *Absenkung des Eingangsbeitragssatzes* zur GKV werden die negativen Arbeitsanreize der derzeitigen Finanzierung beseitigt. Die Einführung eines *linear-progressiven Tarifs* bis zur Beitragsbemessungsgrenze nähert den Tarifverlauf dann an den Einkommensteuertarif an. Allerdings handelt es sich nach wie vor um zweckgebundene Beiträge, so dass die Gefahren einer schwankenden Finanzierungsbasis, die mit einer Steuerfinanzierung verbunden sind (vgl. Greß et al. 2010), vermieden werden. Ein solcher Tarif erlaubt es auch, die bisherigen Sonderregelungen für Mini- und Midi-Jobs aufzuheben. Der Beitragstarif ist dabei bundesweit festzulegen – wie der derzeitige Beitragssatz im Gesundheitsfonds. Um die Finanzautonomie der Kassen zu stärken und den Kassenwettbewerb zu befördern, können die Kassen auf diesen Tarif einen *kassenindividuellen Hebesatz* anwenden, analog etwa zum kommunalen Hebesatz auf die Grundsteuer und auf die Gewerbesteuer. Dieser Hebesatz wirkt als Faktor mit dem die Beiträge multipliziert werden, die sich nach dem bundeseinheitlichen Tarif ergeben. Ein solcher Faktor ist leicht verständlich und schafft daher Transparenz für die Versicherten. Zur Ermittlung des Arbeitgeberanteils wird für jeden Arbeitgeber die beitragspflichtige Lohnsumme erhoben, die sich als Summe aller für die eigenen Beschäftigten beitragspflichtigen Einnahmen ergibt. Auf diese Lohnsumme ist ein bundeseinheitlicher Beitragssatz anzuwenden. Damit ist gewährleistet, dass keine Anreize entstehen, Arbeitsplätze aufzusplitten, um so an der Progression auf Seiten der Arbeitnehmer zu partizipieren. Der Beitragssatz kann so berechnet werden, dass die Parität zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen gewahrt bleibt.

Für die „richtige“ Höhe der *Beitragsbemessungsgrenze* gibt es keinen wissenschaftlich ableitbaren Wert. Da durch die Absenkung der Beitragssätze für niedrigere Einkommen (siehe oben) aber Einnahmeausfälle entstehen, bietet es sich an, die Beitragsbemessungsgrenze anzuheben. Nur so kann gewährleistet werden, dass der „Spitzenbeitragssatz“ nicht oder nicht wesentlich über dem

derzeitigen Beitragssatz liegt. Eine – in der Vergangenheit häufig geforderte – Anhebung auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung erscheint vor diesem Hintergrund als plausibel. Eine derartige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist insbesondere dann angezeigt, wenn auch weitere Einkommensarten zur Finanzierung herangezogen werden sollen (siehe Abschnitt 5). Bei Festhalten an der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze würden die Mehrbelastungen durch die Beitragspflicht für weitere Einkommensarten ansonsten überwiegend bei niedrigeren Einkommen auftreten.

Führt die Beitragsbemessungsgrundlage aber dazu, dass darüber liegende Einkommen – wie nach geltendem Recht – gar nicht beitragspflichtig sind, ist das Postulat der vertikalen Gerechtigkeit verletzt. Andererseits ist eine volle Beitragspflicht für das gesamte Einkommen – womöglich mit einem progressiven Verlauf – aber kaum mit dem Versicherungsprinzip vereinbar. Die gesetzliche Krankenversicherung als Sozial-Versicherung ist aber durch die Mischung des Umverteilungsgedankens und des Versicherungsprinzips gekennzeichnet. Eine Versöhnung beider Prinzipien ist aber denkbar, wenn der *Charakter der Beitragsbemessungsgrenze* verändert wird und diese als die Grenze konzipiert wird, an der der progressive Beitragstarif endet und nur noch ein „kleiner Beitrag“ erhoben wird. Wird dieser in einem Bereich von ein bis zwei Prozent festgelegt, geht er im Ergebnis nicht über die Belastung hinaus, die in den Kopfprämienmodellen für die hohen Einkommen vorgesehen sind. Dadurch, dass der Marginalbeitrag größer als Null ist, wird die Regressivität der GKV-Beitragsbelastung für hohe Einkommen verringert und der Verstoß gegen das Gebot der vertikalen Gerechtigkeit aufgehoben.

Bewertung anhand der Kriterien

Bei einer Bewertung dieser Reformmaßnahme anhand der eingangs formulierten Kriterien ergibt sich folgendes Bild:

Hinsichtlich der *fiskalische Ergiebigkeit* stehen Mehreinnahmen durch Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und Einführung des „kleinen

Beitrags“ oberhalb dieser Grenze Mindereinnahmen durch den abgesenkten Eingangsbeitrag und den progressiven Tarifverlauf gegenüber. Die unmittelbaren Auswirkungen auf die GKV-Einnahmen hängen daher von der Ausgestaltung des Modells ab. Mit Beitragstarif, Hebesatz, Satz des „kleinen Beitrags“ oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und Höhe der Beitragsbemessungsgrenze stehen aber genügend Stellschrauben zur Verfügung, um die notwendigen Einnahmen zu generieren. Mittelfristig ist aufgrund verbesserter Arbeitsanreize ein positiver Effekt auf die Einnahmenentwicklung zu erwarten.

Die Reformmaßnahme erhöht die *vertikale Gerechtigkeit*, da der grundsätzliche Verstoß gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip, der aus den beitragsfreien Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze herrührt, aufgehoben wird. Durch die Einführung eines progressiven Beitragstarifs wird die intendierte Umverteilung nach Einkommen grundsätzlich verstärkt. Dies erscheint als wünschenswert, weil die derzeitige Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland immer noch insgesamt regressiv ist (Härpfer et al. 2009).

