

Rothgang, Heinz; Wasem, Jürgen; Greß, Stefan

Working Paper

Kopfprämienmodelle in der GKV - Lohnt sich ein Systemwechsel? Aktualisierte und erweiterte Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung

Diskussionsbeitrag, No. 140

Provided in Cooperation with:

University of Duisburg-Essen, Institute of Business and Economic Studie (IBES)

Suggested Citation: Rothgang, Heinz; Wasem, Jürgen; Greß, Stefan (2005) : Kopfprämienmodelle in der GKV - Lohnt sich ein Systemwechsel? Aktualisierte und erweiterte Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, Diskussionsbeitrag, No. 140, Universität Duisburg-Essen, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/23144>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Diskussionsbeitrag aus dem
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
Universität Duisburg-Essen
Campus Essen

Nr. 140

Januar 2005

**Kopfprämienmodelle in der GKV
Lohnt sich ein Systemwechsel?**

Aktualisierte und erweiterte Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung

Heinz Rothgang, Jürgen Wasem, Stefan Greß

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Modelle zur Finanzierung der GKV durch Kopfprämien	6
2.1	Modell 1: Rürup et al.	8
2.2	Modell 2: Knappe/Arnold.....	12
2.3	Modell 3: Zweifel et al.	16
2.4	Modell 4: Henke et al.	20
2.5	Modell 5: „Herzog-Kommission“	23
2.6	Modell 6: CDU 2003	25
2.7	Modell 7: Rürup/Wille.....	28
2.8	Modell 8: BDA	34
2.9	Modell 9: FDP	37
2.10	Modell 10: Fritzsche (RWI).....	38
2.11	Modell 11: CDU/CSU	41
2.12	Modell 12: SVR Wirtschaft	44
2.13	Umverteilungsdimensionen in den Kopfprämienmodellen	47
3	Bewertung der Modelle zur Finanzierung der GKV durch Kopfprämien	49
3.1	Höhere Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung durch Kopfprämien?.....	50
3.2	Mehr Beschäftigung durch Kopfprämien?	53
3.2.1	Auswirkungen auf die Arbeitsnachfrage.....	54
3.2.2	Auswirkungen auf das Arbeitsangebot	59
3.3	Mehr Verteilungsgerechtigkeit durch Kopfprämien?	63
3.3.1	Berücksichtigung sämtlicher Einkommensarten für die Umverteilung durch Steuerfinanzierung der Transfers	64
3.3.2	Aufhebung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern.....	66
3.3.3	Berücksichtigung individueller Leistungsfähigkeit	67

3.3.4	Zusatzbelastungen für untere Einkommen.....	67
3.3.5	Intergenerationelle Gerechtigkeit.....	71
3.4	Mehr Effizienz auf dem Krankenversicherungsmarkt durch Kopfprämien?	71
3.4.1	Preisfunktion von Kopfprämien.....	71
3.4.2	Integration von Zu- und Abwahlleistungen	74
3.5	Abfederung des demografischen Wandels durch Kopfprämien?	76
3.5.1	Obligatorische Kapitaldeckung.....	76
3.5.2	Freiwillige Kapitaldeckung.....	79
3.6	Gleiche Wettbewerbsbedingungen für GKV und PKV durch Kopfprämien?.....	80
3.7	Wegfall bzw. Reduzierung des Risikostrukturausgleichs durch Kopfprämien?	82
3.7.1	Abschaffung des Finanzkraftausgleichs.....	82
3.7.2	Rückführung des Beitragsbedarfsausgleichs.....	83
3.7.3	Abschaffung des Risikostrukturausgleichs	83
4	Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen.....	86
5	Fazit.....	88
6	Literatur.....	89
7	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	93
8	Anhang 1: Tabellarische Übersicht der Kopfprämienmodelle.....	95
9	Anhang 2: Rechenbeispiel für die Entwicklung der Arbeitgeberkosten bei steigenden Gesundheitskosten und Löhnen	101

1 Einleitung

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung steht auf dem Prüfstand. Seit Veröffentlichung des Jahresgutachtens 2002/03 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftliche Entwicklung und der Einsetzung der nach ihrem Vorsitzenden auch als „Rürup-Kommission“ bezeichneten „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ haben Kopfprämien zur Finanzierung der GKV Konjunktur. Die damit angestrebte Trennung von Allokation und Distribution entspricht einer zentralen Forderung der Wohlfahrtstheorie, da die so genannte „Zusatzlast“ (excess burden), die gemäß ökonomischer Theorie immer entsteht, wenn eine Umverteilung zweckgebunden und nicht als pauschaler Transfer erfolgt, vermieden werden kann.¹

Alle derzeit diskutierten Kopfprämienmodelle eliminieren die Umverteilung von Personen mit hohem Einkommen zu Personen mit niedrigem Einkommen aus dem Finanzierungssystem der GKV. Weiter gehende Vorschläge wollen außerdem noch zusätzliche Umverteilungselemente aus der GKV-Finanzierung eliminieren. Wenn gesellschaftlich erwünscht, müssen diese Umverteilungsfunktionen bei Umsetzung solcher Vorschläge durch einen separaten – in der Regel steuerfinanzierten – Transfermechanismus sichergestellt werden.

Zentrale Aufgabe dieses Beitrags ist es, die mit der Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien verbundenen Vorteile zu bewerten.² Ohne Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen, haben die Autoren dieser Expertise dazu insgesamt zwölf Modelle identifiziert, die bis Mitte November 2004 der Öffentlichkeit vorgestellt wurden. Diesen Modellen ist gemeinsam, dass einkommensbezogene Beiträge in der GKV durch einkommensunabhängige Finanzierungsformen ersetzt werden sollen. Die Modelle unterscheiden sich jedoch darin, in welchem Ausmaß Umverteilungselemente aus der GKV herausgelöst und durch ei-

¹ Diese Zusatzlast wird immer dann erzeugt, wenn durch Subventionierung in relative Preise eingegriffen und dadurch ein Substitutionseffekt ausgelöst wird. Im Ergebnis erfolgt dann eine Allokation, die dadurch verzerrt ist, dass die Preise nicht mehr die Knappheitsverhältnisse widerspiegeln und die Anwendung der individuellen Entscheidungsregel „Grenznutzen = Preis“ nicht mehr mit der wohlfahrtsoptimalen Regel „Grenznutzen = Grenzkosten“ übereinstimmt. In der GKV besteht die Verzerrung durch die einkommensabhängigen Beiträge (im Unterschied zu Kopfprämien) allerdings nicht darin, dass durch die Subventionierung „zu viel“ Krankenversicherung nachgefragt wird, weil der Umfang des Krankenversicherungsschutzes durch die Versicherungspflicht und den einheitlichen Leistungskatalog nicht vom Individuum bestimmbar ist. Als zentrales Problem kann vielmehr angesehen werden, dass einkommensabhängige Beiträge die Arbeitsnachfrageentscheidungen der Haushalte (und die Arbeitsangebotsentscheidungen der Unternehmen) beeinflussen.

nen – in der Regel steuerfinanzierten – Transfermechanismus ersetzt werden sollen (vgl. hierzu auch die tabellarische Gegenüberstellung in Anhang 1). Die Vorstellung der wesentlichen Merkmale dieser Modelle erfolgt in Abschnitt 2. In Abschnitt 3 wird analysiert, inwieweit die von den jeweiligen Autoren postulierten Vorteile der GKV-Finanzierung durch einkommensunabhängige Prämien tatsächlich einer näheren Überprüfung standhalten. Anschließend werden – wo dies möglich und sinnvoll ist – funktionale Äquivalente identifiziert, die Defizite der einkommensabhängigen GKV-Finanzierung im Rahmen des bestehenden Systems beseitigen können. In Abschnitt 4 erfolgt abschließend eine zusammenfassende Ableitung von gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen.

² Die Bearbeiter dieser Expertise haben für die HBS bereits im Jahr 2003 eine ähnliche Studie auf der Basis von vier damals vorliegenden Modellen durchgeführt. Vgl. dazu (Wasem et al. 2003) sowie (Greß et al. 2003). Die Autoren danken Petra Schließe (Essen) für die Unterstützung bei der Erstellung der Graphiken.

2 Modelle zur Finanzierung der GKV durch Kopfprämien

Verglichen mit einer privaten Krankenversicherung mit risikoäquivalenten Prämien ohne staatlich administrierte Umverteilungsmechanismen finden in der Gesetzlichen Krankenversicherung derzeit jeweils *ceteris paribus* folgende Umverteilungsprozesse statt:

- Umverteilung von höheren Einkommen zu niedrigeren Einkommen durch einkommensbezogene Beiträge.³
- Umverteilung von Haushalten ohne Kinder zu Haushalten mit Kindern durch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern.⁴
- Umverteilung von Singles und Zweiverdienerehepaaren zu Einverdienerehepaaren mit einem beitragsrelevanten⁵ Haushaltseinkommen oberhalb der einfachen Beitragsbemessungsgrenze durch die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehepartnern.
- Umverteilung von Gesunden zu Kranken durch Nicht-Berücksichtigung von erhöhten Krankheitsrisiken einschließlich bereits bestehender Vorerkrankungen bei der Beitragskalkulation.⁶
- Umverteilung von Jung zu Alt (im Querschnitt) durch Nicht-Berücksichtigung der durchschnittlichen höheren Krankheitskosten im Alter.

³ Diese Umverteilung ist allerdings beschränkt – insbesondere durch die Beitragsbemessungsgrenze. Des Weiteren wird diese Umverteilung dadurch begrenzt, dass Arbeiter und Angestellte bei Überschreiten einer Einkommensgrenze aus dem System hinausoptieren und sich damit dieser Umverteilung vollständig entziehen können.

⁴ Allerdings basiert diese Bewertung auf einer bloßen Querschnittsbetrachtung. Mit der Erziehung von Kindern werden zugleich die zukünftigen Beitragszahler erzogen. Wird diese Erziehungsleistungen daher als ein nicht-monetärer generativer Beitrag zur langfristigen Finanzierung der GKV betrachtet, kann die beitragsfreie Mitversicherung als Internalisierung dieses externen Effektes angesehen werden. Wird unterstellt, dass der Wert der beitragsfreien Mitversicherung für die Erziehenden geringer ist als der Wert des externen Effektes, ergäbe sich – unter Berücksichtigung des generativen Beitrags – sogar eine Umverteilung von Haushalten mit zu Haushalten ohne Kindern (vgl. zu den damit verbundenen konzeptionellen Fragen etwa Schmähl/Rothgang 2004 sowie Schmähl et al. 2005).

⁵ Mit dem beitragsrelevanten Einkommen sind alle Einkommen von GKV-versicherten Personen gemeint, die grundsätzlich für die Beitragserhebung relevant sind, d.h. insbesondere Löhne, Gehälter und Lohnersatzleistungen. Beitragspflichtig sind dagegen nur die beitragsrelevanten Einkommen bis zu einem durch die Beitragsbemessungsgrenze festgesetzten Höchstbetrag.

⁶ Zwar besteht das Wesen jeder Krankenversicherung in der Umverteilung von Gesunden zu Kranken. Hierbei handelt es sich aber um einen Effekt, der erst im Nachhinein sichtbar wird, wenn bekannt ist, wer in einer abgeschlossenen Periode erkrankt ist und Leistungen empfangen hat und wer nicht (ex post-Umverteilung). Darüber hinaus kommt es in der GKV zu einer Umverteilung von Gesunden zu Kranken im Vorhinein, wenn auch bereits erkennbare Krankheitsdispositionen und höhere Risiken der Leistungsentnahme nicht zu höheren Beiträgen führen (ex ante-Umverteilung).

- Umverteilung zwischen Generationen (im Längsschnitt) durch Nicht-Berücksichtigung der unterschiedlich starken Besetzung der Kohorten junger und alter Versicherter, die bei mit dem Alter im Durchschnitt steigenden Krankheitskosten zu unterschiedlichen Belastungen der Generationen führen.⁷
- Umverteilung von Männern zu Frauen durch Nicht-Berücksichtigung der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben, (im Querschnitt) und der unterschiedlichen durchschnittlichen Lebenserwartungen beider Geschlechter auf der Ausgaben- sowie der unterschiedlichen durchschnittlichen Höhe der beitragspflichtigen Einkommen auf der Einnahmeseite.⁸

Die Einführung einer Kopfprämie allein eliminiert lediglich die Umverteilung von höheren zu niedrigeren Einkommen aus der GKV. Dass sie durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien mindestens diese Umverteilungsdimension aus der GKV herausnehmen und durch einen steuerfinanzierten Transfermechanismus ersetzen wollen, ist allen in diesem Beitrag analysierten Modellen gemeinsam. Darüber hinaus will ein Teil der untersuchten Modelle aber mehr als dieses eine Umverteilungselement aus der GKV eliminieren (vgl. Tabelle 1 am Ende dieses Abschnitts)

Für jedes in diesem Beitrag diskutierte Modell werden zunächst seine wesentlichen Komponenten dargestellt. Hierzu zählen insbesondere der versicherungspflichtige Personenkreis, die kalkulierte Höhe der Kopfprämien, die Finanzierung und Ausgestaltung des steuerfinanzierten Transfermechanismus sowie die angestrebte Wettbewerbsordnung.⁹ Im Anschluss werden die von den jeweiligen Autoren genannten Gründe zur Reduzierung der Umverteilung in der GKV und die behaupteten Vorteile der jeweiligen Modelle herausgearbeitet.

⁷ Vgl. dazu Wasem/Hessel/Greß (2004).

⁸ Vgl. dazu Wasem/Greß (2004).

⁹ Die angestrebte Wettbewerbsordnung hat im Grundsatz nichts mit der Art und Weise zu tun, in der die Einnahmen der GKV finanziert werden. Allerdings halten es die Autoren dieses Beitrags für wesentlich, die Auswirkungen der Modelle auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen beurteilen zu können – zumal die Trennung von Allokation und Distribution als wesentliches Argument für die Einführung von Kopfprämien verwendet wird (vgl. FN 1).

2.1 Modell 1: Rürup et al.

Das hier beschriebene Modell ist erstmals im Jahresgutachten 2002 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung entwickelt worden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002). Im Laufe der Arbeit der so genannten „Rürup-Kommission“ wurde das Modell weiterentwickelt (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003).¹⁰ Im Folgenden wird dabei auf die von der Rürup-Kommission vorgelegte Variante Bezug genommen.

In diesem Modell soll „lediglich“ die Umverteilung zu Gunsten der niedrigen Einkommen sowie zu Gunsten der beitragsfrei versicherten Ehepartner aus der GKV herausgelöst werden. Die Umverteilung zu Gunsten Beziehender niedrigerer Einkommen soll stattdessen durch einen steuerlichen Transfermechanismus ersetzt werden, während die schwer zu rechtfertigende Umverteilung zu Gunsten von Einverdienerehepaaren entfällt. Die weiteren genannten Umverteilungselemente sollen hingegen weiterhin in der GKV verbleiben (vgl. Tabelle 1). Die Finanzierung der GKV soll danach nicht mehr über einkommensabhängige Beiträge, sondern über pauschale so genannte „gesundheitskostenorientierte“ Kopfprämien erfolgen. Gesundheitskostenorientiert bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Krankenkassen die Kopfprämien jeweils in einer Weise kalkulieren müssen, dass die Gesamtsumme der kassenindividuellen Ausgaben der Versichertengemeinschaft auf die Anzahl („Köpfe“) der zahlungspflichtigen Versicherten umgelegt wird. Im Rahmen der Kommission wurde eine durchschnittliche monatliche Prämie von 210 € pro Kopf (pro beitragspflichtigen Versicherten) errechnet. Die Kopfprämie wäre innerhalb einer Krankenkasse für alle beitragspflichtigen Versicherten einheitlich, Risikoaufschläge oder Risikoabschläge wären dagegen nicht zulässig, die ex ante Umverteilung von schlechten zu guten Risiken bleibt vollständig erhalten. Unterschiedlich hohe Kopfprämien der einzelnen Krankenkassen wären allerdings erwünscht, insbesondere wenn sie Ergebnis der Suche nach effizienten Lösungen im Kassenwettbewerb sind. Beitragspflichtig wären alle versicherten Erwachsenen. Im Unterschied zur derzeitigen Situation in der GKV wäre damit die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Eheleuten aufgehoben. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen soll dagegen beibehalten werden.

¹⁰ Der wesentliche Unterschied in den beiden Modellvarianten besteht darin, dass in der ursprünglichen Variante der Arbeitgeberbeitrag steuerfrei an die Arbeitnehmer ausgezahlt werden sollte – die Finanzierung des Transfermechanismus blieb offen. Im endgültigen Modell wird eine steuerpflichtige Auszahlung befürwortet, um damit den Transferbedarf zumindest teilweise zu finanzieren.

Wegen der im Vergleich zur derzeitigen einkommensbezogenen Finanzierung der Krankenkassenbeiträge resultierenden überproportional hohen Belastung von Beziehern unterer Einkommen ist die Einführung eines steuerfinanzierten Transfermechanismus vorgesehen. Übersteigen die von dem Haushalt gezahlten Gesamtprämien eine definierte Belastungsgrenze, erhält der Versicherte einen steuerfinanzierten Zuschuss in Höhe dieser Differenz. Exemplarisch wurden die Auswirkungen zweier unterschiedlicher Belastungsgrenzen berechnet, die jeweils als Anteilswert am Haushaltseinkommen festgesetzt wurden. In der ersten Variante wird dabei ein zumutbarer Eigenanteil von 13,3 Prozent des Bruttoeinkommens zu Grunde gelegt, in der zweiten einer von 16 Prozent. Daraus ergeben sich Transferbedarfe von 28,4 Mrd. € bzw. – in der zweiten Variante von 22,6 Mrd. €.

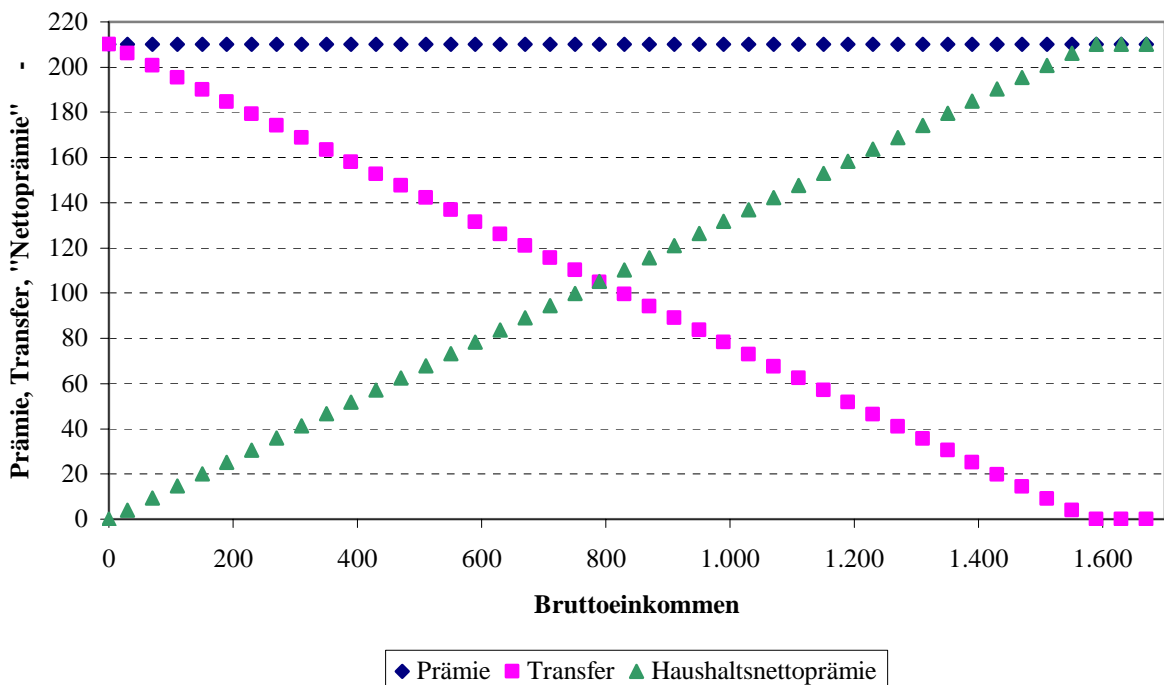


Abbildung 1: Prämie, Transfer und Nettoprämie für einen Einpersonen-Haushalt in Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen im Modell von Rürup et al.

In Abbildung 1 sind – für einen Einpersonenhaushalt – die Kopfprämie in Höhe von 210 €, die Höhe des sich ergebenden Transfers und die vom Haushalt zu zahlende „Nettoprämie“, die sich als Differenz von Kopfprämie und Transfer ergibt, eingezeichnet. Erkennbar ist dabei, dass die Haushalte bis zu einem Bruttoeinkommen von 1.580 € auch weiterhin mit Abga-

ben in Höhe von 13,3% (Grenzbelastung des Einkommens)¹¹ belastet werden – jetzt aber durch die Nettoprämie, die sich als Differenz von Pauschalprämie und einkommensabhängigem Transfer ergibt.¹² Für einen 2-Personenhaushalt liegt die Prämie dann bei 420 € und die Überforderungsgrenze bei 3.160 €. Bis in diese Höhe werden Einkommen dann mit Abgaben in Höhe von 13,3% belastet.

Nach Berechnungen der Rürup-Kommission sollen die durch die steuerpflichtige Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV und Arbeitgeberzuschusses zur PKV ausgelösten zusätzlichen Einnahmen aus Einkommenssteuer und Solidaritätszuschlag (rund 18,6 Mrd. €) den Transfermechanismus für niedrige Einkommen zum Großteil finanzieren. Faktisch wird der Transfermechanismus damit weit überwiegend durch eine Steuererhöhung finanziert. Es ist bemerkenswert, dass damit in diesem Modell die privat Versicherten (über die Versteuerung des bislang steuerfrei gezahlten Arbeitgeberzuschusses zu ihrer Krankenversicherungsprämie) zumindest einen Teil der Umverteilung zu Gunsten der GKV-Versicherten mit niedrigem Einkommen finanzieren sollen. Insgesamt verbleibt ein Defizit für die öffentlichen Haushalte von zwischen 4,4 Mrd. € und 10,2 Mrd. €¹³. Die Kommission macht keine näheren Angaben, wie dieses Defizit finanziert werden soll.

Die GKV-Finanzierung erfolgt auch in diesem Prämienmodell weiterhin im Umlageverfahren: alle Beitragseinnahmen einer kurzen Zeitperiode – im Allgemeinen: eines Kalenderjahres – finanzieren alle Ausgaben dieser Periode, ohne dass Rücklagen systematisch gebildet oder aufgezehrt werden. Die langfristige Umstellung auf eine (Teil)Kapitaldeckung wird aber nicht ausgeschlossen. Der versicherte Personenkreis in der GKV soll ebenso unverändert bleiben wie das Verhältnis zwischen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien soll allerdings insbesondere für freiwillig Versicherte der Anreiz zum Verbleib in der GKV verstärkt und damit dem Trend zur Risikoentmischung – schlechte Risiken verbleiben in der GKV, gute Risiken wechseln in die PKV – entgegengewirkt werden. Es wird darüber hinaus empfohlen, die Mitnahme von Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens in der privaten Krankenversicherung zu ermöglichen (Mobilisierung der Rückstellungen).

¹¹ Diese Grenzbelastung des Einkommens entspricht der Steigung der Kurve der „Haushaltsnettoprämie“.

¹² Hierbei ist die Finanzierung der Transferbeträge noch nicht berücksichtigt.

¹³ Das Defizit entsteht, weil die Mehreinnahmen durch die Steuererhöhung die Mehrausgaben für den Transfermechanismus nicht völlig kompensieren.

Die Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht auf Beamte und Selbstständige wird abgelehnt, um eine Ausweitung umlagefinanzierter Systeme zu Lasten kapitalfundierter Systeme vor dem Hintergrund der demografischen Herausforderungen zu verhindern.¹⁴

Um die Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung zu erhöhen, sollen die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Einzelverträge mit Leistungsbringern abzuschließen. Gleichzeitig soll ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich dafür sorgen, dass die Anreize für die Krankenkassen zur Risikoselektion neutralisiert werden.¹⁵ Der Einnahmenausgleich im Risikostrukturausgleich (RSA) werde durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien überflüssig.¹⁶ Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander beruht auf einem in seinem Umfang im Vergleich zum Status Quo reduzierten einheitlichen Leistungskatalog. Vor allem das derzeit in der GKV mitversicherte einkommensabhängige Krankengeld wäre in einem System von nicht einkommensabhängigen Kopfprämien systemfremd und soll daher separat versichert werden.

Folgende Vorteile einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien werden im Kommissionsbericht herausgestellt (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003):

- *Höhere Nachhaltigkeit in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und Entlastung des Faktors Arbeit.* Durch die Abkopplung der Beitragsbemessung von den Arbeitsentgelten werde die Einnahmenbasis der GKV erweitert. Die Beitragsbasis werde stabilisiert und unabhängiger von konjunkturellen Schwankungen sowie einer steigenden Arbeitslosigkeit. Ein steigender Anteil von Rentnerinnen und Rentner führe nicht mehr automatisch zu Einnahmeverlusten in der GKV. Die Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten setze darüber hinaus gesamtwirtschaftliche Wachstumsimpulse frei. Positive Beschäftigungseffekte seien die Folge.¹⁷

¹⁴ Allerdings handelt es sich bei rund der Hälfte der PKV-Versicherten um beihilfeberechtigte Beamte, die mindestens die Hälfte ihrer Gesundheitskosten der ebenfalls umlagefinanzierten Beamtenbeihilfe in Rechnung stellen.

¹⁵ Die einzelne Krankenkasse kalkuliert daher ihre individuelle Kopfprämie unter Berücksichtigung der Zahlungen in den oder aus dem RSA.

¹⁶ Dies ist allerdings im konkret vorgeschlagenen Modell insoweit teilweise unrichtig, weil an der beitragsfreien Kinderversicherung festgehalten werden soll – hierfür muss es weiterhin einen (modifizierten) Finanzkraftausgleich geben. Vgl. IGES/Lauterbach/Wasem (2004).

¹⁷ Im Kommissionsbericht wird dieser Beschäftigungseffekt im Gegensatz zu früheren Papieren aus dem Kreis der Kommission nicht mehr quantifiziert.

- *Zielgenauere Verteilungswirkungen.* Die Verlagerung der Umverteilungsfunktion zu Gunsten der Bezieher von niedrigen Einkommen in das Steuersystem ermögliche einen zielgenaueren sozialen Ausgleich, weil sich die Zuschüsse nach der Höhe des Gesamteinkommens bemessen würden. Darüber hinaus wäre die Gesamtheit der Steuerpflichtigen an der Finanzierung des Transfermechanismus beteiligt – einschließlich der privat Versicherten. Zudem würden die Ehepaare unabhängig von der Aufteilung ihres Gesamteinkommens im Gesundheitsprämienmodell gleich behandelt, die nicht gerechtfertigte Umverteilung zu Gunsten von Einverdienerhepaaren wird aufgehoben.
- *Höhere Effizienz des Krankenversicherungsmarktes.* Ein System mit Kopfprämien ermögliche es grundsätzlich, dass die Krankenkassen Tarife mit unterschiedlichem Leistungsumfang adäquat kalkulieren können, weil der Versicherte an der Höhe der Prämien nunmehr den Preis für seine Gesundheitsversorgung ablesen kann. Durch einen differenzierten Leistungskatalog könnten Anreize zu verantwortungsbewusstem Verhalten (und damit zur Bekämpfung von moral hazard) gesetzt und den Präferenzen der Versicherten weitergehend entsprochen werden als im Status Quo. Dagegen wäre eine adäquate Kalkulation von Wahlleistungen mit einer lohnbezogenen Beitragsbemessung kaum zu bewerkstelligen.

2.2 Modell 2: Knappe/Arnold

Das zweite hier diskutierte Modell beruht auf den Ergebnissen eines im Auftrag des Verbandes der bayerischen Wirtschaft erstellten Gutachtens (Knappe/Arnold 2002). Wie in Modell 1 sieht das Gutachten die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien mit identischen Folgen für die Umverteilungskomponenten zu Gunsten niedriger Einkommen und zu Gunsten beitragsfrei versicherter Ehepartner vor. Es werden allerdings drei Varianten der Umverteilung zu Gunsten von Haushalten mit Kindern präsentiert. Für Kinder kann danach entweder die volle, eine reduzierte oder gar keine Kopfprämie festgesetzt werden – das sei letztendlich eine politische Entscheidung. Im Folgenden wird die Variante dargestellt und später bewertet, bei der für Kinder eine ermäßigte Prämie vorgesehen ist. Alle weiteren Komponenten dieses Modells sind deckungsgleich für alle drei Varianten und unabhängig von der Höhe der durch Kinder zu zahlenden Kopfprämien. Zu diesen Komponenten gehören insbesondere die Einführung eines einheitlichen Versicherungssystems für die gesamte Bevölkerung und die Zulassung von Zu- und Abwahlleistungen.

Die Höhe der Kopfprämien pro Person hängt in diesem Modell davon ab, in welchem Ausmaß Kinder zur Prämienzahlung herangezogen werden. Nach Ansicht von Knappe und Arnold vernachlässigt die derzeit geltende beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der GKV die unterschiedliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Eltern dieser Kinder. „Arme Singles“ subventionierten damit einkommensstarke Eltern – was gegen die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern spräche. Zwei Gründe sprächen allerdings gegen die Erhebung der vollen Kopfprämie für Kinder. Erstens enthält danach die volle Prämie für Kinder eine Umlage zur Senkung der Kopfprämie für Alte – womit kinderreiche Familien mehr für die Finanzierung der Alten leisten würden als Ledige. Zweitens ist das verfügbare Einkommen während der Erziehung von Kindern in der Regel besonders gering, so dass eine Verteilung der finanziellen Belastung in andere Lebensphasen vermutlich angemessen wäre.¹⁸ Daher könnte Kindern derjenige Teil der Kopfprämie erlassen werden, der für die Umlage für Alte verwendet wird. Kinder müssten nach Berechnungen der Autoren durchschnittlich rund 80 € pro Monat pro Kind bezahlen, während die Kopfprämie für Erwachsene durchschnittlich rund 170 € pro Monat pro Person betragen soll.

Versicherungs- und damit beitragspflichtig wäre die gesamte Wohnbevölkerung der Bundesrepublik, also alle derzeit gesetzlich und privat Versicherten einschließlich aller Beamten, Rentner und Selbstständigen. Der Arbeitgeberzuschuss soll ähnlich wie im Modell 1 (Rürup et al.) steuerpflichtig an die Arbeitnehmer ausgezahlt und zur Finanzierung des steuerfinanzierten Transfermechanismus verwandt werden. Knappe und Arnold gehen davon aus, dass die Ausgaben für den Transfermechanismus (ca. 19 bis 21 Mrd. € pro Jahr) durch die Mehreinnahmen für die öffentlichen Haushalte (17 Mrd. € zusätzliche Steuereinnahmen aus der Versteuerung des Arbeitgeberbeitrages plus 3 Mrd. € Einsparungen bei der Sozialhilfe, bei der Beihilfe und bei Zuschüssen des Bundes zur Krankenversicherung der Landwirte) kompensiert werden. Damit wäre das Modell 2 aufkommensneutral.

Als Bedürftigkeitsmaß für die Transferleistungen wird nicht wie im Modell 1 das Haushaltsbruttoeinkommen, sondern das Äquivalenzeinkommen herangezogen. Dazu wird das

¹⁸ Zu ergänzen wäre hier noch, dass sich die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern nicht nur distributiv, sondern auch allokativ begründen lässt. Kinder sind zukünftige Beitragszahler, und die Beitragsfreistellung kann als Internalisierung der (positiven) Externalität der Kindererziehung gelten. In diesem Sinne ist nach Ansicht der Autoren dieses Beitrags auch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3.4.2001 zur Benachteiligung von Familien in der Pflegeversicherung (BVerfG, BVR 1629/94) zu interpretieren, das im übrigen auch explizit eine Besserstellung von Familien während der Zeit der Kindererziehung fordert (vgl. (Rothgang 2001)). Mit allokativen Argumenten lässt sich so auch die Beitragsfreiheit von Kindern „reicher“ Eltern rechtfertigen.

Haushaltsnettoeinkommen entsprechend der Bedarfsgewichte der so genannten OECD-Skala auf die Personen des Haushaltes umgelegt und als Bemessungsgrundlage für die Ansprüche aus dem Transfersystem verwendet.¹⁹ Liegt das Äquivalenzeinkommen unter dem mit 620 € angenommenem Sozialhilfeniveau, erhält jede Person des Haushalts den maximalen Zuschuss in Höhe der durchschnittlichen Kopfprämie.²⁰ Dieser sinkt linear bis zu einem Äquivalenzeinkommen von 1.360 € auf Null. Damit würde etwa ein Drittel der Gesamtbevölkerung einen Zuschuss erhalten, zwei Drittel der Gesamtbevölkerung müssten für ihre Kopfprämien selbst aufkommen und darüber hinaus durch die erhöhten Steuerzahlungen auf den ausgezahlten Arbeitgeberbeitrag den steuerfinanzierten Transfer finanzieren.²¹ Damit entstünden „Nettoverteilungsgewinne und -verluste als notwendige Korrektur des bestehenden, ungerechten Systems“ (Knappe/Arnold 2002: 20).

Während der Transfermechanismus bei Rürup et al. in erster Linie darauf abstellt, den Status quo für Einkommensschwächere zu reproduzieren, verfolgen Knappe und Arnold einen eigenen Ansatz der Armutsvermeidung.

¹⁹ Dabei erhält die erste Person im Haushalt ein Gewicht von 1, weitere Personen über 14 Jahre 0,5 und Personen unter 14 ein Gewicht von 0,3.

²⁰ Auch die subventionierten Versicherten sollen Anreize haben, potentiell in Krankenversicherungen zu wechseln, deren Kopfprämien unterdurchschnittlich hoch sind; daher wird nicht die Kopfprämie der individuell gewählten Krankenversicherung als Ausgangspunkt für den Transfermechanismus bestimmt.

²¹ Auch die Empfänger der Transfers wären – über die erhöhten Steuerzahlungen für die ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge – aber an der Finanzierung dieser Transfers beteiligt.

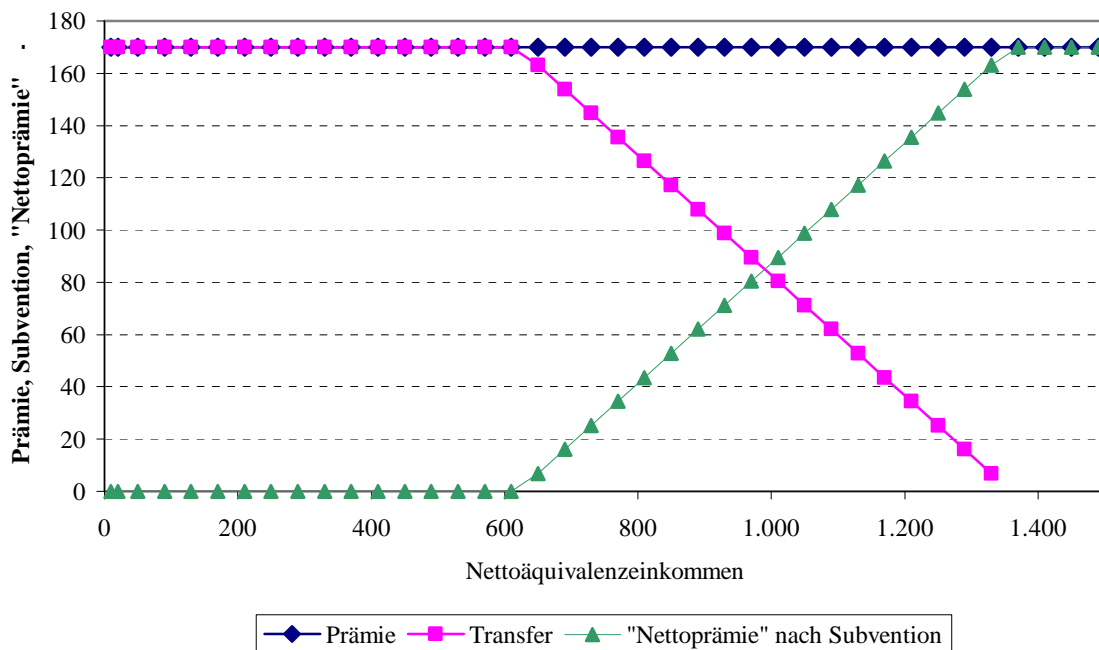


Abbildung 2: Prämie, Transfer und Nettoprämie für Erwachsene in einem Einpersonenhaushalt in Abhängigkeit vom Nettoäquivalenzeinkommen im Modell von Knappe/Arnold

Im Ergebnis werden einkommensschwache Haushalte mit einem Nettoäquivalenzeinkommen bis zum Sozialhilfeniveau vollkommen von der Beitragspflicht freigestellt. Im Einkommensbereich zwischen 620 € und 1.360 € ist die Marginalbelastung dafür aber deutlich höher als in Modell 1: Für jeden zusätzlich verdienten Euro erhöht sich die „Nettoprämie“ um 23 Cent (Abbildung 2).