Der *Kassenwettbewerb* wird gegenüber dem Status quo insofern gestärkt, als die Beitragsautonomie der Krankenkassen mit dem kassenindividuellen Hebesatz wieder hergestellt wird. Gegenüber dem derzeitigen Zusatzbeitrag liegt ein Vorteil darin, dass der Hebesatz nicht von vornherein als Ausdruck von ineffizientem Kassenshandeln thematisiert werden muss.

Die zu erwartenden *positiven Arbeitsmarkteffekte* aufgrund des progressiven Beitragstarifs mit abgesenktem Eingangsbeitrag sind – neben der erhöhten vertikalen Gerechtigkeit – ein Hauptvorteil der vorgeschlagenen Reformmaßnahme.

Die vorgeschlagene Reformmaßnahme führt somit bei keinem der Bewertungskriterien zu einer Verschlechterung gegenüber dem Status quo, bei einigen aber zu deutlichen Verbesserungen. Um diese Reformmaßnahme abschließend beurteilen zu können, sind allerdings Modellrechnungen notwendig, um zu ermitteln, wie ein aufkommensneutraler Beitragstarif mit entsprechendem Eingangs- und Höchstbeitragsatz aussehen könnte.

5. Berücksichtigung weiterer Einkommensarten

Ausgangslage

Die Beitragsbemessung ist auch hinsichtlich der Breite der erfassten Einkommensarten reformbedürftig. Für pflichtversicherte Beschäftigte in der gesetzlichen Krankenversicherung fallen lediglich auf Einkommen aus unselbständiger Arbeit Beiträge an. Ähnliche Regelungen gelten für Rentnerinnen und Rentner. Andere Einkommensarten – insbesondere aus Kapitalvermögen – bleiben beitragsfrei. Diese enge Bemessungsgrundlage schwächt – bei einer kontinuierlich sinkenden gesamtwirtschaftlichen Lohnquote – die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der GKV. Eine Verbeitragung weiterer Einkommensarten würde das Beitragsaufkommen in der GKV von der Zusammensetzung des Volkseinkommens unabhängiger machen. Darüber hinaus wird bisher der Grundsatz der horizontalen Gerechtigkeit – Gleichbehandlung der gleich Leistungsfähigen – verletzt. Versicherte mit hohem Arbeitseinkommen und niedrigen Einkommen aus anderen Einkommensarten werden stärker belastet als Versicherte mit niedrigem Arbeitseinkommen und hohem Einkommen aus anderen Einkommensarten – selbst bei gleichem Gesamteinkommen.

Vorgeschlagene Reformmaßnahme

Um die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung zu stärken und die beschriebenen Verstöße gegen die Norm der horizontalen Gerechtigkeit aufzuheben, empfehlen die Autoren die Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkommensarten. Erfasst werden sollen die Einkommen dabei entsprechend der einkommensteuerrechtlichen Regelungen. Zu diskutieren ist die Frage nach der Art der Einkommenserfassung.

Schon aus dem Abschlussbericht der so genannten Rürup-Kommission ging hervor, dass

die Einbeziehung weiterer Einkommensarten auf vielfältige praktische Erfahrungen zurückgreifen kann. Zu nennen sind hier insbesondere freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner und freiwillig versicherte Selbstständige. Es ist daher eine Gleichbehandlung von freiwillig Versicherten und Pflichtversicherten in Bezug auf von der Verbeitragung zu erfassende Einkommensarten anzustreben (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003).

In der Rürup-Kommission wurden zwei Verfahren für die Erfassung weiterer Einkommensarten vorgeschlagen. Der eine Vorschlag adaptiert das für freiwillig Versicherte von den Krankenkassen durchgeführte Verfahren, das auf der Abgabe der Einkommensteuererklärung des Vorjahres, Meldungen der Rentenversicherungsträger und der Zahlstellen von Versorgungsbezügen beruht. Interessanterweise wurde dieses Verfahren ansatzweise auch vom Bundesgesundheitsminister im Rahmen des zwischenzeitlich gescheiterten „Gesundheitskombis“ aufgegriffen. Versicherte sollten mit einem entsprechenden Einkommensnachweis bei den Krankenkassen einen Antrag auf einen niedrigeren Beitragssatz stellen dürfen. Explizit genannt wurden in diesem Zusammenhang Beschäftigte und Rentner bzw. Rentnerinnen mit hohen Kapitaleinkommen: „Wer beispielsweise neben seinem Lohn-einkommen oder seiner Rente über hohe Zins-einkünfte verfügt, verliert den Anspruch auf Einstufung in eine niedrigere Beitragssatzklasse. Damit gewinnt das System an Gerechtigkeit“ (Bundesministerium für Gesundheit 2010: 3). In einer von den Versicherten bei den Krankenkassen vorzulegenden Einkommensteuererklärung tauchen Kapitaleinkommen jedoch nicht auf, wenn sie der Abgeltungssteuer unterliegen. Diese „Kassenoption“ ist daher nicht praktikabel.

Die Autoren empfehlen vielmehr die ebenfalls von der Rürup-Kommission in die Diskussion

gebrachte *Poollösung*. Die abzuführenden Krankenversicherungsbeiträge in Höhe des vollen einkommensabhängigen Beitragssatzes werden dem Gesundheitsfonds und nicht einzelnen Krankenkassen gutgeschrieben. Das hierdurch generierte Beitragsaufkommen stabilisiert damit den einheitlichen einkommensabhängigen Beitragssatz. Die Finanzämter würden damit beauftragt, die vom Finanzamt insgesamt besteuerte Einkommenssumme mit einem Beitrag für die Krankenversicherung zu belegen. Der Krankenversicherungsbeitrag wäre dann von den Finanzämtern vom Steuerpflichtigen einzuziehen und an den Gesundheitsfonds abzuführen. Analog müssten die Kreditinstitute gemeinsam mit der Abgeltungssteuer auch den entsprechenden Krankenversicherungsbeitrag einbehalten und ebenfalls an den Gesundheitsfonds abführen (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003).

Eine verschiedentlich vorgeschlagene eigene Beitragsbemessungsgrenze für Kapitaleinkommen lehnen die Autoren ab, weil eine solche Regelung wiederum gegen den Grundsatz der horizontalen Gerechtigkeit verstoßen würde. Versicherte, die bereits Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze entrichten, können sich daher bei den Kreditinstituten von der Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge befreien lassen. Sollen zur Generierung anderer Verteilungswirkungen einkommensstärkere Haushalte verstärkt zur Beitragszahlung herangezogen werden, ist dies problemadäquat über eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze (siehe Abschnitt 4) zu gewährleisten.

Bewertung anhand der Kriterien

Insgesamt wird durch die Reform der Beitragsbemessungsgrenze (vgl. oben) und den Einbezug weiterer Einkommensarten das Beitragssystem in seiner Ausgestaltung steuerähnlicher. Steuerrecht

und Sozialrecht werden stärker synchronisiert. Dementsprechend wären bestehende Freibeträge für Einkommen aus Kapital und Vermögen zu übernehmen. Das vorgeschlagene Verfahren zeichnet sich darüber hinaus durch einen vergleichsweise geringen administrativen Aufwand aus. Es werden bestehende Einzugswege über die Finanzämter und Kreditinstitute genutzt. Im Gegensatz zu den von der schwarz-gelben Regierung vorgesehenen Plänen zur Einführung einer Kopfpauschale mit steuerfinanziertem Sozialausgleich, werden hier die Versicherten auch nicht zu Bittstellern, sondern kommen ihrer Beitragspflicht nach.

Die Einmaleffekte der Verbeitragung weiterer Einkommensarten können kurzfristig eine wahrnehmbare Wirkung auf die Stabilisierung des einkommensabhängigen Beitragssatzes haben. Ältere empirische Schätzungen gehen je nach Modellannahmen von einer Entlastung zwischen 0,3 und 0,5 Beitragssatzpunkten (Albrecht et al. 2006; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003) aus. Der entscheidende Vorteil des Einbezugs weiterer Einkommensarten liegt aus Sicht der Autoren jedoch vor allem in der mittel- bis langfristig zu sehenden stärkeren Unabhängigkeit der GKV-Finanzierung von Verschiebungen in der Zusammensetzung des Volkseinkommens und in der höheren horizontalen Gerechtigkeit im Vergleich zum Status quo.

Diese Reformmaßnahme führt damit zu einer gesteigerten *fiskalischen Ergiebigkeit* der GKV-Finanzierung, kurzfristig durch die Einmaleffekte der Berücksichtigung weiterer Einkommensarten, mittel- und langfristig durch Stabilisierung der Bemessungsgrundlage. Zudem wird die *horizontale Gerechtigkeit* durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten gestärkt. Als Resultat der sinkenden Belastung des Faktors Arbeit sind *positive Arbeitsmarkteffekte* möglich – allerdings kaum in nennenswertem Umfang. Der *Kassenwettbewerb* wird von der Maßnahme dagegen nicht berührt.

6. Reform der Familienmitversicherung

Ausgangslage

Die beitragsfreie Mitversicherung umfasst etwa 14 Millionen Kinder (Dräther/Rothgang 2004). Die von diesen Kindern verursachten Ausgaben wurden im GKV-Modernisierungsgesetz als Legitimation für die schrittweise Einführung eines Steuerzuschusses verwendet, dessen Umfang am Ende des Einführungsprozesses mit 14 Milliarden Euro angesetzt wurde. Wird die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der gesetzlichen Krankenversicherung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen, so ist eine Steuerfinanzierung grundsätzlich aufgabenadäquat (Schmähl 2006). Allerdings ist zu kritisieren, dass die Höhe des Steuerzuschusses nicht in einer nachvollziehbaren Weise an die Ausgaben für die beitragsfreie Kindermitversicherung angebunden ist und dass die Mittel nicht – wie ordnungspolitisch sinnvoll – über einen steuerfinanzierten Beitrag für Kinder in die GKV eingespeist werden, sondern als pauschaler und nicht regelgebundener Zuschuss.

Intensiver diskutiert wird die beitragsfreie Mitversicherung der ca. fünf bis sechs Millionen mitversicherten Ehegatten, für die im Jahr 2000 Ausgaben in Höhe von umgerechnet neun Milliarden Euro durch die GKV finanziert wurden (Dräther/Rothgang 2004). Zum Teil wird argumentiert, dass diese beitragsfreie Mitversicherung nur für diejenigen gerechtfertigt ist, die Kinder erziehen oder pflegebedürftige Personen pflegen. Dies trifft auf etwa die Hälfte der beitragsfreien Mitversicherten zu, die aber nur rund 40 Prozent der Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Ehegatten hervorrufen (ebd.). Wird in der Pflege bzw. Kindererziehung eine gesellschaftlich nützliche Aufgabe gesehen, die eine Mitversicherung rechtfertigt, müsste aber ordnungspolitisch auch für diese Gruppe ein steuerfinanzierter Beitrag vorge-