Über die administrative Ausgestaltung des Transfermechanismus werden keine Angaben gemacht.

Die Unterscheidung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung wird in diesem Modell komplett aufgehoben, es gibt nur noch ein Versicherungssystem untereinander konkurrierender Krankenversicherungen für die gesamte Wohnbevölkerung der Bundesrepublik. Der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen soll nicht nur durch die Erweiterung der Vertragsfreiheit mit Leistungsanbietern intensiviert werden, sondern vor allem durch die Möglichkeit zur Ab- und Zuwahl von Leistungen auf der Grundlage eines Basisleistungskatalogs (Knappe/Becker 2003). Erst ein solches über äquivalente Preise und Leistungen gesteuertes Wettbewerbssystem könne die notwendigen Anreize für einen funktionsfähigen Wettbewerb schaffen.

Eine Neuordnung sei nach Ansicht der Autoren bei der Umsetzung dieses Modells auch für den Risikostrukturausgleich notwendig. Der größte Teil des heutigen RSA sei wegen des Einkommensbezugs der Beiträge notwendig. Bei der Finanzierung über Kopfprämien könne dieser Teil völlig entfallen und es blieben nur ein RSA nach den objektiven Kriterien Alter und Geschlecht sowie eine obligatorische Rückversicherung für besonders teure Versicherte übrig. Als Vorteile dieses Modells 2 nennen die Autoren:

- Gleichbehandlung der gesamten Wohnbevölkerung in Deutschland durch ein für alle verpflichtendes Versicherungssystem ohne unterschiedliche Systeme wie GKV, PKV oder Beihilfe mit willkürlich gezogenen Systemgrenzen,²²
- Staffelung der zur Umverteilung notwendigen Finanzierungslasten nach Leistungsfähigkeit mittels eines aufkommensneutralen Transfersystems, das sich am Gesamteinkommen und am Bedarf eines Haushalts orientiert und damit eine verbesserte Umsetzung des Einkommens- und Familienlastenausgleichs zur Folge hat,
- Widerspiegelung des Umfangs von Versicherungsleistungen durch unterschiedlich Höhe der diesbezüglichen Kopfprämien und damit die Möglichkeit einer sinnvollen Integration von Zu- und Abwahlleistungen in das GKV-System,
- Durchbrechung des Teufelskreislaufs von steigenden GKV-Beiträgen, steigenden Lohnnebenkosten, dadurch geringerer Beschäftigung und dadurch erneut steigenden Beiträgen sowie
- Unabhängigkeit der Finanzierungsbasis der Krankenversicherung von der Entwicklung des Rentneranteils in der Gesamtbevölkerung und von der Erwerbsbeteiligung sowie der Arbeitslosenquote durch ein marktähnliches Preissystem.

2.3 Modell 3: Zweifel et al.

Das Modell 3 beruht auf einem Gutachten, das für den Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller angefertigt wurde (Zweifel/Breuer 2002). Die Autoren, die diese Modell zuvor bereits für die Schweiz entwickelt hatten, plädieren für den vollständigen Verzicht auf *alle*

²² Damit entspricht das Modell in diesem Punkt Reformoptionen, die auf eine „Bürgerversicherung“ abzielen, dabei aber an einkommensabhängigen Beiträgen festhalten. Vgl. beispielsweise (Jacobs 2003).

derzeit in der GKV vorzufindenden Umverteilungselemente und für die Kalkulation von risikogerechten Prämien in der Krankenversicherung. Durch die Herausnahme sämtlicher Umverteilungsfunktionen würde die Krankenversicherung auf die eigentliche Versicherungsfunktion reduziert werden – die Umverteilung innerhalb von homogenen Risikogruppen von denjenigen Versicherten, die zufällig nicht erkranken (oder leichter erkranken als kalkuliert) zu denjenigen Versicherten, die schwerer als kalkuliert erkranken (zufallsgesteuerter Versicherungsausgleich).²³

Begründet wird diese Herauslösung der Umverteilungsfunktionen aus der Krankenversicherung sowohl mit Effizienz- als auch mit Verteilungsgründen. Nur durch die Einführung risikogerechter Prämien sei es möglich, wettbewerbshemmende Regulierungen abzuschaffen, die mit nicht risikogerechten Prämien zwangsläufig einhergingen. Zu diesen Regulierungen zähle insbesondere der Risikostrukturausgleich, der die Anreize für die Krankenversicherer zur Risikoselektion bei nicht risikogerecht kalkulierten Prämien nicht hinreichend neutralisieren könne. Die Anreize zur Risikoselektion würden erst durch die Möglichkeit für die Versicherer, risikogerechte Prämien kalkulieren zu können, beseitigt. Gleichzeitig werde eine effiziente Vertragsgestaltung mit den Versicherten ermöglicht – einschließlich von individuell zu vereinbarenden Selbstbehalten und Leistungsausschlüssen.

Verteilungstheoretisch argumentieren die Autoren vor allem, dass zufallsgesteuerter Versicherungsausgleich und systematische Umverteilung nicht – wie derzeit in der GKV – miteinander vermengt werden sollten. Das sei nicht nur ineffizient, sondern auch intransparent. Darüber hinaus stehe bei der systematischen Umverteilung nicht die individuelle Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Zweifelhafte Umverteilungseffekte gäbe es nicht nur beim Familienlastenausgleich (s.o.), sondern auch durch das Zusammentreffen von Umverteilung nach Einkommen und Risiko. So würden gesunde Versicherte mit geringer ökonomischer Leistungsfähigkeit (niedriges Risiko, niedriges Einkommen) die Krankenversicherung eines Wohlhabenden subventionieren, der unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leide (hohes Risiko, hohes Einkommen), was von den Autoren des Modells als problematisch bewertet wird.

²³ Die Autoren des vorliegenden Beitrags sind sich bewusst, dass dieses Modell rein formal kein „Kopfprämien“-Modell darstellt, weil in diesem Fall eben nicht die kassenindividuellen Gesamtausgaben auf die „Versichertenköpfe“ umgelegt werden (*community rating*). Wegen der konsequenten Fortentwicklung der vorher diskutierten Modelle wird dieses Modell als möglicher Endpunkt der Entwicklung hin zu Kopfprämien dennoch dargestellt und bewertet.

Versicherungs- und damit beitragspflichtig wäre in diesem Modell risikogerechter Kopfprämien wie in Modell 2 die gesamte Wohnbevölkerung der Bundesrepublik. Bei der Prämienkalkulation werden keine Unterschiede zwischen Erwachsenen und Kindern gemacht. Die Höhe der Prämien lässt sich nicht ex-ante bestimmen, da sie vom individuellen Gesundheitsrisiko sowohl der Erwachsenen als auch der Kinder abhängt. Die durchschnittliche Kopfprämie ergibt sich durch Division der gesamten GKV-Ausgaben durch die Zahl der Einwohner. Sie würde – den Berechnungen von Zweifel und Breuer zufolge – bei rund 140 € pro Person und Monat liegen.²⁴

Die Autoren gehen davon aus, dass kurzfristige Versicherungsverträge (z.B. mit einer Laufzeit von einem Jahr) der obligatorische Regelfall sind und die Krankenversicherer für diese kurzfristige Periode das Risiko des Versicherten einschätzen. Die Umverteilung von guten zu schlechten Risiken entfällt. Auch findet zu einem gegebenen Zeitpunkt keine Umverteilung von Jung nach Alt statt; vielmehr stimmen die Finanzierungsbeiträge einer Geburtskohorte in einer Periode mit der Summe der von ihr in dieser Periode verursachten Schäden (zuzüglich der anteiligen Verwaltungskosten) überein. Auch im Längsschnitt gibt es keine Umverteilung zwischen Generationen (wie im Umlageverfahren bei demographischen Strukturbrüchen). Verschlechterungen des Gesundheitszustandes (sei es die „normale“ Verschlechterung mit dem Alter, sei es eine davon abweichende individuelle Risikoverschlechterung) müssen vom Einzelnen zunächst getragen werden, es sei denn, seine Prämie steigt dadurch so weit an, dass der steuerliche Transfermechanismus ausgelöst wird. Denkbar ist allerdings, dass die Versicherten sich durch Abschluss einer zusätzlichen Versicherung freiwillig gegen das Risiko steigender Prämien aufgrund einer künftigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes absichern, womit auch Kapitaldeckungskomponenten fakultativ möglich werden.

Der Arbeitgeberzuschuss soll ähnlich wie in den Modellen 1 (Rürup) und 2 (Knappe et al.) steuerpflichtig an die Arbeitnehmer ausgezahlt und zur Finanzierung des steuerfinanzierten Transfermechanismus verwandt werden. Das Umverteilungsvolumen dieses Transfermechanismus ist bei der Umstellung auf risikogerechte Kopfprämien deutlich höher als in den Modellen 1 und 2. Die Autoren rechnen mit rund 35,5 Mrd. € pro Jahr. Dieses vergleichsweise hohe Umverteilungsvolumen wird damit gerechtfertigt, dass nur bei risikogerechten Prämien, nicht aber in den anderen Modellen, sämtliche Umverteilungselemente ausgliedert werden.

²⁴ Die niedrigere *durchschnittliche* Prämienhöhe (für Erwachsene) im Vergleich zu den Modellen 1 und 2 ergibt sich u.a. dadurch, dass sowohl Kinder als auch Erwachsene in vollem Umfang risikogerechte *individuelle*

Finanziert werden soll das notwendige Transfervolumen zum einen aus den zusätzlichen Steuereinnahmen durch die Besteuerung des bisher steuerfreien Arbeitgeberanteils (rund 17 Mrd. €) und zum anderen aus dem Abbau von Transfers an die GKV durch andere Sozialversicherungsträger. Letztere werden mit gut 20 Mrd. € beziffert. Große Teile dieser Transfers zwischen Parafiski könnten entfallen, so dass auch dieses Modell weitgehend aufkommensneutral für die öffentlichen Haushalte wirken würde.

Als Bedürftigkeitsmaß für den Anspruch auf Prämiensubventionen wird das Haushaltsbruttoeinkommen herangezogen: Übersteigen die risikoäquivalenten Kopfprämien 15 Prozent des Haushaltsbruttoeinkommens, subventioniert der Staat durch den steuerfinanzierten Transfermechanismus die Differenz. Der Nettoprämienverlauf (s. Abbildung 3) entspricht damit im Grundsatz dem in Modell 1, allerdings bei einer Grenzbelastung von nunmehr 15%.

Ein Kontrahierungszwang für die Krankenversicherer wie derzeit in der GKV wird in dem Modell risikogerechter Kopfprämien für nicht sinnvoll gehalten. Er könnte von den Versicherern bei unzureichendem Wettbewerb dadurch umgangen werden, dass sie überzogene Prämienforderungen für Versicherte stellen, die sie nicht in ihren Versichertenbestand aufnehmen möchten. Aufgabe der Wettbewerbspolitik sei es daher, einen effektiven Leistungs- und Preiswettbewerb zwischen den Versicherern zu gewährleisten, damit jeder einen seinem Risiko und seinen Präferenzen entsprechenden Krankenversicherungsschutz findet. Die Autoren rechnen vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den USA damit, dass dann die Risikoaufschläge deutlich unterdurchschnittlich mit dem Risiko ansteigen werden. Darüber hinaus sei mit einer Risikodurchmischung zu rechnen. Trotzdem sei zumindest im Übergang damit zu rechnen, dass sich für bestimmte hohe Risiken kein Versicherer findet. Für diese Risiken schlagen die Autoren staatliche Auffanglösungen vor.

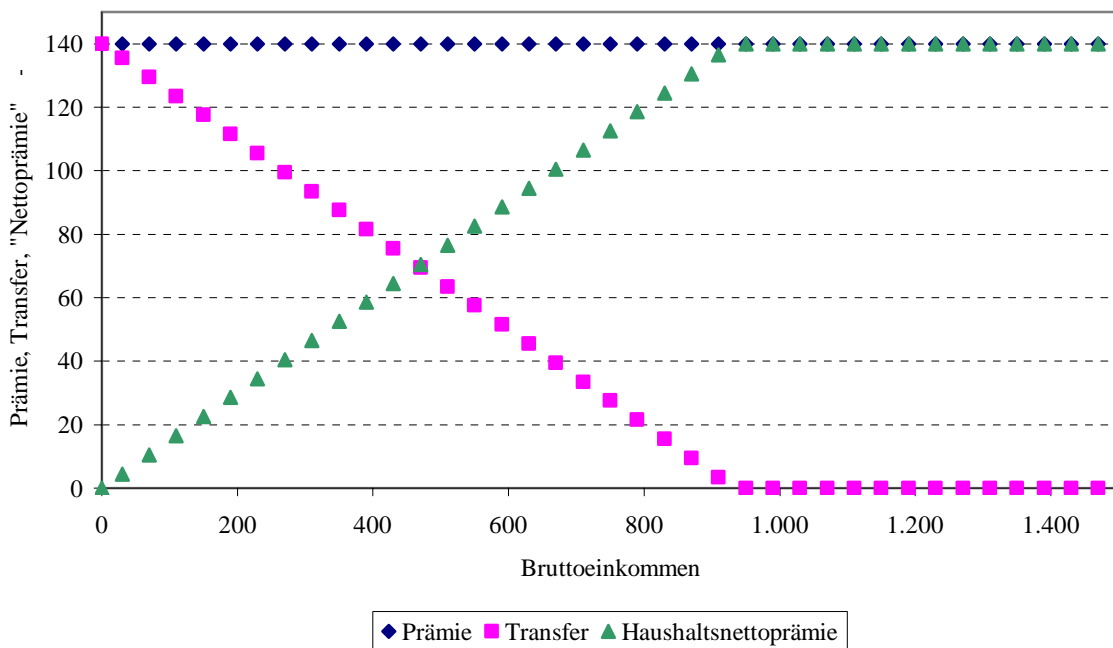


Abbildung 3: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Haushaltsbruttoeinkommen im Modell von Zweifel/Breuer

Als Vorteile einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf risikogerechte Prämien werden von den Autoren genannt:

- Weitgehende Umsetzung der Versichertenpräferenzen durch weitgehende Einräumung von Wahlfreiheiten,
- Lösung der Allokationsprobleme im Gesundheitswesen durch deutliche Stärkung wettbewerblicher Elemente,
- verteilungspolitische Vorteile durch gezielte Subventionierung der Versicherungsprämien,
- Wegfall des Risikostrukturausgleichs durch risikogerechte Prämien und
- einheitlicher Versicherungsmarkt der bisherigen Träger der GKV und PKV.

2.4 Modell 4: Henke et al.

Das für die Vereinte Krankenversicherung erarbeitete „Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland“ unterscheidet sich von den bisher vorgestellten Modellen vor allem dadurch, dass hier gleichzeitig mit der Ablösung der einkommensabhängigen Beiträge

durch Kopfprämien explizit der Übergang vom Umlageverfahren zum Kapitaldeckungsverfahren vollzogen werden soll (Henke et al. 2002).²⁵ Alle Erwachsenen ab 21 Jahren sollen nach der vollständigen Umstellung auf Kapitaldeckung Kopfprämien in Höhe von ca. 200 € pro Monat zahlen, Kinder sind in diesem Modell nicht beitragspflichtig.²⁶

Der entscheidende Vorteil dieses Modells sei nach Ansicht der Autoren, dass alle versicherungspflichtigen Personen bereits mit 21 Jahren anfangen, Altersrückstellungen zu bilden. Dadurch könne der Beitrag nach Einführung des neuen Systems (unter sonst gleichen Umständen) lebenslang stabil gehalten werden, weil demographiebedingte Belastungen durch die Bildung der individuellen Altersrückstellungen kompensiert werden könnten. Damit wären die „Auswirkungen des drängenden Generationenproblems auf die Krankenversicherung ... weitgehend vom Tisch“ (Henke et al. 2002: 13). Lediglich allgemeine Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, Inflation oder eine signifikante Erhöhung der Lebenswartung könnten demnach zu Beitragsanpassungen führen. Darüber hinaus könne die Verzinsung der Altersrückstellungen oberhalb des kalkulatorischen Zinses durch die erfolgreiche Kapitalanlage des Versicherungsunternehmens einen Teil dieser Beitragsanpassungen auffangen.

Im Gegensatz zu den Modellen von Rürup et al. und Knappe/Arnold wird damit die Umverteilung von jungen Versicherten zu alten Versicherten und zwischen den Generationen aus der GKV-Finanzierung herausgenommen. Durch den Aufbau von individuellen Altersrückstellungen werden sowohl die durchschnittlich höheren Krankheitskosten im Alter als auch die unterschiedlich starke Besetzung der Kohorten junger und alter Versicherter bei mit dem Alter im Durchschnitt steigenden Krankheitskosten neutralisiert. Ähnlich wie in den anderen Modellen soll ein steuerfinanzierter Transfermechanismus Belastungen oberhalb von 15 Prozent des Gesamteinkommens kompensieren. Abbildung 4 enthält den sich ergebenden Verlauf von Prämie, Transferzahlung und Nettoprämie in Abhängigkeit vom Gesamteinkommen. Er entspricht grundsätzlich dem in Modell 1 und 3. Auch die Grenzbelastung von 15% stimmt mit Modell 3 überein, allerdings ist der Einkommensbereich, in dem diese positive Grenzbelastung auftritt wegen der höheren Prämien deutlich größer. In diesem Modell reicht er bis zu einem monatlichen Einkommen von 1.333 €

²⁵ Das gilt zumindest für die langfristige Perspektive dieses Modells. Auf die von den Autoren auch beschriebenen Übergangsszenarien (Übergangszeiträume von 8 und 16 Jahren) wird hier nicht weiter eingegangen.

²⁶ Die Autoren dieses Modells gehen damit von einer durchschnittlichen Prämienhöhe aus, die ähnlich hoch ist wie die in den anderen Modellen für das reine Umlageverfahren kalkulierte Kopfprämie. Es bleibt unklar, woher die zusätzlichen Mittel zum Aufbau eines Kapitalstocks kommen sollen.