sehen werden. Allerdings kann die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten sehr viel einfacher damit begründet werden, dass Ehepaare ebenso wie eingetragene Lebensgemeinschaften gegenseitige Beitrags- und Unterhaltspflichten eingegangen sind. Wie im Einkommensteuerrecht und in anderen Rechtsbereichen sind sie daher auch in der GKV als *Wirtschaftsgemeinschaften* anzusehen. Die GKV-Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip fordert dann, dass Paare entsprechend ihrer *gemeinsamen Leistungsfähigkeit* zur Beitragszahlung herangezogen werden müssen. Damit ist die beitragsfreie Mitversicherung grundsätzlich unproblematisch, da die gemeinsame Wirtschaftskraft herangezogen wird – unabhängig davon, wie sich die Einkommen auf die beiden Partner verteilen. Gerechtigkeitsprobleme können aber durch das Zusammenwirken von Familienmitversicherung und Beitragsbemessungsgrenze entstehen. Dies zeigt Tabelle 1, in der für insgesamt acht Modellhaushalte Einkommensverteilungen angegeben sind. Für die Summe der beitragspflichtigen Einkommen (kurz: Haushaltseinkommen) ist dabei jeweils ein Betrag von 7.500 Euro, also das Doppelte der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze angesetzt. Je nachdem wie sich dieses Einkommen auf die beiden Partner verteilt, unterscheidet sich das beitragspflichtige Einkommen erheblich: Liegt es im Fall des Einverdienerhaushaltes bei 3.750 Euro, ist es doppelt so hoch, wenn beide Partner gleich verdienen. Trotz gleicher Leistungsfähigkeit unterscheidet sich damit die Beitragslast der Haushalte bis zu – im Vergleich der Haushalte eins und acht – Faktor zwei.

Die Tabelle macht aber auch deutlich, dass dieser gravierende Verstoß gegen das Prinzip der horizontalen Gerechtigkeit nicht auf den Vergleich von Ein- und Zwei-Verdienerpaaren be-

Tabelle 1:

Horizontale Ungleichbehandlung bei der Beitragspflicht von Paaren

Modell- haushalt	Einkommen (in Euro) des ...			Beitragspflichtiges Einkommen des		
	Partners 1	Partners 2	Haushalt	Partners 1	Partners 2	
1	7.500	0	7.500	3.750	0	3.750
2	6.500	1.000	7.500	3.750	1.000	4.750
3	6.000	1.500	7.500	3.750	1.500	5.250
4	5.500	2.000	7.500	3.750	2.000	5.750
5	5.000	2.500	7.500	3.750	2.500	6.250
6	4.500	3.000	7.500	3.750	3.000	6.750
7	4.000	3.500	7.500	3.750	3.500	7.250
8	3.750	3.750	7.500	3.750	3.750	7.500

Quelle: Eigene Berechnungen.

schränkt ist. Das Problem liegt vielmehr in der auf die individuellen Einkommen bezogenen Beitragsbemessungsgrenze und sorgt für eine Ungleichbehandlung auch von Zwei-Verdienerpaaren mit einem Gesamthaushaltseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrundlage, das sich aber unterschiedlich auf die beiden Partner verteilt.

Vor diesem Hintergrund sind Vorschläge zur Einführung eines eigenständigen Beitrags, der entweder vom Partner oder aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert wird,⁴ zu verwerfen. Trägt der Partner den neu einzuführenden Beitrag für bislang beitragsfrei mitversicherte Partner, so kommt es zu neuen horizontalen Ungleichbehandlungen, wenn zwei Haushalte das gleiche Haushaltseinkommen (unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze haben), das in einem Haushalt aber nur von einem Partner, im anderen aber von beiden verdient wird. Im ersten Haushalt müsste dann für den Partner ohne Einkommen ein eigenständiger Beitrag – ausgestaltet als Mindest-, Durchschnitts- oder irgendwie bestimmter Pau-

schalbeitrag – gezahlt werden, so dass dieser Haushalt insgesamt höher belastet wird. Trägt hingegen der Staat den Beitrag, dann kann es zu zusätzlichen Problemen der vertikalen Gerechtigkeit kommen, wenn die „Hausfrauenehe“ von einkommensstarken Paaren durch öffentliche Mittel subventioniert wird. Vor allem aber greifen Reformvorschläge, die ausschließlich auf die beitragsfreie Mitversicherung abzielen, zu kurz, da sie die horizontale Ungleichbehandlung von Zwei-Verdienerpaaren nicht antasten. In Bezug auf die angesprochene Gerechtigkeitsproblematik ist daher nur ein Splitting-Verfahren zielführend, das auch bereits vielfach gefordert wurde (vgl. Dräther/Rothgang 2004 für einen Überblick).

Vorgeschlagene Reformmaßnahme

Die auch von den Autoren dieses Papiers vorgeschlagene Reformmaßnahme besteht darin, das beitragspflichtige Einkommen eines Ehepaars

⁴ Der beitragsfrei Mitversicherte verfügt definitionsgemäß über kein mehr als geringfügiges Einkommen. Sein Beitrag muss daher von anderen aufgebracht werden. In Frage kommen hierfür nur der Partner oder aber die öffentliche Hand.

bzw. der Partner in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft zu addieren und dann fiktiv zu gleichen Teilen den beiden Partnern zuzurechnen. Auf diese Einkommen sind dann Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu entrichten. Damit wird gewährleistet, dass Haushalte mit gleichem (beitragspflichtigen) Einkommen im gleichen Umfang beitragspflichtig sind und so die horizontale Ungleichbehandlung nicht nur im Verhältnis von Ein- und Zwei-Verdienerpaaren, sondern auch im Verhältnis von Zwei-Verdienerpaaren mit unterschiedlicher Aufteilung des Einkommens abgebaut ist.

Allerdings entsteht eine neue Problematik: Liegt das beitragspflichtige Einkommen des einen Partners oberhalb, das des anderen aber unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze, so steht das Paar schlechter dar, wenn es verheiratet ist, weil dann der oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegende Einkommensteil dem einkommenschwächeren Partner zugerechnet und so beitragspflichtig wird. Nun ist eine Ungleichbehandlung hier nicht ohne weiteres feststellbar, da sich die Partner, die sich zu einer Unterhalts- und Bestandsgemeinschaft zusammenschließen, von denen die dies nicht tun unterscheiden, so dass ein sachlicher Anknüpfungspunkt für eine Ungleichbehandlung besteht. Allerdings könnte in der Benachteiligung der Ehepartner ein Verstoß gegen Art. 6 des Grundgesetzes gesehen werden. Um dem zu begegnen, kann die Beitragsbemessungsgrenze für nicht in Partnerschaft Lebende erhöht, im Extremum verdoppelt werden. Damit wäre eine Benachteiligung der Ehepaare ausgeschlossen – allerdings würden sie sich gegenüber Unverheirateten besser stellen. Eine Gleichbehandlung von Verheirateten (bzw. in eingetragenen Lebensgemeinschaften Zusammenlebenden) und nicht in solchen Partnerschaften Lebenden ist in einem Splitting-Modell grundsätzlich nicht möglich.

Ein solches Splitting-Verfahren wird auch im Einkommensteuerrecht angewandt. Auch dort dient es – entgegen weit verbreiteter Ansichten – nicht familienpolitischen Zielen, sondern ist zur Schaffung der horizontalen Gleichbehandlung von Haushalten geschaffen worden. Durch den progressiven Einkommenssteuertarif wirkt sich das Splitting für Ehepaare aber vorteilhaft aus. Wird der Beitragstarif in der GKV ebenfalls progressiv gestaltet (vgl. Abschnitt 4), würde dieser Effekt auch für das Splitting in der gesetzlichen Krankenversicherung gelten, so dass die o.g. Problematik zum Teil schon hierdurch entschärft würde.

Bewertung anhand der Kriterien

Die *fiskalische Ergiebigkeit* der Einführung eines Splittings darf nicht unterschätzt werden. Auf Basis von Daten des Sozio-Oekonomischen Panels (SOEP) aus dem Jahr 2000 würde sich eine zusätzliche Beitragszahlung für insgesamt ca. 2,5 Millionen Ehepaare ergeben. Wird für diese rechnerisch ein Beitrag von 200 Euro pro Monat angesetzt, ergäben sich Mehreinnahmen von rund sechs Mrd. Euro. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002: Ziffer 514) hat die Entlastungswirkung sogar auf acht bis zehn Milliarden Euro geschätzt.

Der zentrale Vorteil dieser Maßnahme liegt aber natürlich in der Erhöhung der horizontalen Gerechtigkeit durch Abbau der genannten Ungleichbehandlungen von Ein- zu Zwei-Verdienerpaaren, aber auch zwischen Zwei-Verdienerpaaren. Diesbezüglich erweist sich das Splitting sogar als einzige effektive Maßnahme.

Positive oder negative Auswirkungen auf die Wettbewerbsordnung oder entsprechende Arbeitsmarkteffekte sind dagegen nicht erkennbar.

7. Steuerfinanzierung

Ausgangslage

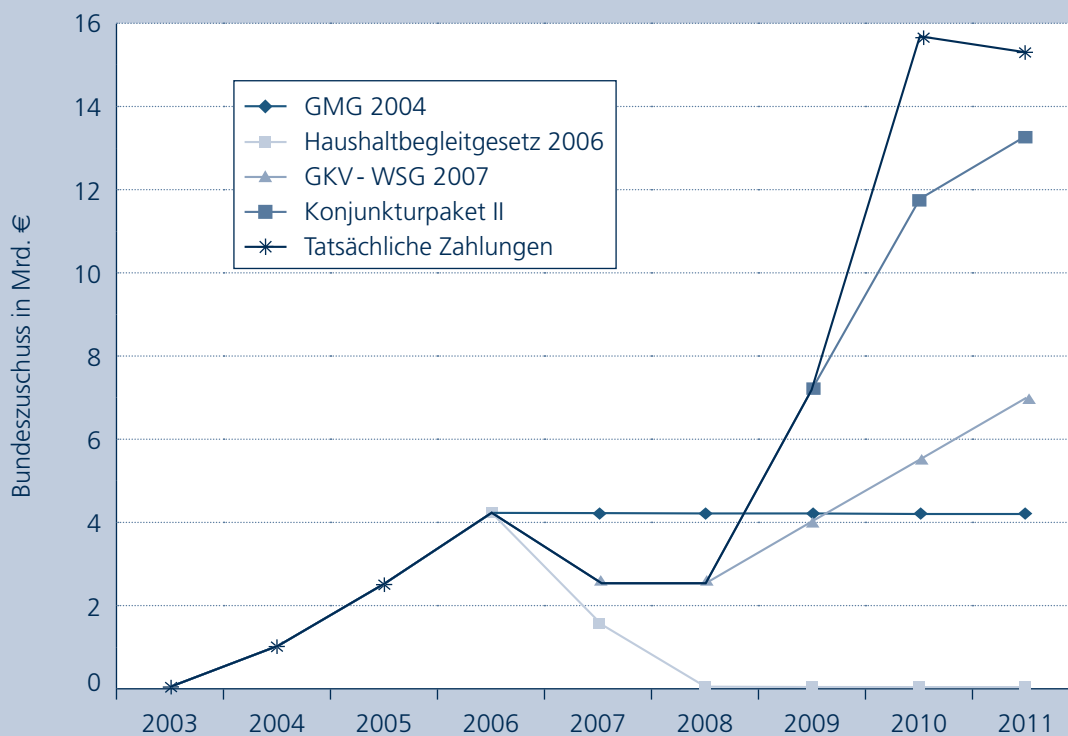
Seit der Implementierung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 ist die Bedeutung des Bundeszuschusses zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich angestiegen. Dieser sowohl quantitative als auch qualitative Bedeutungszuwachs erfolgte jedoch nicht kontinuierlich, sondern ausgesprochen eratisch (vgl. Abbildung 1). Der von der rot-grünen Bundesregierung vorgesehene Ausbau des Bundeszuschusses wurde von der großen Koalition im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes im Jahr

2006 zunächst gestoppt. Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes hat die gleiche große Koalition den Finanzierungsbeitrag des Bundes durch Einzahlungen in den Gesundheitsfonds deutlich ausgebaut. Durch das Konjunkturpaket II stieg der Bundeszuschuss weiter an.