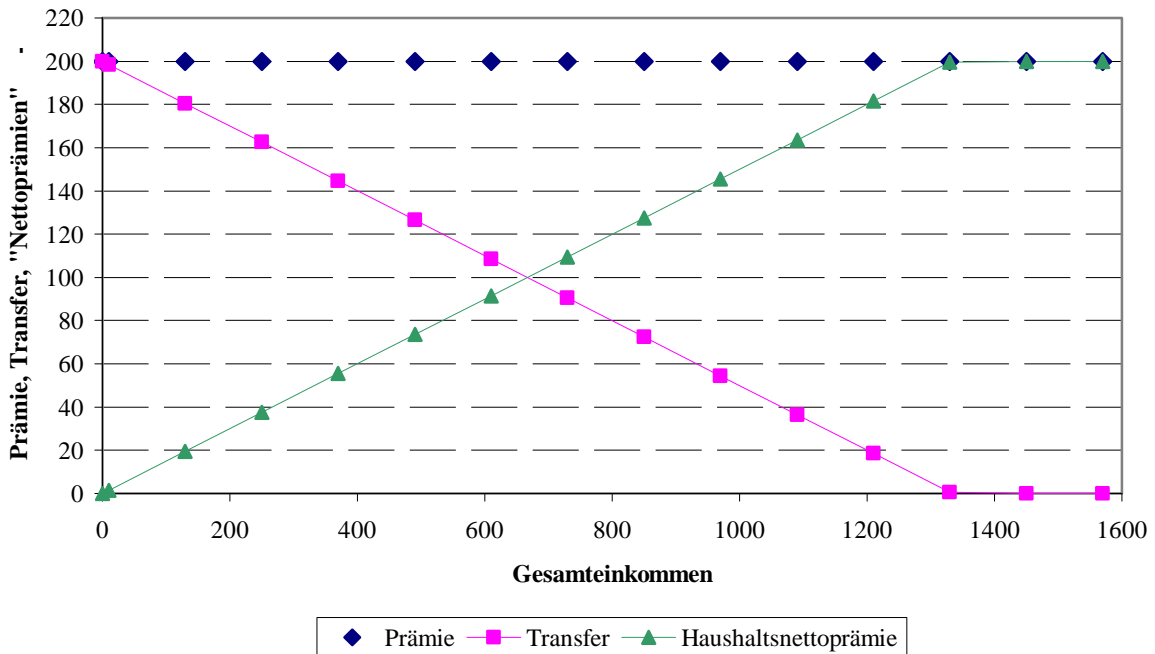


Abbildung 4: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Nettoäquivalenzeinkommen im Modell von Henke et al.

Der diesbezügliche Finanzierungsbedarf wird auf 25 Mrd. € jährlich geschätzt. Obwohl die Autoren keine konkreten Angaben zur Gegenfinanzierung machen, ist auch hier von einer steuerpflichtigen Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung als Mechanismus zur Mittelaufbringung auszugehen.

Dieses Finanzierungsmodell geht einher mit einer Wettbewerbsordnung, die sich mit einer Ausnahme nicht grundlegend von den anderen bisher diskutierten Modellen unterscheidet.²⁷ Diese Ausnahme betrifft die von den Versicherten individuell aufgebauten Altersrückstellungen. Solange diese Altersrückstellungen nicht portabel sind – also von Versicherungsgesellschaft X zu Versicherungsgesellschaft Y bei einem Versicherungswechsel übertragen werden können – ist ein Versicherungswechsel insbesondere für ältere Versicherte mit größeren Altersrückstellungen unattraktiv. Diese müssten bei dem neuen Versicherungsunternehmen mit deutlich höheren Beiträgen rechnen. Wettbewerb fände damit allenfalls für Neuverträge und nicht für Altverträge statt – ähnlich wie in der derzeitigen privaten Krankenversicherung.

²⁷ Zu dieser Wettbewerbsordnung zählen vor allem ein an die Besonderheiten des Kapitaldeckungsverfahrens angepasster morbiditätsorientierter RSA, Vertragswettbewerb mit Leistungserbringern, das Angebot von Grund- und Wahlleistungen sowie ein einheitliches Versicherungssystem mit der Überwindung der Trennung von GKV und PKV.

Konsequenterweise ist in dem von Henke et al. konzipierten Modell vorgesehen, dass die individuellen Altersrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherers angerechnet werden können.

Anders als bei Knappe et al. und Zweifel et al. enthält das von Henke et al. entwickelte Modell auch keine Absage an eine Weiterentwicklung des RSA. Vielmehr wird explizit vorgeschlagen, den Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren mit einer darauf abgestimmten Weiterentwicklung zum morbiditätsorientierten RSA zu verknüpfen: Der morbiditätsorientierte RSA soll in einem Jahr jeweils die Unterschiede zwischen der durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen Morbidität und der individuellen Morbiditätslast eines Versicherten im jeweiligen Alter ausgleichen.

2.5 Modell 5: „Herzog-Kommission“

Im Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme unter Vorsitz des ehemaligen Bundespräsidenten Herzog (kurz: Herzog-Kommission) vom September 2003 wird ein langfristiger Übergang in ein „kapitalgedecktes, einkommensunabhängiges und erheblich demographiefesteres“ Prämienmodell empfohlen (Kommission "Soziale Sicherheit" zur Reform der sozialen Sicherungssysteme 2003: 22). Dazu soll zunächst der Arbeitgeberanteil auf 6,5 Prozent abgesenkt und auf diesen Satz festgeschrieben werden. Nach Auffassung der Kommission sollen davon 5,4 Prozent steuerfrei an die Beschäftigten ausgezahlt werden. Die verbleibenden 1,1 Prozent sollen vom Arbeitgeber zur versicherungspflichtigen Absicherung des Krankengeldes verwendet werden.

In der Übergangszeit von 10 Jahren bis zur Einführung des Prämienmodells soll aus den Beiträgen der Versicherten ein Kapitalstock gebildet werden. Dieser Kapitalstock soll im Jahr des Übergangs von der einkommensabhängigen und umlagefinanzierten Finanzierung zur einkommensunabhängigen und kapitalgedeckten Finanzierung (nach Aussage der Kommission frühestens im Jahr 2013) aufgelöst und für eine versicherungsmathematische Individualisierung der Altersrückstellungen zur Gunsten älterer Versicherter (45 Jahre und älter) eingesetzt werden.

Die Höhe der Kopfprämie sei so zu kalkulieren, dass die lebenslang konstante Prämie ausreicht, um die Gesundheitsausgaben des Versicherten zu finanzieren – wobei implizit hierbei von Inflation, kostentreibendem medizinischen Fortschritt sowie einer Verbesserung der Lebenserwartung abgesehen wird. Die Kopfprämie enthält damit eine Altersrückstellung, was

dazu führt, dass ihre individuelle Höhe in diesem Modell im Übergangszeitraum vom Eintrittsalter der Versicherten abhängig ist. Höheren Prämien für ältere Versicherte resultieren erstens daraus, dass ältere Versicherte weniger Zeit haben, Altersrückstellungen als Vorsorge für die Alter ansteigenden Ausgaben aufzubauen. Zweitens induzieren ältere Versicherte bezogen auf ihre Restlebenserwartung höhere durchschnittliche Kosten pro Periode. Im Ergebnis, ist die Kopfprämie desto niedriger je niedriger das Eintrittsalter ist. Beim Übergang zur Kapitaldeckung müssten ältere Versicherte daher sehr hohe Prämien zahlen. Um dem vorzubeugen, werden die Prämien der über 45jährigen im Modell der Herzog-Kommission durch die Auflösung des bis 2013 aufgebauten Kapitalstocks lebenslang begrenzt.

Nach Berechnungen der Kommission müssten 20-jährige Versicherungsnehmer bei Neubeitritt eine versicherungsmathematisch c.p. lebenslang konstante Prämie von 264 Euro monatlich bezahlen. Auch ältere Versicherte (mindestens 45 Jahre) müssten ab 2013 versicherungsmathematisch berechnete Prämien zahlen. Die Herzog-Kommission geht in dem Bericht aber davon aus, dass dieser Betrag durch Auflösung des Kapitalstocks auch für die dann über 45-jährigen dauerhaft auf einen Betrag von 264 Euro begrenzt werden könnte.²⁸

Diesen Berechnungen liegt ein im Vergleich zum Status Quo reduzierter Leistungskatalog zu Grunde. Die Leistungen für Zahnbehandlungen sollen danach alleine von den Arbeitnehmern durch eine Pauschalprämie finanziert werden. Die verpflichtende Zuständigkeit für die Absicherung des Krankengeldes soll dagegen alleine den Arbeitgebern übertragen werden.

Der erforderliche soziale Ausgleich für Bezieher niedriger Einkommen muss nach Auffassung der Herzog-Kommission aus Steuermitteln finanziert werden. Über die konkrete Ausgestaltung des Transfermechanismus macht die Kommission ebenso wenig Angaben wie darüber, auf welche Art und Weise die aufzubringenden Transfermittel in Höhe von 27,3 Mrd. € jährlich im Detail finanziert werden sollen. Aus diesem Grund kann auch nicht angegeben werden, wie die einkommensabhängige Nettoprämie verläuft.²⁹ Der Bericht macht darüber hinaus keine Aussagen dazu, ob in diesem Transferbetrag die Finanzierung der Gesundheitsausgaben der beitragsfrei mitversicherten Kinder enthalten ist.

An der Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung soll sich nach Auffassung der Kommission nichts ändern. Die Kommission lehnt Änderungen bei der Versi-

²⁸ Aussagen über die Prämien der 21-44jährigen, bei denen mit dem Lebensalter bei Eintritt steigende Prämie zu verzeichnen sind, enthält der Bericht dagegen nicht.

²⁹ Folglich können auch keine Werte für die Grenzbelastung des Einkommens angegeben werden.

cherungspflichtgrenze ebenso ab wie die Einbeziehung von Selbständigen und Beamten in den versicherungspflichtigen Personenkreis.

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung fordert die Kommission Reformen mit dem Ziel einer stärkeren wettbewerblichen Orientierung. Insbesondere empfiehlt die Kommission eine flexiblere Vertragsgestaltung im ambulanten Bereich sowie Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Darüber hinaus solle geprüft werden, wie nach einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf ein Prämienmodell der Risikostrukturmausgleich entsprechend den neuen Anforderungen ausgestaltet werden kann.

Die Vorteile einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf einkommensunabhängige Kopfprämien mit Alterungsrückstellungen sieht die Herzog-Kommission vor allem in der höheren Demografiefestigkeit des Systems und in der deutlichen Entlastung der Bezieher höherer Einkommen im Vergleich zum Status quo (Kommission "Soziale Sicherheit" zur Reform der sozialen Sicherungssysteme 2003: 23).³⁰

2.6 Modell 6: CDU 2003

Auf der Grundlage des Berichts der Herzog-Kommission hat der 17. CDU-Bundesparteitag im Dezember 2003 ebenfalls die Grundzüge eines Prämienmodells verabschiedet (CDU 2003).³¹ Das Prämienmodell der CDU unterscheidet sich allerdings in einigen wesentlichen Ausgestaltungsmerkmalen vom Prämienmodell der Herzog-Kommission: Im Grundsatz strebt die CDU ebenfalls ein kapitalgedecktes und einkommensunabhängiges Prämienmodell an, das allerdings nicht erst nach einer zehnjährigen Übergangsphase sondern „so schnell wie möglich nach einem Regierungswechsel“ (CDU 2003: 23) implementiert werden soll. Durch diese beschleunigte Umstellung auf ein Prämienmodell soll „schneller Wettbewerb ermöglicht“ und erreicht werden, dass „die im heutigen System unzweifelhaft vorhandenen Fehlsteuerungen nicht noch auf längere Zeit fortbestehen“ (CDU 2003: 24).

Kalkuliert auf der Basis heutiger Preise ist nach Berechnungen der CDU mit einer Kopfprämie in Höhe von 200 Euro pro Monat pro Erwachsenen zu rechnen. Diese Prämie setzt

³⁰ Es mag zunächst widersprüchlich erscheinen, dass hier auf die Entlastung der Besserverdienenden abgestellt wird, während in anderen Kontexten von der treffsichereren Mehrbelastung von Spitzenverdienern beim Übergang zu einem Kopfprämienmodell gesprochen wird. Allerdings werden in beiden Aussagen unterschiedliche Dimensionen angesprochen: Die bloße Kopfprämien entlastet Gutverdiener zu Lasten von Schlechtverdienern. Gibt es einen sozialen Ausgleich kommt es auf dessen Ausgestaltung an – bei Einkommenssteuerfinanzierung kommt es hierbei zu einer Belastung der Einkommensstarken.

sich aus einer Grundprämie in Höhe von 180 Euro und einer Vorsorgeprämie von 20 Euro zusammen. Kalkuliert ist diese Prämie in Abweichung von den Empfehlungen der Herzog-Kommission auf der Basis des derzeitigen Leistungskatalogs – einschließlich der Leistungen für Zahnbehandlungen und Krankengeld. Die Vorsorgeprämie soll als Rückstellung zur Abfederung der Altersentwicklung genutzt und versicherungsmathematisch individualisiert werden. Kinder bleiben nach diesem Modell beitragsfrei mitversichert. Allerdings zahlt die Kindergeldstelle – vermutlich sind damit die bereits im Status Quo für die Auszahlung des Kindergeldes zuständigen Stellen gemeint – für alle Kinder eine Prämie von 90 Euro pro Monat (die halbe Grundprämie der Erwachsenen) an die Krankenkassen.

Der Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wird bei 6,5 Prozent der Bruttolohn- und -gehaltssumme eingefroren und steuerpflichtig an die Arbeitnehmer ausgezahlt. Die CDU betont, dass der Arbeitgeberbeitrag in der neuen Form ständiger Lohnbestandteil bleiben solle.³²

Detaillierter als die Herzog-Kommission äußert sich die CDU zu Ausgestaltungsfragen des Transfermechanismus zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs. Der Anspruch von Geringverdienern auf sozialen Ausgleich ist demnach in einem Leistungsgesetz festzuschreiben und soll automatisch zwischen Finanzamt und Krankenkasse auf der Grundlage des jeweils gültigen Einkommensteuerbescheids erfolgen. Während einer Übergangsphase von vier Jahren ist sicherzustellen, dass sich kein Versicherter durch die Einführung des Prämienmodells schlechter stellt als bei der derzeitigen Zahlung einkommensabhängiger Beiträge.³³ Nach dieser Übergangsphase soll eine Belastungsgrenze gelten. Diese liegt für die Gesamtprämienbelastung eines Haushalts – einschließlich der Vorsorgeprämie und unter Einbeziehung des als Lohnbestandteil ausgezahlten Arbeitgeberanteils – bei 15 Prozent des Bruttogesamthaushaltseinkommens.

Die CDU konzidiert, dass diese Belastungsgrenze im Vergleich zum Status Quo und zur Übergangsphase zu Mehrbelastungen führen könne. Diese sei jedoch aufgrund „der auch in einem Prämiensystem unabdingbaren mittel- und langfristigen Kostensteigerungen aufgrund

³¹ Eine Reihe von Formulierungen findet sich wortgleich auch im Bericht der Herzog-Kommission.

³² Die Bedeutung dieser Forderung bleibt unklar. Zwar kann der Gesetzgeber die einmalige Umwandlung des Arbeitgeberbeitrags in einen auszahlenden Lohnbestandteil gesetzlich regeln, die Lohnentwicklung der Folgejahre entzieht sich dann aber seinem Zugriffsrecht.

des medizinisch-technischen Fortschritts und der demografischen Gegebenheiten notwendig und gerechtfertigt (CDU 2003: 26).³⁴

Die CDU spricht sich in ihrem Modell für eine Steuerfinanzierung sowohl der Prämienzahlungen für Kinder als auch des sozialen Ausgleichs für Geringverdiener aus. Die Besteuerung des bisherigen Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung – Steuerertrag nach CDU-Angaben zwischen 15 und 17 Mrd. € – würde zur Gegenfinanzierung der Prämienzahlungen für Kinder ausreichen. Über die Höhe der zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs notwendigen Steuermittel macht die CDU keine Angaben. Die Finanzierung könne „aus dem durch wirtschaftliche Dynamik gestiegenen allgemeinen Einkommensteueraufkommen, Subventionsabbau oder eine Verzahnung mit der Großen Steuerreform erfolgen“ (CDU 2003: 26).

Analog zur Herzog-Kommission fordert auch die CDU – mit weitgehend identischen Formulierungen – eine stärkere wettbewerbliche Orientierung der gesetzlichen Krankenversicherung und möchte an der Abgrenzung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung keine Änderung vornehmen.

Die CDU begründet die Umstellung auf ihr Prämienmodell mit folgenden Vorteilen:

- Die Lohnnebenkosten würden erheblich sinken, der Nettolohn nähere sich dem Bruttolohn an, und Schwarzarbeit werde weniger attraktiv (CDU 2003: 24).
- Das Prämiensystem sei familienfreundlicher, weil alle Steuerzahler und nicht nur die gesetzlich Versicherten für die Krankheitskosten der Kinder aufkommen und die Kindererziehenden selbst einen geringeren Beitrag zur (Steuer-)Finanzierung der Krankheitskosten der Kinder leisten, da Kinder im Steuersystem aufgrund der Kinderfreibeträge steuermindernd berücksichtigt werden, während das heutige GKV-System Beiträge unabhängig von der Kinderzahl erhebt (CDU 2003: 24).
- Durch den sozialen Ausgleich über Steuern würden alle Steuerzahler nach ihrer Leistungsfähigkeit und nicht nur der Kreis der gesetzlich Versicherten zur Finanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe herangezogen (CDU 2003: 25).

³³ Es kann unterstellt werden, dass sich diese Aussage allein auf die Gesundheitsprämie und den Transfer für Einkommensschwächere bezieht, die individuellen Beiträge zur Steuerfinanzierung des Transfers aber ausgeblendet bleiben.

³⁴ Bei einer Belastungsgrenze von 15 % kommt es allerdings für Geringverdiener nicht erst bei späteren Kostenanstiegen sondern auch schon im Jahr der Umstellung zu Mehrbelastungen gegenüber dem Zeitpunkt vor der Umstellung.

2.7 Modell 7: Rürup/Wille

Das im Juli 2004 auf einer Tagung der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen vorgestellte Modell („kassenspezifische Gesundheitspauschalen“) soll nach Aussage der Autoren sowohl ökonomisch fundiert als auch politisch umsetzbar sein (Rürup/Wille 2004: 3). Das Gutachten geht von der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer heutigen Abgrenzung aus und sei daher zeitnah umsetzbar. Eine Abschaffung der privaten Krankenversicherung als substitutive Vollversicherung stoße auf (zu) hohe juristische Hürden; auch sollten die zur Entlastung zukünftiger Generationen erforderlichen Kapitaldeckungselemente, die die PKV-Vollversicherung beinhalte, nicht leichtfertig geopfert werden.