Auch die schwarz-gelbe Regierung nutzt den Bundeszuschuss als probates Mittel zum Ausgleich von Defiziten im Gesundheitsfonds. Durch einen außerordentlichen Bundeszuschuss in Höhe von 3,9 Milliarden Euro im Jahr, sollten die Einnahmeausfälle als Folge der Finanz- und Wirtschaftskrise kompensiert werden. Insgesamt werden da-

Abbildung 1:

Bundeszuschuss zur GKV 2003 bis 2011



Quelle: Eigene Abbildung

mit neun Prozent der für das Jahr 2010 geschätzten GKV-Ausgaben (174 Milliarden Euro) aus Steuermitteln finanziert. Im Rahmen des im Juni 2010 beschlossenen Sparpakets wurde darüber hinaus ein weiterer einmaliger Bundeszuschuss in Höhe von zwei Milliarden Euro für das Jahr 2011 beschlossen. Seit Einführung des Bundeszuschusses im Jahr 2004 hat sich die geplante Höhe der Steuerfinanzierung bis Juni 2010 unter drei verschiedenen Regierungen damit insgesamt fünfmal verändert. Viermal haben die jeweiligen Regierungen eine Erhöhung des Bundeszuschusses beschlossen, einmal sollte der Bundeszuschuss zurückgeführt beziehungsweise ganz abgeschafft werden.

Im Vergleich zum Status quo der GKV-Finanzierung weist die Steuerfinanzierung eine Reihe von *Vorteilen* auf. Die Bemessungsgrundlage sowohl von direkten Steuern wie der Einkommensteuer als auch von indirekten Steuern wie der Mehrwertsteuer ist deutlich breiter als die der derzeitigen Beitragsfinanzierung. Dies gilt sowohl im Hinblick auf den erfassten Personenkreis als auch im Hinblick auf die zu verbeitragenden beziehungsweise zu versteuernden Einkommensarten. Auf den ersten Blick wirkt die Steuerfinanzierung damit nachhaltiger als die derzeitige Beitragsfinanzierung.

Ein ähnliches Bild ergibt der Vergleich der beiden Finanzierungsarten im Hinblick auf die Gerechtigkeit der Finanzierung. Die Beitragsfinanzierung wirkt jenseits der Beitragsbemessungsgrenze regressiv. Die prozentuale Belastung sinkt mit steigendem Einkommen. Die Einkommensteuer dagegen wirkt bis zum Spitzensteuersatz progressiv. Die prozentuale Belastung steigt mit steigendem Einkommen. Selbst nach Erreichen des Spitzensteuersatzes wirkt die Einkommensteuer proportional – die prozentuale Belastung bleibt bei steigendem Einkommen gleich. Verschiedene Simulationen haben darüber hinaus

ergeben, dass durch eine Substitution von Beitragsfinanzierung durch Steuerfinanzierung moderate Beschäftigungszuwächse erzielt werden können (Meinhardt/Zwiener 2005).

Die genannten Vorteile müssen jedoch relativiert werden, da ihnen entsprechende *Nachteile* gegenüber stehen. Die Nachhaltigkeit der Finanzierung ist nicht nur von der Bemessungsgrundlage abhängig. Die Erfahrungen etwa bei der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Bundesländer zeigen, dass die Nachhaltigkeit von steuerfinanzierten Gesundheitsausgaben durch sinkende fiskalische Spielräume akut gefährdet wird. Bisher hat sich diese Erfahrung beim Bundeszuschuss zur GKV nur einmal im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 wiederholt. Auch im Rahmen des im Juni 2010 beschlossenen Sparpakets – geprägt von einer Reihe von gravierenden Kürzungen im Bereich Arbeit und Soziales – musste der Bundesgesundheitsminister keine Kürzung seines Etats hinnehmen. Es ist jedoch keinesfalls gesichert, dass diese Entwicklung Bestand hat. Dies gilt insbesondere dann, wenn aus dem Bundeshaushalt nicht nur Leistungsausgaben sondern auch – wie im Koalitionsvertrag beschlossen – die durch die Einführung einer Kopfpauschale aus der GKV herausgelöste Einkommensumverteilung finanziert werden muss.

Auch die *Gerechtigkeitsvorteile* auf Seiten der Steuerfinanzierung müssen relativiert werden. Indirekte Steuern wie die Mehrwertsteuer wirken schon im unteren Einkommensgruppen regressiv. Haushalte mit niedrigem Einkommen müssen einen deutlich höheren Anteil ihres Einkommens für den Konsum aufbringen als Haushalte mit mittlerem oder höherem Einkommen. Diese Wirkung wird durch reduzierte Mehrwertsteuersätze etwa für Grundnahrungsmittel nur teilweise kompensiert.⁵ Nichtsdestoweniger wirkt die Steuerfinanzierung insgesamt – verursacht vor allem durch den stark progressiven Effekt der Einkommensteuer-

5 Dagegen wird argumentiert, dass auch die Ersparnisse von Haushalten mit höherem Einkommen langfristig für Konsum verwendet werden – beispielsweise durch Erben – und dann zu einem späteren Zeitpunkt die Mehrwertsteuer anfällt, so dass die regressiv Wirkung aufgehoben wird. Diese Betrachtungsweise setzt jedoch voraus, dass akkumuliertes Vermögen auch wieder aufgezehrt wird und die Betrachtung auf Familiendynastien ausgedehnt wird.

er – progressiv während die Beitragsfinanzierung insgesamt regressiv wirkt (Härpfer et al. 2009).

Die *Beschäftigungswirkungen* von steuerfinanzierten Gesundheitsausgaben im Vergleich zu beitragsfinanzierten Gesundheitsausgaben sind ebenfalls kritisch zu reflektieren. Die oben angesprochenen Studien simulieren eine Substitution von Beitragsfinanzierung durch Steuerfinanzierung. Dabei handelt es sich um Einmaleffekte, die durch eine gleichzeitige Beitragssatzsenkung und eine Steuererhöhung zur Gegenfinanzierung ausgelöst werden. Diese Einmaleffekte sind höchst sensitiv im Hinblick auf die getroffenen Annahmen in den entsprechenden Simulationen. Die empirischen Überprüfungen der Modellsimulationen stehen noch aus.

Kritisch sind darüber hinaus die *Anreizwirkungen der Steuerfinanzierung* von Gesundheitsausgaben zu sehen. Es besteht die ernstzunehmende Gefahr, dass die betroffenen Akteure eine Erhöhung des Bundeszuschusses als einfachen Ausweg aus der defizitären Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ansehen. Dies gilt sowohl für Krankenkassen und Leistungserbringer als auch für die jeweils amtierende Regierung. Ein Ausbau des Steuerzuschusses ist dann bestenfalls als Ausdruck des kleinsten gemeinsamen Nenners und schlimmstenfalls als Ausdruck von Ratlosigkeit anzusehen. Gleichzeitig steigt mit dem Finanzierungsvolumen auch der staatliche Einfluss auf die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung. Dieser geht nicht nur von Gesundheitsministerium, sondern auch vom Finanzministerium – beispielsweise in Form von zunehmenden Aktivitäten des Bundesrechnungshofes – aus.

Letztendlich sind die Vorteile der Steuerfinanzierung vor allem dann besonders ausgeprägt, wenn sie in Beziehung zu den Nachteilen der gegenwärtigen Beitragsfinanzierung gesetzt werden (Jacobs 2009b). Durch die bisher vorgeschlagenen Maßnahmen im Rahmen dieses Papiers würde die einkommensabhängige Beitragsfinanzierung der Finanzierung von Gesundheitsausgaben durch direkte Steuern jedoch deutlich ähnlicher. Mit anderen Worten: Die Vorteile einer erweiterten Beitragsbemessung und die Ausweitung des

berücksichtigten Personenkreises lassen sich auch im Beitragssystem realisieren – und zwar ohne die im Steuersystem auftretenden Nachteile.

Vorgeschlagene Reformmaßnahme

Bis zur Realisierung des bisher vorgeschlagenen Maßnahmenbündels sollte die Steuerfinanzierung zur Vermeidung der oben angesprochenen Nachteile an verlässliche Indikatoren gebunden werden, um das erratische Auf und Ab des Bundeszuschusses zu vermeiden (Jacobs 2009a). Die Beibehaltung des Steuerzuschusses über diesen Zeitpunkt hinaus, ließe sich dann nicht mehr durch die Vorteile der Steuerfinanzierung im Vergleich zur Beitragsfinanzierung, sondern allenfalls durch die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher – in diesem Falle familienpolitischer – Aufgaben rechtfertigen (Schmähl 2006).

Die Autoren schlagen daher vor, den Bundeszuschuss für den Gesundheitsfonds ähnlich wie in den Niederlanden an die Ausgaben für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren zu koppeln. Diese Ausgaben sind gut abgrenzbar (Jacobs 2009b), und eine Senkung des Bundeszuschusses für diese Personengruppe wäre politisch schwer durchsetzbar. Die Umverteilung zu Gunsten von Familien von Kindern erfolgt weiterhin im Beitragssystem – wird aber durch Steuermittel finanziert. Durch die teilweise Finanzierung der GKV-Ausgaben durch Steuermittel werden die oben diskutierten Vorteile der Steuerfinanzierung im Hinblick auf die Gerechtigkeit der Finanzierung und Beschäftigungswirkungen erhalten bleiben. Auch für die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung ist eine Teilfinanzierung durch Steuermittel von Vorteil.

Bewertung anhand der Kriterien

In der derzeitigen Fassung eines nicht regelgebundenen Zuschusses überwiegen bei der Steuerfinanzierung die Nachteile. Eine Festschreibung und Verstetigung des Bundeszuschusses in Form

einer Regelbindung, würde oben beschriebene Vorteile der Steuerfinanzierung im Hinblick auf Nachhaltigkeit, Beschäftigungswirkungen und Gerechtigkeit der Finanzierung konservieren. Eine deutliche Ausweitung der Steuerfinanzierung wäre nicht zu erwarten, weil sich die Ausgaben für Kinder und Jugendliche in etwa auf dem heutigen Niveau des Bundeszuschusses bewegen.

Langfristig würde eine steuerähnliche Ausgestaltung des Beitragstarifs wie oben beschrieben die Steuerfinanzierung allerdings ersetzen können. Ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss wäre dann nur noch sinnvoll in Form eines Beitrags für beitragsfrei mitversicherte Kinder, wenn die beitragsfreie Mitversicherung als gesamtgesellschaftliche (familienpolitische) Maßnahme angesehen wird, die entsprechend steuerfinanziert werden sollte.