Auf der Grundlage des voraussichtlichen Gesamtausgabevolumens der GKV für Pflichtleistungen im Jahr 2004 gehen die Autoren von einer durchschnittlichen Prämienhöhe von 169 € für Erwachsene und von 78 € für Kinder aus. Leistungen für Krankengeld sind durch die Pauschalbeiträge nicht versichert. Diese werden – wie auch bereits im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehen – ausschließlich von den Versicherten mit einkommensabhängigen Beiträgen finanziert. Die bisherigen Arbeitgeberbeiträge werden für alle abhängigen Beschäftigten in Bruttolohnbestandteile umgewandelt und werden damit steuer- und sozialversicherungspflichtig. Rürup und Wille fordern, die Arbeitgeber gesetzlich zur Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zu verpflichten. Durch die zusätzlichen Beitragseinnahmen können die Beitragsätze in den anderen Sozialversicherungszweigen gesenkt werden. Aus Gleichbehandlungsgründen ist darüber hinaus eine Versteuerung der bisher steuerfreien Arbeitgeberzuschüsse für PKV-Versicherte und ein fiktiver – zu versteuernder – Arbeitgeberzuschuss für Beamte und Pensionäre vorgesehen. Als Konsequenz der steuerpflichtigen Ausschüttung des Arbeitgeberanteils an die Versicherten muss – damit derselbe Personenkreis wie zuvor der Versicherungspflicht unterliegt – die Versicherungspflichtgrenze von derzeit 3.862 € auf zukünftig 4.105 € angehoben werden.

Die Prämien für Kinder sollen vollständig von den Familienkassen bei den Arbeitsämtern und öffentlich-rechtlichen Arbeitgebern erstattet und damit steuerfinanziert werden. Die Erstattungen der Prämien für die Kinder fließen unmittelbar von den Familienkassen an die Krankenkassen. Die Erstattungen belaufen sich auf eine Höhe von 15,8 Mrd. € pro Jahr und sollen nahezu vollständig aus der Versteuerung der ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge finanziert werden (15,6 Mrd. € jährlich).

Anders als die Autoren der beiden zuvor beschriebenen Modelle äußern sich Rürup und Wille in ihrem Gutachten ausführlich zu alternativen Möglichkeiten zur Finanzierung des sozialen

Ausgleichs für Erwachsene mit niedrigem Einkommen: Hier wird sowohl eine Steuer- als auch eine Beitragsfinanzierung erwogen.

Eine Steuerfinanzierung könne entweder – auf dem Weg der direkten Steuer – über einen Gesundheitsaufschlag auf den Solidaritätszuschlag in Höhe von 11,9 Prozentpunkten oder – auf dem Weg über indirekte Steuern – über eine Anhebung des Normalsatzes der Umsatzsteuer in Höhe von 2,5 Prozentpunkten erfolgen. Für den Einkommensausgleich gilt dann eine Belastungsgrenze in Höhe von 12,5 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen.³⁵ Übersteigt die Belastung aus (GKV-durchschnittlicher) Prämie plus einkommensabhängiger Krankengeldversicherung (!) diese Belastungsgrenze, erhalten die Versicherten Beitragszuschüsse. Durch die Berücksichtigung der einkommensabhängigen Krankengeldversicherung ist auch die Gesamt- abgabensumme einkommensabhängig, was dazu führt, dass die Nettoprämie auch oberhalb eines Einkommens von 1.482 € ab dem die Transferzahlungen eingestellt werden, weiterhin mit dem Einkommen steigt (Abbildung 5).³⁶ Bis zu diesem Betrag beträgt die Grenzbelastung des Einkommens 12,5%, danach sinkt sie auf 1,1% ab.

Um in den Genuss der Transfers zu gelangen, müssen die Versicherten den Krankenkassen gegenüber mit Einkommensteuerbescheinigungen oder andern Einkommensnachweisen belegen, dass sie zuschussberechtigt sind. Die Krankenkassen prüfen die Zuschussberechtigung und gewähren ggf. Prämienzuschüsse. Die Aufwendungen für die Prämienzuschüsse können die Krankenkassen gegenüber dem Bundesversicherungsamt geltend machen, das wiederum einen Bundeszuschuss in gleicher Höhe aus dem Bundeshaushalt erhält. Nach Berechnungen von Rürup und Wille ergibt sich aus dieser Regelung ein Finanzierungsbedarf von insgesamt 22,5 Mrd. € jährlich, der auch Steuerausfälle von rund 3,7 Mrd. € wegen zusätzlicher steuerlicher Abzugsmöglichkeiten für Vorsorgeaufwendungen beinhaltet.

³⁵ Der sozialrechtliche Begriff „Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“ wird schon heute von den Krankenkassen verwendet, um die Berechtigung von Versicherten zu Zuzahlungsbefreiungen zu prüfen. Berücksichtigt wird nicht nur Arbeitseinkommen, sondern auch Einkünfte aus Kapitalvermögen und Gewerbebetrieb. Die Verrechnung zwischen positiven und negativen Einkünften ist der verschiedenen Einkommensarten ist im Gegensatz zum Steuerrecht nicht zulässig (Rürup/Wille 2004: 15).

³⁶ In Anlehnung an die Angaben der Herzog-Kommission wurde in der Abbildung ein Beitrag in Höhe von 1,1% des Einkommens zur Finanzierung der Krankengeldversicherung angesetzt.

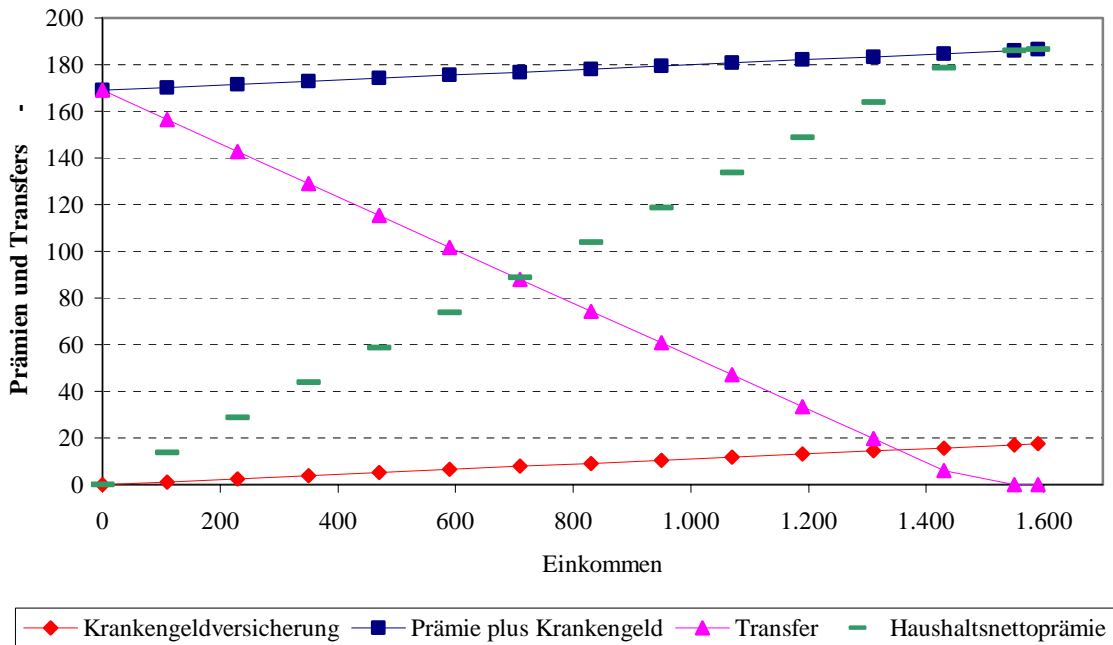


Abbildung 5: Prämie, Beitrag zur Krankengeldversicherung, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit von den Bruttoeinnahmen im Modell von Rürup/Wille, Variante steuerfinanzierter sozialer Ausgleich

Eine zweite Möglichkeit sehen Rürup und Wille in der Beitragsfinanzierung über einen einkommensabhängigen Zuschlag auf die bisherigen beitragspflichtigen Einkommen in Höhe von 2,9 Prozentpunkten. Mit dieser Variante wollen Rürup und Wille den in der Debatte geäußerten Bedenken gegen die Stetigkeit und Verlässlichkeit eines steuerfinanzierten Transfermechanismus Rechnung tragen. Die Belastungsgrenze bleibt in dieser Variante unverändert bei 12,5% der Bruttoeinnahmen. Ein Zuschuss wird nun allerdings dann gewährt, wenn die Belastung aus Prämie, Krankengeldversicherung und einkommensabhängigem Beitrag zusammen die Belastungsgrenze überschreitet. Entsprechend wird der Einkommensbereich, in dem steuerliche Transfers gezahlt werden erheblich ausgedehnt, auf annähernd 1,988 € Das Transfervolumen dieser Variante liegt entsprechend höher und wird von Rürup und Wille auf 26 Mrd. € beziffert. Die Arbeitgeber führen den einkommensabhängigen Beitrag an das Bundesversicherungsamt ab, das wiederum die Mittel an die einzelnen Krankenkassen auf der Grundlage der jeweils zuschussberechtigten Mitglieder verteilt.

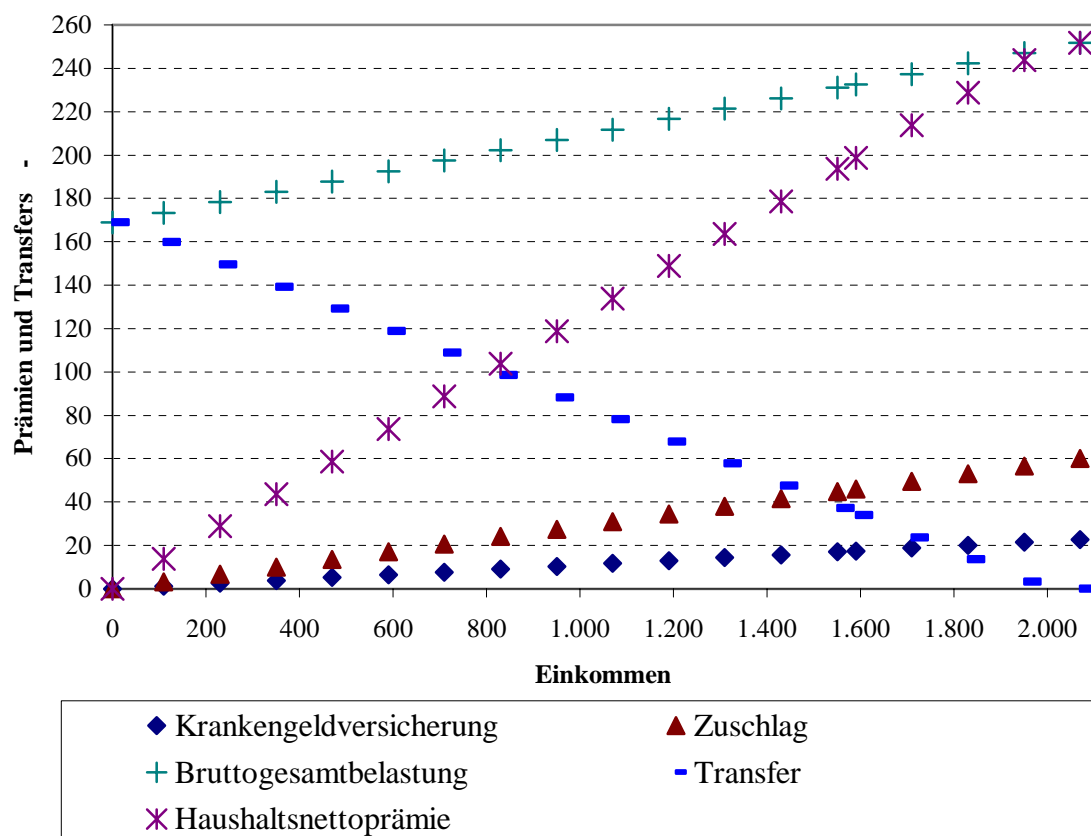


Abbildung 6: Prämie, Beitrag zur Krankengeldversicherung, Transfer und Nettoprämie in Abhängigkeit von den Bruttoeinnahmen im Modell von Rürup/Wille, Variante beitragsfinanzierter sozialer Ausgleich

Die Vorteile des von ihnen vorgeschlagenen Prämienmodells stellen die Autoren in ihrem Gutachten folgendermaßen dar:

- Das Steuer-Transfer-System sei der erstbeste Ort für Einkommensumverteilung. Die mit der Trennung von Risiko- und Einkommensausgleich entstehende Transparenz sei die zentrale Voraussetzung dafür, die Effektivität und die Effizienz sowohl des Versicherungsausgleichs als auch der Umverteilungspolitik beurteilen und erhöhen zu können (Rürup/Wille 2004: 11).
- Die Abkehr von der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen erhöhe die individuelle Beitragsäquivalenz und entlaste die GKV von einer weiteren, der Ziel-

setzung nach gesamtgesellschaftlich ausgerichteten, Umverteilungsfunktion.³⁷ Hierdurch werde das Ziel der Familienförderung an sich nicht in Frage gestellt, sondern in einer ordnungspolitischen korrekten Form durchgeführt (Rürup/Wille 2004: 14).

- Steuerfinanzierung des Transfermechanismus über den Solidaritätszuschlag: Da die Einkommensteuer progressiv ausgestaltet ist, keine Beitragsbemessungsgrenze kennt und sich auf das gesamte steuerpflichtige Einkommen bezieht, belaste der Zuschlag Versicherte mit niedrigerem Einkommen nicht nur absolut, sondern auch relativ schwächer. Darüber hinaus beteiligen sich auch PKV-Versicherte an der Finanzierung des Einkommensausgleiches (Rürup/Wille 2004: 16f.).
- Eine politische Einflussnahme auf den Umfang des Transfermechanismus sei bei einer Steuerfinanzierung wesentlich transparenter, während in beitragsfinanzierten Systemen eine politisch gewollte Rücknahme des Umverteilungsvolumens weniger offensichtlich ist (z. B. in Form von Leistungskürzungen und „Verschiebebahnhöfen“). Darüber hinaus führe eine Steuerfinanzierung nicht zwangsläufig zu einer Reduzierung sozialversicherungsbezogener Leistungen. Als Beispiel wird hierbei auf den gescheiterten Versuch zur Kürzung des Bundeszuschusses zur Rentenversicherung verwiesen (Rürup/Wille 2004: 18).
- Beitragsfinanzierung des Transfermechanismus: Die Verteilungswirkungen gestalten sich weniger progressiv und PKV-Versicherte seien nicht mehr an der Finanzierung des Transfermechanismus beteiligt. Die Vorteile einer größeren Transparenz und der dauerhaften beschäftigungsfreundlichen Abkopplung der Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitskosten blieben erhalten (Rürup/Wille 2004: 20).³⁸
- Eine Umstellung der GKV-Finanzierung auf einkommensunabhängige Prämien gehe mit einer Entkopplung der GKV-Beiträge von den Arbeitseinkommen einher – mit po-

³⁷ Allerdings wird nur die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten abgeschafft. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bleibt erhalten, wird aber nunmehr über steuerliche Zuschüsse an die Krankenkassen finanziert.

³⁸ Letzteres gilt natürlich nicht für den Zusatzbeitrag in Höhe von 2,9% der nach altem Recht definierten beitragspflichtigen Einkommen.

sitiven Wirkungen auf Arbeitsnachfrage und Arbeitsangebot. Von daher seien positive Beschäftigungseffekte zu erwarten (Rürup/Wille 2004: 20).³⁹

- Durch die Umstellung auf einkommensunabhängige Prämien verringere sich auf Dauer der Gesamtabgabenkeil. Aus Arbeitnehmersicht verlieren die GKV-Abgaben damit ihren Lohnsteuercharakter. Eine Erhöhung des Arbeitseinkommens habe keine zusätzlichen Belastungen mit GKV-Beiträgen zur Folge. Verzerrungen blieben allerdings für die Gruppe der zuschussberechtigten Versicherten und als Folge der Einkommensteuerfinanzierung der Zuschüsse erhalten. Aus Arbeitgebersicht führen steigende GKV-Prämien nicht mehr automatisch zu steigenden Arbeitskosten – selbst wenn ein Teil des Prämienanstiegs durch Tarifverhandlungen kompensiert werden sollte (Rürup/Wille 2004: 22f.).
- Das „Einfrieren“ des Arbeitgeberanteils bei Beibehaltung der einkommensbezogenen Finanzierung stelle zum Prämienmodell keine gleichwertige Alternative dar. Steigende GKV-Beiträge würden zwar auch bei einer solchen Lösung nicht mehr automatisch zu höheren Arbeitskosten führen. Dagegen würden steigende Arbeitseinkommen bei konstantem Arbeitgeber-Beitragssatz zu einem Anstieg der Lohnzusatzkosten führen. Der Abgabenkeil bliebe in voller Höhe erhalten und verschiebe sich zu Lasten der Arbeitnehmer. Der lohnsteuerähnliche Charakter der GKV-Beiträge nehme zu (Rürup/Wille 2004: 23 f.).
- Einkommensunabhängige Prämien würden die Konjunktur- und Arbeitsmarktabhängigkeit der heutigen Beiträge überwinden. Sobald der Zuschussbedarf wegen Konjunktur- und Arbeitsmarktproblemen ansteige, fände teilweise eine Verlagerung von sozialen Aufwendungen in das Steuersystem statt (Rürup/Wille 2004: 28).
- Einkommensunabhängige Prämien haben wegen der Trennung von einer strukturell wachstumsschwachen Finanzierungsbasis eine höhere Nachhaltigkeit als einkommensabhängige Prämien (Rürup/Wille 2004: 28).
- Einkommensunabhängige Prämien können ungefähr 30 Prozent der fiskalischen Effekte des demografischen Wandels auffangen, weil durch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben keine Beitragseinbußen entstehen (Rürup/Wille 2004: 28).

³⁹ Im Gegensatz zum Modell 1 (Rürup et al.) verzichten die Autoren hier auf eine Quantifizierung dieser Beschäftigungswirkungen. Aber: „Das positive Vorzeichen bei den Beschäftigungswirkungen ist eindeutig

- Bei einer externen Finanzierung der Einkommensumverteilung entfalle im Rahmen des Risikostrukturausgleichs der Finanzkraftausgleich. Der RSA könne sich dann auf einen Ausgleich unterschiedlicher Morbiditäten konzentrieren (Rürup/Wille 2004: 28).
- Eine verteilungspolitische Wirkungsanalyse zeige, dass sich beim Übergang zu einkommensunabhängigen Prämien die unteren Einkommensschichten keineswegs schlechter und die mittleren deutlich besser stellen würden als im derzeitigen System (Rürup/Wille 2004: 30).
- Einkommensunabhängige Prämien beseitigen die Ungleichbehandlung von Zwei- gegenüber Einverdienerfamilien. Ein Splittingverfahren im System der einkommensabhängigen Beiträge könnte die Benachteiligung von Zweiverdienerfamilien beheben, was aber auf eine Diskriminierung von Familien gegenüber unverheirateten Paaren hinausliefe (Rürup/Wille 2004: 31).⁴⁰

2.8 Modell 8: BDA

Im September 2004 hat die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände ein eigenständiges Prämienmodell vorgelegt (BDA 2004). Das Modell geht von der Beibehaltung der derzeitigen Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung aus. Nach Kalkulation der BDA können Erwachsene in diesem Modell für durchschnittlich 163 Euro pro Monat versichert werden. Kinder werden beitragsfrei mitversichert. Zur Kalkulation dieser vergleichsweise niedrigen Prämie wird ein reduzierter Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. Als Folge dieses reduzierten Leistungskatalog ist das Gesamtausgabevolumen im Prämienmodell der BDA im Vergleich zu den GKV-Ausgaben im Jahr 2003 um 31,9 Mrd. € geringer – was im derzeitigen einkommensabhängigen System einer Beitragssatzentlastung von gut drei Prozentpunkten entsprechen würde. Diese Ausgabenreduzierung tritt aber nur dann ein, wenn die Entlastungswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes in vollem Umfang eintreten, das Krankengeld aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen wird, Satzungs- und versicherungsfremde Leistungen entfallen und Zuzahlungen für Versicherte weiter angehoben werden (BDA 2004: 2).

(Rürup/Wille 2004: 23).“

⁴⁰ Dies gilt allerdings nicht, wenn gleichzeitig mit Einführung des Splitting auch die Beitragsbemessungsgrenze für Singles entsprechend angehoben wird (vgl. Dräther/Rothgang 2004).

Im Zentrum des BDA-Modells steht die Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs für einkommensschwache Versicherte. Durchgeführt werden soll der soziale Ausgleich durch die Krankenkassen analog des Verfahrens zur Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V. Folgende Anforderungen für die Finanzierung des sozialen Ausgleichs werden von der BDA formuliert (BDA 2004: 4):

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

Konsequenterweise werden daher die von Rürup/Wille (Modell 7) formulierten Vorschläge zur Finanzierung der Transferzahlungen abgelehnt. Eine Finanzierung über eine Anhebung des Einkommensteuertarifs oder des Solidaritätszuschlags würde die Betriebe belasten. Die Umstellung der Finanzierung auf ein Prämienmodell müsse jedoch für die Betriebe kostenneutral sein. Daher wird auch eine Finanzierung über die Anhebung der Mehrwertsteuer abgelehnt, weil auch diese Maßnahme die Betriebe belasten, würde weil sie eine erhöhte Mehrwertsteuer nicht jederzeit in vollem Umfang über die Preise kompensieren könnten. Darüber hinaus würde eine Erhöhung der Mehrwertsteuer die Finanzierung des Transfermechanismus nicht an die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit koppeln. Der zielgenaue Ausgleich von Einkommensstarken zu Einkommensschwachen könne auf diese Weise nicht gelingen. Abgelehnt wird von der BDA auch ein lohnabhängiger Zuschlag, weil in diesem Falle nicht die vollständige Ablösung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis erreicht werde.

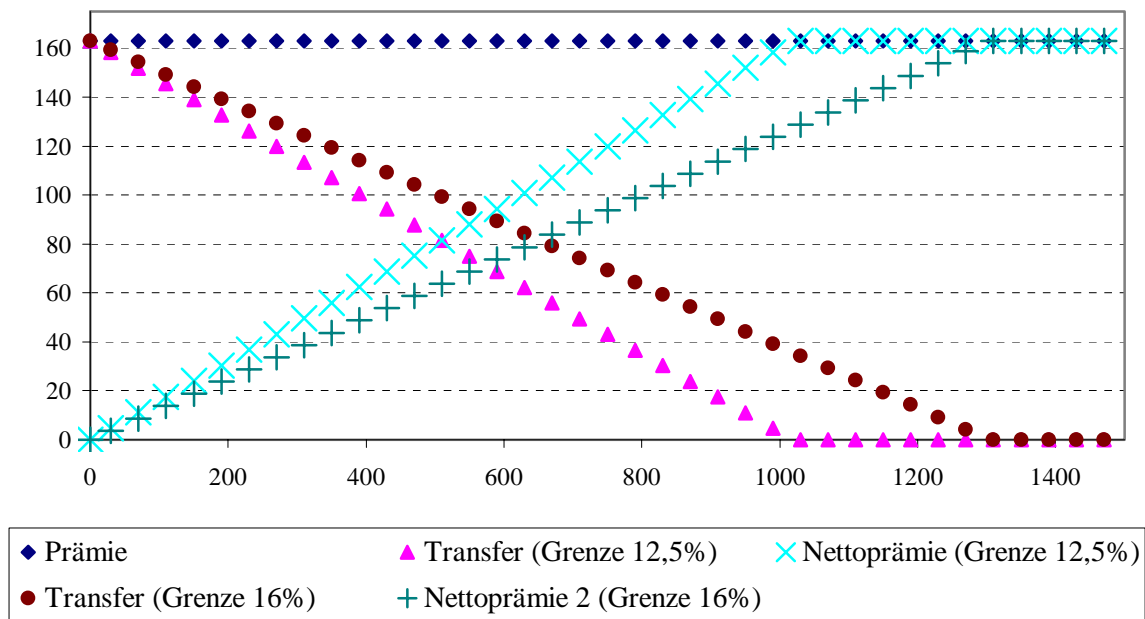


Abbildung 7: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit von den Bruttoeinnahmen im BDA-Modell bei unterschiedlichen Überforderungsgrenzen

Bei einer Belastungsgrenze von 12,5 Prozent des Bruttoeinkommens werden nach Berechnungen der BDA Ausgleichszahlungen von rund 20 Mrd. € pro Jahr notwendig. Finanziert werden sollen die Ausgleichszahlungen zum einen aus dem zusätzlichen Einkommensteueraufkommen aus der Auszahlung des Arbeitgeberanteils und zum anderen aus öffentlichen Mitteln, die ohnehin schon derzeit für Krankenversicherungsbeiträge verwendet werden (insbesondere Bundesmittel für Krankenversicherungsbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II und Mittel der Sozialhilfeträger für Krankenversicherungsbeiträge von Sozialhilfeempfängern).⁴¹ Falls die Gesundheitsausgaben in der GKV nicht wie im oben vorgesehenen Umfang gekürzt werden können bzw. Steuersenkungen zu niedrigeren Einnahmen für die Finanzierung des Transfermechanismus führen, wird im BDA-Modell eine Anhebung der Belastungsgrenze auf 16 Prozent des Bruttoeinkommens vorgeschlagen. Darüber hinaus könnte der Höchstbetrag für den Sonderausgabenabzug für Vorsorgeaufwendungen im Einkommensteuerrecht gekürzt werden. Abbildung 7 enthält die resultierenden Tarifverläufe.

⁴¹ Wenn die Bundesfinanzierung für die genannte Gruppen wegfällt, müssen diese Versicherten ihre Prämien selber zahlen, wodurch in vielen Fällen ein Transferbedarf ausgelöst wird. Dem Papier ist nicht zu entnehmen, ob diese Transferzahlungen bei der Berechnung der Summe des Ausgleichsbedarfs berücksichtigt wurde.

Die erwarteten Vorteile des Prämienmodells hat BDA-Präsident Hundt bei der Vorstellung des Prämienmodells am 13. September 2004 folgendermaßen zusammengefasst:⁴²

- Die Krankheitskosten werden vollständig von den Arbeitskosten entkoppelt, die Personalzusatzkosten dadurch deutlich gesenkt mit der Folge positiver Wirkungen auf Wachstum und Beschäftigung.
- Der soziale Ausgleich werde deutlich zielgenauer über das Steuer- und Transfersystem gesichert.
- Der demografisch bedingte, individuelle Beitragsanstieg werde verringert, weil ein steigender Rentneranteil nicht mehr zu Beitragsmindereinnahmen führe.
- Die Gesundheitsprämie beseitige zahlreiche Ungerechtigkeiten des heutigen Beitragsystems: Doppelverdiener-Haushalte werden nicht mehr gegenüber Alleinverdiener-Haushalten mit gleichem Einkommen diskriminiert. Geringverdiener müssen nicht mehr die beitragsfreie Ehegattenversicherung von Höherverdienern mitbezahlen.

2.9 Modell 9: FDP

Das im Juni 2004 beschlossene Reformmodell geht von einer Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Alle Versicherungsanbieter sind in diesem Modell private Versicherungsunternehmen, die auf der Basis weitgehend frei gestaltbarer Tarif und der Kostenerstattung für alle Versicherten miteinander konkurrieren. Statt einkommensabhängige umlagefinanzierter Beiträge kalkulieren im Grundsatz alle Versicherungsunternehmen risikogerechte und kapitalgedeckte Prämien. Es sei zu prüfen, ob und in welchem Umfang den Krankenversicherern das Recht eingeräumt werden solle, Ausgleichsforderungen gegen den Bund für diejenigen Versicherten in ihre Bilanzen einzustellen, für die in der Vergangenheit keine Altersrückstellungen gebildet wurden. Die Arbeitgeberzuschüsse zur Krankenversicherung werden als steuerpflichtiger Lohnbestandteil ausgezahlt. Jeder Bürger ist verpflichtet bei einem Krankenversicherer seiner Wahl einen Krankenversicherungsschutz abzuschließen, der die vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelleistungen umfasst (umfassende Versicherungspflicht). Die Regelleistungen dürften nach Aussage der FDP im Wesentlichen auf dem derzeitigen GKV-Leistungskatalog beruhen – mit Ausnahme zahnmedizinischer Leistungen und des Krankengelds.

⁴² Download der Rede unter <http://www.verbaende.com/News.php4?m=27171>

Die risikogerechte Kalkulation der Prämien wird durch zwei Ausnahmen eingeschränkt. Erstens hat jeder Bürger bei Geburt Anspruch darauf, unabhängig von seinem Gesundheitszustand ohne Risikozuschläge versichert zu werden. Diese Prämie für Kinder soll über Steuern finanziert werden. Zweitens muss jedes Versicherungsunternehmen mit Kontrahierungszwang einen Pauschaltarif anbieten, der ebenfalls nicht risikoäquivalent kalkuliert werden darf. Staatliche Transfers sind für Bürger vorgesehen, die nicht aus eigener Lage die Aufwendungen für diesen Pauschaltarif finanzieren können. In dem Parteitagsbeschluss der FDP wird nicht diskutiert, wie diese staatlichen Transferzahlungen finanziert werden sollen. Genauso wenig finden sich Hinweise darauf, wie die oben angesprochenen Ausgleichsforderungen gegenüber den Bund finanziert werden sollen.

Den Vorteil ihres Modells sieht die FDP vor allem darin, dass ein kapitalgedecktes System die notwendigen Spielräume für die Nutzung des medizinischen Fortschritts eröffnet. Die Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung erhöhe darüber hinaus die Wahlfreiheit der Versicherten. Durch die Ablösung der Krankheitskosten von den Arbeitskosten werde zudem die Wettbewerbsfähigkeit regulärer Beschäftigung in Deutschland verbessert (FDP 2004).

2.10 Modell 10: Fritzsche (RWI)

Der Vorschlag des Mitarbeiters des Rheinisch Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen zielt darauf ab, die bedarfsabhängigen Transferzahlungen in einem Prämienmodell nicht über das Steuersystem zu finanzieren, sondern bei der Kalkulation der Kopfprämie zu berücksichtigen (Fritzsche 2004).

Fritzsche geht in seinem Modell davon aus, dass die derzeitigen Regelungen zur Versicherungspflicht bestehen bleiben – aufgehoben wird allerdings die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern. Kinder werden weiterhin beitragsfrei mitversichert. Die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder soll zwischen den Kassen weiterhin über den Risikostrukturausgleich ausgeglichen werden. Über den RSA sollen die Kassen einen zur Anzahl der Versicherten proportionalen Betrag in einen gemeinsamen Fonds abführen, aus dem die Ausgleichszahlungen – sowohl für Geringverdiener als auch für Kinder – finanziert werden.

Für Geringverdiener soll der Ausgleich so bemessen werden, dass die Belastung durch Prämienzahlungen abzüglich der Ausgleichszahlungen (*zumutbare Belastung*) für die Versicherten einen vorgegebenen Anteil am Bruttoeinkommen (*anrechenbares Einkommen*) nicht übersteigt. Das anrechenbare Einkommen besteht vor allem aus der Summe der positiven steuer-

lichen Einkünfte zuzüglich von Lohnersatzleistungen, privaten Unterhaltszahlungen und laufenden Erträgen aus Vermögen. Für Ehe- und Lebenspartner soll das anrechenbare Einkommen beider Partner gesplittet werden. Zur Ermittlung der Ausgleichszahlungen wird ein Normbeitrag zugrunde gelegt, der dem Durchschnitt der Beiträge aller Krankenkassen entspricht.

Die Höhe der Prämien hängt in diesem Modell damit nicht nur von der Höhe der Gesundheitsausgaben, sondern auch von der zumutbaren Belastung ab. Auf der Basis einer Zumutbarkeitsschwelle von 15 Prozent des anrechenbaren Einkommens und den GKV-Ausgaben des Jahres 1998 hat Fritzsche eine Prämie in Höhe von 235 € pro Monat (*Grundvariante*) errechnet. Wird die Zumutbarkeitsschwelle auf 12 Prozent des Einkommens gesenkt, erhöht sich die Prämie bereits auf 345 € pro Monat (*Umverteilungsvariante*). Hochgerechnet auf das Jahr 2003 belaufen sich die Prämien auf 280 Euro pro Monat in der Grundvariante und auf 390 € pro Monat für die Umverteilungsvariante.⁴³

Wie Abbildung 8 zeigt, ergeben sich Grenzbelastungen des Einkommens in Höhe von 15% (*Grundvariante*) bzw. 12% (*Umverteilungsvariante*) für Einkommen bis zu 1.567 € (*Grundvariante*) bzw. 2.875 € (*Umverteilungsvariante*). In der Umverteilungsvariante bleiben die disincentives to work damit bis in Einkommensbereichen weit oberhalb des Durchschnittseinkommens bestehen.

⁴³ Ob die paritätische Finanzierung beibehalten wird oder die Beitragsteilung zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern beibehalten wird, lässt Fritzsche offen. Darüber sei „politisch zu entscheiden“ (Fritzsche 2004: 63).

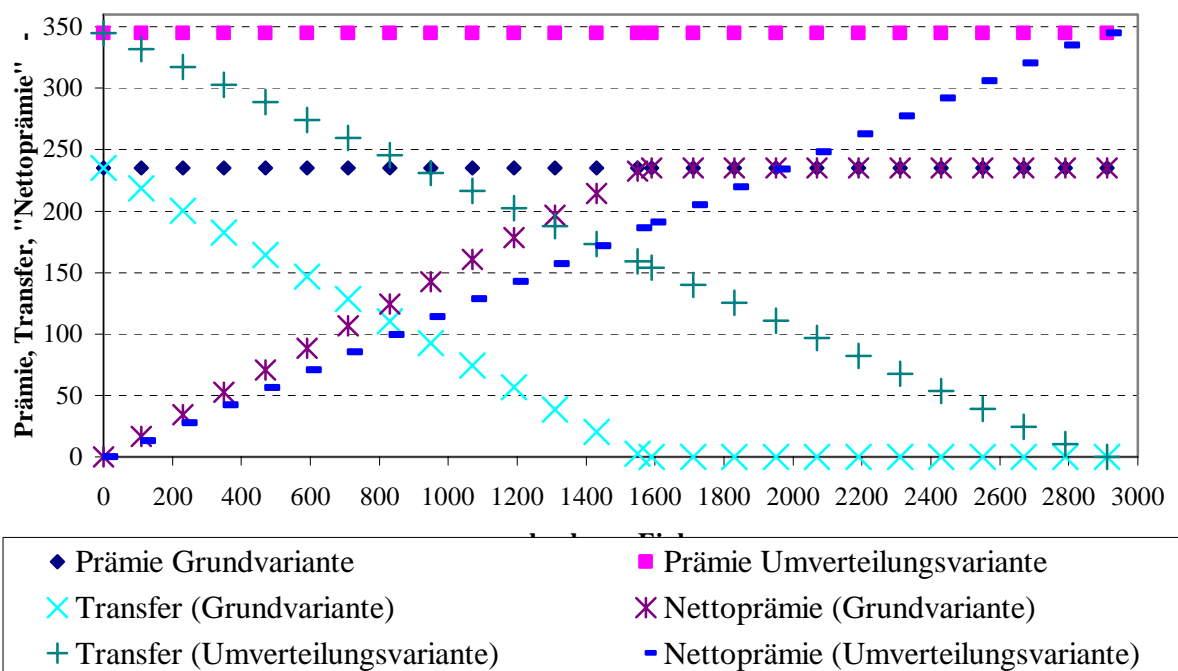


Abbildung 8: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom anrechenbaren Einkommen im Modell von Fritzsche, beide Varianten

Fritzsche errechnet darüber hinaus auch die Verteilungswirkungen sowohl der Grund- als auch der Umverteilungsvariante. In der Grundvariante werden allein lebende Geringverdiener belastet – vor allem durch die im Vergleich zum durchschnittlichen GKV-Beitrag höhere zuzumutbare Entlastung. Allein lebende Personen mit mittlerem und höherem Einkommen werden durchgängig entlastet – bis zu 5 Prozent des Bruttolohns. Ein-Verdiener-Ehepaare mit im Status Quo mitversichertem Ehepartner werden durchgängig moderat belastet. In der Umverteilungsvariante werden allein lebende Personen über das gesamte Einkommensspektrum entlastet. Die Entlastung fällt bei dieser Variante für mittlere und obere Einkommen deutlich geringer aus als bei der Grundvariante. Ein-Verdiener-Ehepaare mit geringem und mittlerem Einkommen werden moderat entlastet während Ein-Verdiener-Ehepaare mit hohem Einkommen stark belastet werden – bis zu 4 Prozent des Bruttolohns. Die Einkommensverteilung des Haushaltsnettoeinkommens insgesamt würde bei Umsetzung der Grundvariante ungleicher werden – bei Umsetzung der Umverteilungsvariante jedoch gleicher.

Die Motive für die Umstellung der GKV-Finanzierung von einkommensabhängigen umlagefinanzierten Beiträgen auf einkommensunabhängige umlagefinanzierte Prämien sieht Fritz-

sche vor allem in der Entlastung des Faktors Arbeit und in der Beseitigung verteilungspolitischer Zielverfehlungen.

Einen arbeitsmarktpolitischen Vorteil des Prämienmodells sieht Fritzsche nicht nur in der Entkopplung von Arbeitsentgelt und Beitragsbelastung. In der Umverteilungsvariante (siehe oben) würde das Niveau der zumutbaren Belastung darüber hinaus unter das derzeitige Niveau der GKV-Beitragsätze gesenkt werden. Würde diese Entlastung von 1,5 Prozentpunkten voll für die Senkung der Arbeitskosten genutzt, ergebe sich nach optimistischen Einschätzungen kurzfristig ein Arbeitsplatzeffekt von 300.000 neuen Arbeitsplätzen. Diese Einschätzungen setzen allerdings voraus, dass eine einprozentige Lohnsenkung einen Beschäftigungszuwachs von ebenfalls einem Prozent mit sich bringt. Fritzsche weist allerdings darauf hin, dass pessimistische Einschätzungen von einem deutlich geringeren Beschäftigungszuwachs ausgehen. Gleichzeitig ist mit einer Erhöhung des Arbeitskräfteangebots von bisher nicht erwerbstätigen Ehefrauen zu rechnen, deren Ehemänner eine höhere Abgabenbelastung zu verkraften hätten. Fritzsche schlussfolgert, dass per saldo mit positiven Effekten auf den Arbeitsmarkt als Folge der Umstellung der GKV-Beiträge auf einkommensunabhängige Prämien zu rechnen sei – „wenngleich das Ausmaß zusätzliche Beschäftigung im Vergleich zur bestehenden Arbeitslosigkeit wenig eindrucksvoll erscheinen mag“ (Fritzsche 2004: 57).

Fritzsche kritisiert die Verteilungswirkungen des derzeitigen GKV-Systems – insbesondere der beitragsfreien Mitversicherung von erwerbslosen Ehepartnern. Diese beitragsfreie Mitversicherung bewirke eine Umverteilung von unten nach oben, wenn das versicherungspflichtige Einkommen des erwerbstätigen Partners die Beitragsbemessungsgrenze übersteige. Darüber hinaus begünstige die Lohnbezogenheit der Beiträge Versicherte, die bei hohen Einkünften aus Vermögen ein relativ geringes Arbeitseinkommen beziehen würden. Beide Zielverfehlungen würden durch die Umstellung auf einkommensunabhängige Prämien und Ausgleichzahlungen beseitigt werden (Fritzsche 2004: 58).

2.11 Modell 11: CDU/CSU

Das gemeinsame Modell von CDU und CSU für eine „solidarische Gesundheitsprämie“ wurde im November 2004 vorgelegt (CDU/CSU 2004). Das Modell basiert zwar auf dem ein Jahr zuvor vorgelegten Modell der CDU (vgl. Abschnitt 2.6) – unterscheidet sich davon aber in einigen wesentlichen Merkmalen.

Die „solidarische Gesundheitsprämie“ von CDU und CSU besteht aus zwei Komponenten. Erstens ist eine *persönliche Gesundheitsprämie* in Höhe von 109 Euro für jeden versicherten Erwachsenen vorgesehen. Die beitragsfreie Mitversicherung für nicht erwerbstätige Ehegatten wird aufgehoben, Kinder werden jedoch zunächst weiterhin beitragsfrei mitversichert. Zweitens ist eine *Arbeitgeberprämie* in Höhe von 60 Euro vorgesehen. Diese wird finanziert aus der steuerfreien Zahlung des auf 6,5 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens festgeschriebenen Arbeitgeberanteils in ein Sondervermögen. In dieses Sondervermögen sollen darüber hinaus zusätzlich die Beiträge der Sozialversicherungsträger zur Krankenversicherung eingezahlt werden.

Die Belastungsgrenze für Versicherte wird bei 7 Prozent des nicht näher definierten Einkommens festgesetzt. Übersteigen die Prämienzahlungen diese Belastungsgrenze wird der Differenzbetrag „in einem automatisierten Verfahren“ (CDU/CSU 2004: 3) unter Zugriff auf das Sondervermögen an die jeweilige Krankenkasse entrichtet. Der Ausgleich zu Gunsten von Versicherten mit niedrigem Einkommen soll durch das Heranziehen des Arbeitgeberbeitrags innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Gleiches gilt zunächst für die Umverteilung zu Gunsten von Familien mit Kindern. CDU und CSU sprechen sich für die Einführung kapitalgedeckter Vorsorgeelemente aus. Dazu könnten auch Beiträge aus dem Sondervermögen verwendet werden.

Die schematische Darstellung in Abbildung 9 zeigt die resultierenden Prämien, Transfers und Belastungen. Die „persönliche Prämie“ liegt in diesem Modell deutlich niedriger als in allen anderen zuvor beschriebenen Modellen. Dies begrenzt den Kreis der Transferbezieher. Andererseits liegt – wegen der Beibehaltung des Arbeitgeberbeitrags – die Belastungsgrenze bereits bei nur 7%, also etwa dem derzeitigen vom Arbeitnehmer zu tragenden Beitragssatz. Dieser niedrige Satz vergrößert den Kreis der Transferempfänger. Beides zusammen bewirkt, dass Einkommen bis zu 1.557 € zum Bezug des Transfers berechtigen. Zugleich bleibt aber der Arbeitgeberbeitrag als proportionale Abgabe auf das Einkommen⁴⁴ bestehen. Bis zur Beitragsbemessungsgrenze wird zusätzliches Einkommen daher weiterhin mit einem Satz von 6,5% belastet. Die resultierende Kurve der gesamten Abgabenbelastung des Einkommens ist daher doppelt geknickt: bis zu einem monatlichen Einkommen von 1.557 € beträgt ihre Stei-

⁴⁴ Nähere Aussagen zum Einkommensbegriff werden im Papier der CDU/CSU nicht gemacht. Deshalb werden alle Abgaben in der Abbildung lediglich auf das „Einkommen“ bezogen. Allerdings ist es sachlich naheliegend, den Arbeitgeberbeitrag nur auf das Arbeitseinkommen zu beziehen, für die Berechtigung des Transfers aber einen weiteren Einkommensbegriff zugrunde zu legen.

gung 13,5%, danach beläuft sie sich bis zur Beitragbemessungsgrenze von 3.487,50 € auf 6,5% und erst danach wird weiteres Einkommen nicht mehr mit Abgaben zur Finanzierung der GKV belastet.

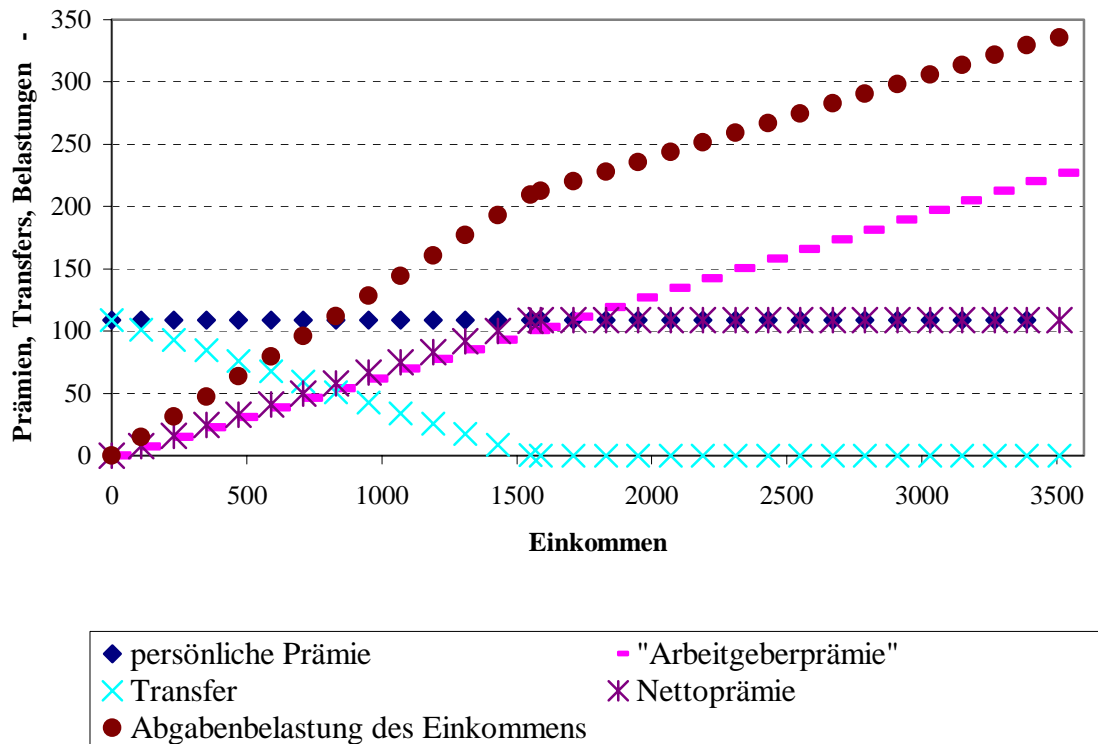


Abbildung 9: Prämien, Transfer, Nettoprämie und Belastung des Einkommens eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Einkommen im CDU/CSU-Modell

Die prämienfreie Mitversicherung für Kinder soll mittel- bis langfristig aus Steuermitteln finanziert werden. Dazu soll der Spitzensteuersatz in geringerem Ausmaß sinken als ursprünglich in den Reformplänen der Parteien vorgesehen – statt um 6 Prozentpunkte nur um 3 Prozentpunkte. Eine notwendige Zwischenfinanzierung werde durch die Arbeitgeberbeiträge gesichert.

Zum notwendigen Ausgleichsvolumen zur Finanzierung der Umverteilung zu Lasten niedriger Einkommen und zur Finanzierung der Umverteilung zu Lasten der Familien mit Kindern finden sich in dem Papier ebenso wenig Angaben wie zum notwendigen Finanzierungsbedarf für die Einführung kapitalgedeckter Vorsorgeelemente. Angaben über den Umfang des zu finanzierenden Leistungskatalogs werden ebenfalls nicht gemacht.

Die Vorteile ihres Modells sehen CDU und CSU vor allem darin, dass die Anreize für Mehrarbeit bei den Arbeitnehmern und die Anreize zur Schaffung von Arbeitsplätzen bei den Ar-

beitgebern durch Abkopplung der Gesundheitskosten von den Lohnkosten steigen würden. Darüber hinaus würde der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensiviert, weil in Zukunft ein Versicherter mit 1.000 Euro Monatseinkommen für die Versicherungen ein gleich guter Kunde sei wie ein Versicherter mit 3.500 Euro Monatseinkommen.⁴⁵ Darüber hinaus könne die aufwändige Bürokratie für den Ausgleich unterschiedlicher Einkommensstrukturen der Versicherten im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entfallen.

2.12 Modell 12: SVR Wirtschaft

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung rät in seinem Jahresgutachten 2004/05 von der Umsetzung des Modells 11 ab. Dieses würde die Nachteile des gegenwärtigen Systems kaum beseitigen, gleichzeitig kämen die Vorteile eines Pauschalbeitragssystems kaum zur Geltung. Das System wirke äußerst kompliziert und noch undurchsichtiger als das gegenwärtige (SVR Wirtschaft 2004: 554).

Alternativ schlägt der Sachverständigenrat sein Modell einer „Bürgerpauschale“ vor. Dieses Modell geht davon aus, dass „sowohl in allokativer als auch in distributiver Hinsicht eine Pflichtversicherungsgrenze und die mit ihr verbundene Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes ökonomisch nicht begründbar ist“ (SVR Wirtschaft 2004: 516). In Modell des Sachverständigenrates wird deshalb die gesamte Wohnbevölkerung versicherungspflichtig. Der Leistungskatalog basiert auf dem Leistungskatalog des Status Quo ausschließlich Krankengeld. Die Prämien werden im Umlageverfahren kalkuliert – eine kollektive oder individuelle ergänzende Kapitaldeckung ist optional und wird als sinnvoll erachtet. Die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten entfällt. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bleibt in der Grundvariante erhalten. Die Bürgerpauschale kann sowohl von gesetzlichen Krankenkassen als auch von privaten Krankenversicherungen angeboten werden. Gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen konkurrieren demzufolge auf einem einheitlichen Versicherungsmarkt. Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich für alle am Markt tätigen Krankenversicherer ist vorgesehen. Die derzeitigen Arbeitgeberbeiträge werden als Bruttolohnbestandteil ausbezahlt und in die Besteuerung und Verbeitragung einbezogen. Auch die Rentenversicherungsträger erhöhen die Bruttorente um den Anteil des

⁴⁵ Allerdings wird dies auch derzeit schon weitgehend (und in Zukunft vollständig) durch den Finanzkraftausgleich als Teil des Risikostrukturausgleichs gewährleistet.

Krankenversicherungsbeitrags der Rentner, den sie bisher direkt an die Krankenkassen überwiesen haben (SVR Wirtschaft 2004: 530 f.).

Bei Beibehaltung des derzeitigen GKV-Leistungskatalogs (ohne Krankengeld) und Einbeziehung der gesamten Wohnbevölkerung in die Versicherungspflicht sowie einer beitragsfreien Mitversicherung von Kindern würde der Pauschalbeitrag nach Angaben des Sachverständigenrats durchschnittlich 198 Euro monatlich betragen. Bei der Gestaltung des sozialen Ausgleichs geht der SVR von einer Belastungsgrenze von 13 Prozent des anrechenbaren Einkommens aus, das auf den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt basiert. Abbildung 10 enthält die resultierenden Verläufe für Prämie, Transfer und Nettoprämie. Wie die Abbildung zeigt, entsprechen diese Verläufe grundsätzlich denen etwa in Modell 1. Der Unterschied zu Modell 7 ergibt sich daraus, dass die Krankengeldversicherung in Abbildung 10 nicht enthalten ist.⁴⁶ Auch im Modell des Sachverständigenrates ergibt sich damit eine hohe Grenzbelastung des Einkommens in Höhe von 13% und zwar bis zu einem Einkommen von 1523 €

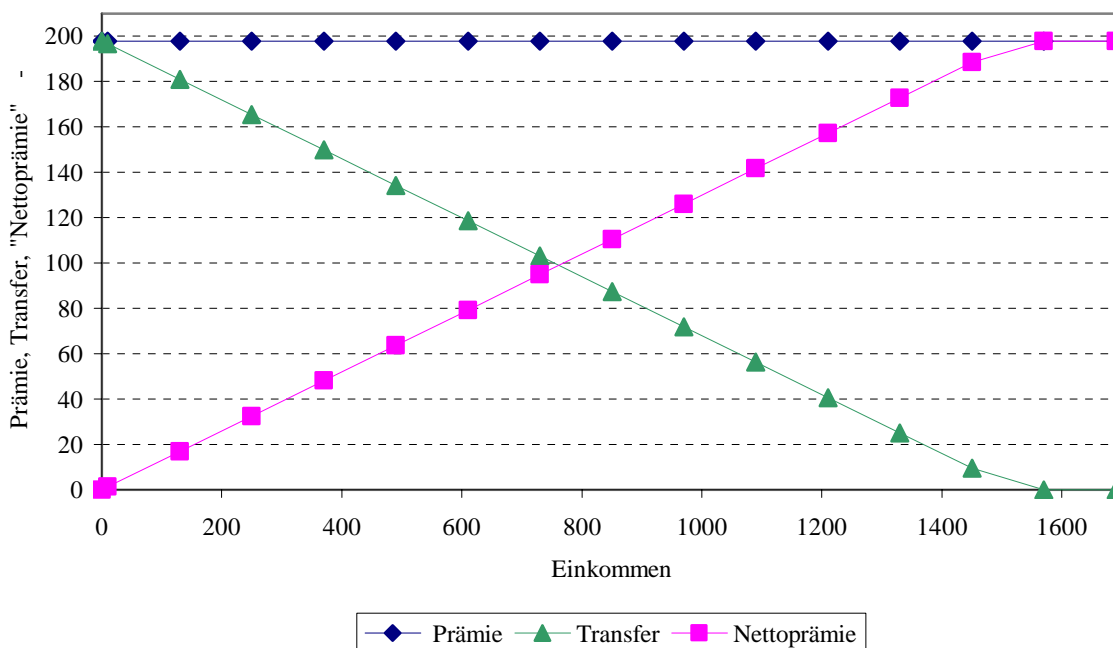


Abbildung 10: Prämien, Transfer, Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Einkommen im SVR-Modell

⁴⁶ Allerdings will auch der Sachverständigenrat die Krankengeldzahlung aus dem GKV-Leistungskatalog herauslösen. Wird eine eigenständige Krankengeldversicherung berücksichtigt, ergibt sich dann ein Tarifverlauf, der dem für Modell 7 gleicht.

Der sich ergebende Zuschussbedarf für die Transfers wird vom Sachverständigenrat auf rd. 30 Mrd. Euro beziffert. Insgesamt wären rund 31 Millionen Personen (38 Prozent der Bevölkerung) zuschussberechtigt. Bei einer kollektiven Kapitaldeckung und einer Pauschale von insgesamt 220 Euro würde das Zuschussvolumen 38,5 Mrd. Euro betragen. Steuererhöhungen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs sind nach Ansicht des SVR unumgänglich. Die vorgeschlagene Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags erbringt nach Berechnungen des Rates 16-17 Mrd. Euro. Somit müssen zur Aufbringung des gesamten Zuschussbedarfs im reinen Umlagesystem mindestens 13 Mrd. Euro durch Steuererhöhungen aufgebracht werden. Dies könne durch folgende Maßnahmen erfolgen (SVR Wirtschaft 2004: 538):

- Erhöhung des Solidaritätszuschlags auf die Einkommensteuerschuld um 6,5 Prozentpunkte für alle lohn- und einkommensteuerpflichtigen Personen (nicht für Körperschaften).
- Parallelverschiebung des Einkommensteuertarifs nach oben (zusätzliche proportionale Einkommensteuer in Höhe von 1,8 Prozent auf zu versteuernde Einkommen über dem Grundfreibetrag).
- Erhöhung des Normalsatzes der Umsatzsteuer von 16 Prozent um 1,7 Prozentpunkte auf 17,7 Prozentpunkte.

Nach den Berechnungen des Sachverständigenrates sei der Umverteilungseffekt zu Gunsten niedriger Einkommen bei der Finanzierung über eine proportionale Einkommensteuer größer ist als bei der Umsatzsteuerfinanzierung. Gleichzeitig sei aber die Umsatzsteuerfinanzierung hinsichtlich Wachstums- und Beschäftigungsfreundlichkeit vorteilhafter. Die Erhöhung des Solidaritätszuschlags wird abgelehnt, weil die Reduzierung des Abgabenkeils in dieser Variante zu gering ausfallen würde.

Als Vorteile seines Modells der „Bürgerpauschale“ postuliert der Sachverständigenrat (SVR Wirtschaft 2004: 511):

- Die Gesundheitskosten werden von den Arbeitskosten abgekoppelt,
- die Erosion der lohnbezogenen Beitragsgrundlage werde beseitigt,
- der unverzichtbare soziale Ausgleich werde transparenter und könne zielgenauer erreicht werden, indem er in das Steuer- und Transfer-System verlagert wird,
- der beschäftigungsfeindliche Abgabenkeil werde reduziert und damit die Grenzbelastungen für den Großteil der Arbeitnehmer deutlich gesenkt,

- das Äquivalenzprinzip werde gestärkt.

2.13 Umverteilungsdimensionen in den Kopfprämienmodellen

Mit Ausnahme der Modelle 10 und 11 haben alle hier vorgestellten Kopfprämienmodelle gemeinsam, dass die Umverteilung von höheren Einkommen zu niedrigen Einkommen aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausgelöst und in das Steuersystem verlagert werden soll (vgl. Tabelle 1). Allen Modellen ist weiterhin gemeinsam, dass die Umverteilung zu Gunsten nicht erwerbstätiger Ehepartner und zu Lasten von Singles und Zweiverdienerehepaaren ebenfalls aus der GKV herausgenommen werden soll. Keines der hier vorgestellten Modelle sieht vor, dass im Steuersystem eine ähnliche Umverteilungsfunktion eingerichtet werden soll – es sei denn, der Haushalt insgesamt hat wegen geringen Einkommens Anspruch auf Ausgleichszahlungen.

Tabelle 1: Umverteilungsdimensionen in der GKV und in Kopfprämienmodellen

	Einkommen	Kinder	Ehepartner	Risiko	Alter	Geschlecht
Status Quo	+	+	+	+	+	+
Rürup et al.	-	+	-	+	+	+
Knappe et al.	-	-	-	+	+	+
Zweifel et al.	-	-	-	-	-	-
Henke et al.	-	+	-	+	-	+
Herzog-Kommission	-	+	-	+	-	+
CDU	-	-	-	+	-	+
Rürup/Wille	-	-	-	+	+	+
BDA	-	+	-	+	+	+
FDP	-	-	-	-	-	-
Fritzsche	+	+	-	+	+	+
CDU/CSU	+	+	-	+	+	+
SVR	-	+	-	+	+	+

Quelle: eigene Darstellung.

Unterschiede gibt es in den Modellen bei der Beitragspflicht von Kindern. In sieben der Modelle sind Kinder weiterhin beitragsfrei mitversichert, in fünf Modellen ist dies nicht der

Fall.⁴⁷ Fast allen Modellen – mit Ausnahme der Modelle 3 und 9 in denen risikoabhängige Prämien als Regelfall gefordert werden – ist gemeinsam, dass die Umverteilung von guten zu schlechten Risiken ebenso in der GKV verbleiben soll wie die Umverteilung von Frauen zu Männern. Die Modelle unterscheiden sich jedoch sehr darin, wie die Umverteilung von jungen Versicherten zu alten Versicherten zukünftig geregelt werden soll. Alle Modelle, die auf die Bildung von Alterungsrückstellungen setzen, entfernen dieses Umverteilungselement aus der GKV, weil zumindest im Endzustand dieser Modelle ältere Versicherte wegen des gebildeten Kapitalstocks nicht auf die Umverteilung zu Lasten von Jüngeren angewiesen sind.⁴⁸ Modelle auf der Basis von risikoabhängigen Prämien ohne Kapitalbildung kalkulieren kohortenspezifische Prämien, so dass die Prämien im Alter ansteigen und auch hier keine Umverteilung zu Lasten der jüngeren Generation stattfindet.

⁴⁷ Kinder sind auch dann nicht beitragsfrei mitversichert, wenn sie zwar selbst keine Prämie zahlen müssen, diese aber durch eine dritte Seite – etwa durch die Kindergeldstelle – getragen wird.

⁴⁸ Allerdings zeigt die Realität der privaten Krankenversicherung, dass die als lebenslang konstant kalkulierten Prämien wegen des medizinisch-technischen Fortschritts, wegen Preissteigerungen und wegen einer steigenden Lebenserwartung nicht konstant gehalten werden können. Bei der Anpassung der Prämienkalkulation hängt es von der Ausgestaltung ab, ob sie von den jeweiligen Kohorten finanziert werden, oder ob es hierbei auch zu Umverteilungen von Jung zu Alt (im Querschnitt) sowie zwischen den Kohorten kommt.

3 Bewertung der Modelle zur Finanzierung der GKV durch Kopfprämien

Aus der Beschreibung der Kopfprämienmodelle im vorigen Abschnitt lässt sich eine Reihe von – postulierten – Vorteilen dieser Modelle ableiten. In Tabelle 2 wird ausgewiesen, auf welche Vorteile die Protagonisten der jeweiligen Modelle jeweils explizit verweisen.

Tabelle 2: Postulierte Vorteile der Kopfprämienmodelle

	Höhere Nachhaltigkeit der Finanzierung	Höhere Beschäftigung	Mehr Verteilungsgerechtigkeit	Höhere Effizienz des Krankenversicherungsmarktes	Abfederung des demographischen Risikos	Gleiche Wettbewerbsbedingungen für PKV und GKV	Wegfall bzw. Reduktion des RSA
Modell 1: Rürup et al.	+	+	+	+	-	-	+
Modell 2: Knappe/Arnold	+	+	+	+	-	+	+
Modell 3: Zweifel/Breuer	-	-	+	+	-	+	+
Modell 4: Henke et al.	-	+	+	+	+	+	-
Modell 5: Herzog-Kommission	-	-	-	-	+	-	-
Modell 6: CDU	-	+	+	-	+	-	-
Modell 7: Rürup/Wille	+	+	+	-	-	-	+
Modell 8: BDA	-	+	+	-	-	-	-
Modell 9: FDP	-	+	-	+	+	-	-
Modell 10: Fritzsche	-	+	+	-	-	-	-
Modell 11: CDU/CSU	-	+	-	+	-	-	+
Modell 12: SVR Wirtschaft	+	+	+	+	-	+	-

Quelle: eigene Darstellung.

In fast allen Modellen wird die Ablösung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten in den Mittelpunkt gestellt. Als Folge wäre erstens die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltiger als in der derzeitigen GKV. Zweitens ergäben sich positive Beschäftigungseffekte. Eine Mehrheit der Modelle betont darüber hinaus die höhere Verteilungsgerechtigkeit, die durch einen steuerfinanzierten Transfermechanismus im Vergleich zur

beitragsfinanzierten Umverteilung erreicht werden könne. Ein weiterer Vorteil von Kopfprämienmodellen bestünde in einem effizienteren Krankenversicherungsmarkt durch die verbesserte Preisfunktion von Kopfprämien. Nur ein Teil der Modelle verbindet Kopfprämien mit Kapitaldeckung. Die Vertreter dieser Modelle sehen vor allem die Abfederung des demografischen Wandels als Vorteil. Vier der hier betrachteten Modelle fordern darüber hinaus die Überwindung der Systemgrenzen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und postulieren demzufolge die Gleichbehandlung der gesamten Wohnbevölkerung als Vorteil ihrer Modellvarianten. Der Wegfall bzw. die verminderte Bedeutung des Risikostrukturausgleichs wurde vor allem in den historisch ersten Varianten von Kopfprämienmodellen als Vorteil gesehen.

Die nachstehende Bewertung der Modelle erfolgt jeweils in zwei Schritten: Im ersten Schritt wird analysiert, ob die von den Protagonisten der Modelle behaupteten Vorteile der Modelle einer kritischen Betrachtung standhalten. Im zweiten Schritt werden – wo dies möglich und sinnvoll ist – funktionale Äquivalente identifiziert, die Defizite der einkommensabhängigen GKV-Finanzierung im Rahmen des bestehenden Systems beseitigen können.

3.1 Höhere Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung durch Kopfprämien?

Ein wesentlicher Vorteil der Umstellung der GKV-Finanzierung auf einkommensunabhängige Prämien besteht nach Aussage der oben beschriebenen Modelle in der Ablösung der GKV-Finanzierung von den Arbeitskosten. Folge wären nicht nur positive Beschäftigungswirkungen (vgl. Abschnitt 3.2), sondern auch eine höhere „Nachhaltigkeit“ der GKV-Finanzierung (vgl. insbesondere Modelle 1, 2, 7 und 12). Das letztgenannte Argument wird vor allem folgendermaßen begründet:

- Zur Finanzierung ihrer Kopfprämien verwenden Versicherte ihr gesamtes Einkommen und nicht nur ihr Arbeitseinkommen. Dadurch werden etwaige Verschiebungen zwischen den Einkommensarten – wie z.B. ein sinkender Anteil an Einkommen aus unselbständiger Arbeit – für die GKV-Finanzierung irrelevant.
- Für die steuerfinanzierten Ausgleichszahlungen würden alle steuerpflichtigen Einnahmen herangezogen. Auch die Finanzierung des sozialen Ausgleichs wird damit auf eine breitere Basis gestellt

- Ein steigender Anteil von Rentnerinnen und Rentnern führe nicht automatisch zu Einnahmeverlusten für die gesetzliche Krankenversicherung.

Bewertung

Es ist unstrittig, dass die GKV ein Einnahmeproblem hat. Einerseits steigen die Gesundheitsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung regelmäßig mindestens so stark wie das Bruttoinlandsprodukt. Andererseits wurde das Wachstum auf der Einnahmenseite in der Vergangenheit nicht nur durch im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt unterproportionale Zuwächse der Erwerbseinkommen (sinkende Lohnquote) sowie zurückgehende beitragspflichtige Erwerbstätigkeit begrenzt. Auch die staatlich induzierten „Verschiebepbahnhöfe“ zu Gunsten anderer Sozialversicherungsträger haben die Einnahmeseite der GKV geschwächt. Folge dieser Entwicklung sind kontinuierlich steigende Beitragssätze in der GKV. Insofern ist der Problemdiagnose zuzustimmen.

Zutreffend ist auch, dass mit dem Umstieg auf Kopfpauschalen automatisch *alle Einkommensarten* zur GKV-Finanzierung herangezogen werden. Je nach Ausgestaltung seiner Finanzierung gilt das grundsätzlich auch für den sozialen Ausgleich. Allerdings überzeugt das zunächst bei einer statischen Betrachtung. Schon der Begriff der Nachhaltigkeit verweist aber auf eine dynamische Sichtweise. Im Zeitverlauf werden die Gesundheitsausgaben steigen und damit auch die Gesundheitsprämie – schließlich sind Kosten treibende Faktoren wie der medizinisch-technischer Fortschritt von der Umstellung der Finanzierung vollkommen unberührt. Mit steigenden Kopfprämien wächst aber auch der Anteil der Bevölkerung, der berechtigt ist, den sozialen Ausgleich in Anspruch zu nehmen⁴⁹ und damit der Transferbedarf. Hierfür ist aber in keinem der Modelle Vorsorge getroffen. Jeweils beruht das ermittelte Transfervolumen auf einer aktuellen Momentaufnahme der Kosten. Insbesondere die Modelle, die den Transfer durch die Steuereinnahmen finanzieren wollen, die durch die steuerpflichtige Auszahlung des festgeschriebenen Arbeitgeberanteils generiert werden, haben keinerlei Vorsorge für ein *steigendes Transfervolumen* getroffen. Aber auch selbst der Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung hat lediglich Vorschläge vorgelegt, um das aktuelle Transfervolumen durch eine Steuererhöhung zu finanzieren. Steigen dagegen die Kopfprämien und erhöht sich dadurch der Transferbedarf, stellt sich jedes Jahr aufs Neue die Frage, wie weitere Einnahmen zur Finanzierung dieses Transfers generiert werden können. In Reaktion hierauf sind ad hoc Maßnahmen entweder zur Leistungskürzung (um so den Anstieg der

Kopfpauschalen zu begrenzen), zur Erschließung weiterer Einkommensquellen oder (um bei steigenden Kopfprämien den Transferbedarf zu stabilisieren) zur Begrenzung des sozialen Ausgleichs zu erwarten.

Dabei erscheint die letzte Option die wahrscheinlichste zu sein. So können Anspruchsberechtigungen in steuerfinanzierten Sozialsystemen im Grundsatz leichter gekürzt werden können als in beitragsfinanzierten Sozialsystemen.⁵⁰ Dies gilt besonders in Konjunkturphasen schwachen Wachstums – wenn die Steuereinnahmen besonders niedrig und die Notwendigkeit zur Umverteilung an Bedürftige besonders hoch ist. Ein Haushaltsposten „Subventionierung von Kopfprämien“ müsste im Bundeshaushalt mit allen anderen Haushaltsposten konkurrieren. Es besteht eine hohe und ernstzunehmende Gefahr, dass sich die Höhe dieses Haushaltspostens und daraus abgeleitet der Transferanspruch der Bedürftigen nicht aus dem wie auch immer definierten „Bedarf der Bedürftigen“ sondern aus den Konsolidierungsanforderungen des Bundeshaushalts ableitet. Diese Entwicklung ist besonders dann nicht unwahrscheinlich, wenn auch der Konsolidierungsbedarf des Bundeshaushalts besonders hoch ist – in Konjunkturphasen schwachen bis stagnierenden Wirtschaftswachstums.⁵¹ Insoweit die vorgestellten Modelle auf die Problematik steigender Gesundheitskosten keine Antwort bieten, können sie deshalb sicherlich nicht als „nachhaltig“ bezeichnet werden.

Nicht zwingend ist auch das Argument, dass in einem einkommensunabhängig finanzierten System ein *steigender Anteil von Rentnerinnen und Rentnern* zu einer positiveren Einnahmentwicklung führt als im derzeitigen System. Die Effekte einer steigenden Rentnerzahl in der einkommensabhängigen Finanzierung hängen nämlich von der Arbeitsmarktentwicklung ab: Führt die Verrentung eines Beschäftigten dazu, dass sein Arbeitsplatz wegfällt, sinken die GKV-Einnahmen nämlich regelmäßig dann, wenn – und das ist der Regelfall – die beitragspflichtigen Renteneinnahmen niedriger sind als das beitragspflichtige Erwerbseinkommen. Wird der „verwaiste“ Arbeitsplatz des „Neurentners“ dagegen durch einen Arbeitslosen bzw. sogar einen Arbeitnehmer aus der stillen Reserve wiederbesetzt, verbessert sich die Einnah-

⁴⁹ Ein derartiger Effekt konnte in den letzten Jahren in der Schweiz beobachtet werden.

⁵⁰ Rürup/Wille verweisen allerdings mit Recht darauf, dass auch die beitragsfinanzierte GKV nicht immun gegen Interventionen des Gesetzgebers ist – zum Beispiel durch Interventionen zu Gunsten anderer Sozialversicherungsträger.

⁵¹ Diese Gefahr wird etwa durch die Forderung des Bundesfinanzministers Eichel treffend illustriert, den Bundeszuschuss zur Gesetzlichen Rentenversicherung einzufrieren: „Der Bundeszuschuss ist in den letzten Jahren mit einer Dynamik gewachsen – das kann so nicht weitergehen“ (Süddeutsche Zeitung vom 30.5.2003, S. 23).

mesituation der GKV sogar. So ist es zutreffend, dass Verschiebungen zwischen den Statusgruppen der Beschäftigten, Rentner, Arbeitslosen und beitragsfreien Mitversicherten in einer mit einkommensbezogenen Beiträgen finanzierten GKV zu Einnahmeeffekten führen. Allein aus einer zunehmenden Rentnerzahl kann aber nicht geschlossen werden, dass dies zu Einnahmeverlusten führt, da das zahlenmäßige Verhältnis der drei anderen Gruppen von der Verrentung nicht unberührt bleibt. Insofern führt ein steigender Anteil von Rentnern nicht zwingend zu Einnahmeausfällen in der einkommensabhängig finanzierten GKV.

Alternativen

Die Nachhaltigkeit der Finanzierung der einkommensabhängigen Beitragserhebung kann auch innerhalb des derzeitigen Systems erhöht werden. Eine Umstellung auf einkommensunabhängig kalkulierte Kopfprämien ist dazu weder notwendig noch hinreichend. Mögliche Maßnahmen wären insbesondere die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage durch Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht und ein „negatives Ehegattensplitting“ bei Personen mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (siehe Abschnitt 3.3). Die Beitragserhebung könnte bei Verbreiterung der Bemessungsgrundlage im Auftrag der Krankenkassen durch die Finanzämter erfolgen. Ein solches Verfahren wäre zwar mit zusätzlichen Verwaltungskosten verbunden, die aber nicht höher sein dürften als bei der Einrichtung und Durchführung eines steuerfinanzierten Transfermechanismus. Mittel- und langfristig könnte die Nachhaltigkeit der Einnahmen für die GKV zudem durch die Anhebung bzw. im Extrem Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze erhöht werden, durch die ein proportionaler Einkommenssteuertarif in der Beitragsfinanzierung nachgebildet würde. Auch eine Verbreiterung der Basis der versicherungspflichtigen Personen würde mit hoher Wahrscheinlichkeit zu verstetigten Einnahmen für die GKV führen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass gegenwärtig aufgrund der Quersubventionierung von PKV-Patienten zu GKV-Patienten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Nettoeffekt einer solchen Maßnahmen schwer zu quantifizieren ist (Greß/Wasem 2001).

3.2 Mehr Beschäftigung durch Kopfprämien?

Der wohl wichtigste Vorteil der Umstellung der GKV-Finanzierung auf einkommensunabhängige Kopfprämien liegt nach Aussage fast aller Modelle in der Trennung von Arbeits- und Gesundheitskosten und der daraus resultierenden steigenden Beschäftigung. Die Beschäftigungswirkungen sollen einerseits daraus entstehen, dass die Entkopplung von Lohn und Gesundheitskosten die Löhne reduziert und dies zu einer – im Vergleich zum Status quo – hö-

heren Arbeitsnachfrage der Unternehmer führt, entweder durch den Verzicht von Arbeitsplatzabbau oder durch die Schaffung neuer Arbeitsplätze. Andererseits sollen für die Arbeitnehmer die Anreize erhöht werden, die eigene Arbeitskraft (verstärkt) anzubieten, es soll also die Bereitschaft zur Erwerbsarbeit zunehmen. Die Effekte auf beiden Seiten des Arbeitsmarktes sollen im Folgenden untersucht werden.

3.2.1 Auswirkungen auf die Arbeitsnachfrage

Bewertung

Für die Bewertung ist zwischen einer statischen und einer dynamischen Perspektive zu unterscheiden. In der *statischen Perspektive* ist es für die Arbeitgeber unerheblich, ob sie ihren „Arbeitgeberanteil“ an die Krankenkassen abführen oder an die Beschäftigten auszahlen. Lohnnebenkosten sind als Bestandteil der Gesamtlohnkosten anzusehen. Durch die – in der Mehrzahl der Modelle vorgesehene – Auszahlung des Arbeitgeberanteils bleiben die Gesamtlohnkosten somit *ceteris paribus* zunächst unverändert, Arbeitsmarkteffekte gehen hiervon nicht aus.⁵²

Aus der *dynamischen Perspektive* ist zu fragen, inwieweit die Umstellung auf Kopfprämien langfristig zu – verglichen mit dem Status quo – geringeren Arbeitskosten führt. Dies ist von der zukünftigen Ausgabenentwicklung der GKV, den Modalitäten zur Auszahlung des Arbeitgeberanteils und dem Zusammenhang von