Literatur

- Albrecht, M.; de Millas, C.; Hildebrandt, S.; Schliwen, A.; Rürup, B. 2010: Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung. Berlin, Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie.
- Albrecht, M.; Hofmann, J.; Reschke, P.; Schiffhorst, G.; Sehlen, S. 2006: Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem. Berlin, IGES.
- Bundesministerium für Gesundheit 2010: Modell einer Gesundheitsprämie mit sozial gestaffelten Beiträgen. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Hrsg. 2003: Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin.
- Dräther, H.; Rothgang, H. 2004: Die Familienmitversicherung für Ehepartner in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Problemanalyse und Lösungsvorschläge. ZeS-Arbeitspapier Nr. 9/04. Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.
- Eekhoff, J.; Bünnagel, V.; Kochskämper, S.; Menzel, K. 2009: Die Bürgerprivatversicherung: Nachhaltigkeit und Effizienz für das deutsche Gesundheitssystem. Köln, Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung.
- Greß, S. 2009: Mit gleichen Rahmenbedingungen zu einem fairen Wettbewerb im Gesundheitssystem. Zur Notwendigkeit einer einheitlichen Wettbewerbsordnung auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt. WISO direkt. Bonn, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Greß, S. 2010a: „Die Finanzierung der GKV auf dem Prüfstand – Was ist zumutbar?“ Die Krankenversicherung 62(4): 106-08.
- Greß, S. 2010b: Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik schafft mehr Probleme als Lösungen. Aushöhlung des Solidaritätsprinzips – Einseitige Belastung der Versicherten – Noch mehr Klientelpolitik. WISO Diskurs. Bonn, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Greß, S.; Leiber, S. 2010: „Kleiner Beitrag, große Wirkung.“ Gesundheit und Gesellschaft 13 (6 Spezial): 10 - 11.
- Greß, S.; Leiber, S.; Manouguian, M. 2009: „Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen.“ WSI-Mitteilungen 62(7): 369 - 75.
- Härpfer, M.; Cacace, M.; Rothgang, H. 2009: And Fairness for all? Wie gerecht ist die Finanzierung im deutschen Gesundheitssystem? Eine Berechnung des Kakwani-Index auf Basis der EVS. ZeS-Arbeitspapier Nr. 4/2009. Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.
- Jacobs, K. 2009a: „Ordnungspolitische Defizite der Gesundheitspolitik.“ Gesundheits- und Sozialpolitik 63(3): 11 - 16.
- Jacobs, K. 2009b: „Ring frei zur nächsten Runde. Eine ‚echte‘ Finanzierungsreform ist weiter überfällig.“ Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 9(3): 13 - 22.

- Meinhardt, V.; Zwiener, R. 2005: Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung. Berlin, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Paolucci, F.; Exter, A.D.; Van de Ven, W. 2006: „Solidarity in competitive health insurance markets: analysing the relevant EC legal framework.“ *Health Economics, Policy and Law* 1(2): 107-26.
- Pfaff, A. B.; Pfaff, M.; Langer, B.; Mamberer, F.; Freund, F.; Holl, N. 2006: Finanzierungsalternativen in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung. Augsburg, Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie.
- Reiners, H. 2009: *Mythen der Gesundheitspolitik*. Bern, Huber.
- Rothgang, H.; Cacace, M.; Frisina, L.; Grimmeisen, S.; Schmid, A.; Wendt, C. 2010: *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries*. Houndsmills, Palgrave Macmillan.
- Rothgang, H.; Wasem, J.; Greß, S. 2005: Kopfprämienmodelle in der GKV. Lohnt sich ein Systemwechsel? Diskussionsbeitrag Nr. 140. Duisburg-Essen, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002: *Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/2003*. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2008: *Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken. Jahresgutachten 2008/2009*. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Schmähl, W. 2006: *Aufgabenadäquate Finanzierung der Sozialversicherung durch Beiträge und Steuern – Begründungen und Wirkungen eines Abbaus der „Fehlfinanzierung“ in Deutschland*. ZeS-Arbeitspapier Nr. 5/06. Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.
- Sehlen, S.; Schröder, W. 2010: Risikostrukturausgleich innerhalb der PKV und zwischen PKV und GKV nach dem Wettbewerbsstärkungsgesetz. *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010*. Von der Selektion zur Manipulation? Goepffarth, D.; Greß, S.; Jacobs, K.; Wasem, J. Berlin, medhochzwei: 95-115.
- Walendzik, A.; Greß, S.; Manouguian, M.; Wasem, J. 2008: Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Diskussionsbeitrag Nr. 165. Duisburg-Essen, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften.
- Wasem, J.; Greß, S. 2002: *Gleichheit und Gerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung. Prioritätensetzung im Gesundheitswesen*. Fouzouni, B., Güntert, B.; Berlin, Logos: 107-18.
- Zweifel, P.; Breuer, M. 2002: *Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems*. Zürich, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller.

Die Autoren

Prof. Dr. Stefan Greß

Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie

Hochschule Fulda

sg@stefan-gress.eu

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Zentrum für Sozialpolitik

Universität Bremen

rothgang@zes.uni-bremen.de



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Wirtschaftspolitische Konsequenzen aus der Krise

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

Soziales Wachstum gegen die Schuldenkrise

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

Wieder Wohlstand für alle – Politik für eine integrierte Arbeitsgesellschaft

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

Exporte um jeden Preis? Zur Diskussion um das deutsche Wachstumsmodell

WISO direkt

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

Europas unterschätzte Ungleichheit

WISO direkt

Steuerpolitik

Welche Steuerpolitik gehört zum „sozialdemokratischen Modell“?

WISO direkt

Arbeitskreis Mittelstand

Mitarbeiterkapitalbeteiligungsgesetz – Förderungsgesetz für KMU?

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Was die Verbraucherpolitik von der Verhaltensökonomie lernen kann

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Was die Verbraucherpolitik wissen sollte – Handlungsfelder der Verbraucherforschung

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Eckpfeiler einer zukünftigen nachhaltigen Verkehrspolitik

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

Das Programm Soziale Stadt

Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Rückkehr zur lebensstandardsichernden und armutsfesten Rente

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**Bedarfsbemessung bei Hartz IV
Zur Ableitung von Regelleistungen auf der Basis des „Hartz-IV-Urteils“ des Bundesverfassungsgerichts**

WISO direkt

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**Perspektiven der Erwerbsarbeit:
Facharbeit in Deutschland**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Die Mitbestimmung im Kontext europäischer Herausforderungen

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

**Arbeitsplatz Hochschule
Zum Wandel von Arbeit und Beschäftigung in der „unternehmerischen Universität“**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Wirkungen der Zuwanderungen aus den neuen mittel- und osteuropäischen EU-Staaten auf Arbeitsmarkt und Gesamtwirtschaft

WISO Diskurs

Frauen- und Geschlechterforschung

**Wem werden Konjunkturprogramme gerecht?
Eine budgetorientierte Gender-Analyse der Konjunkturpakete I und II**

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso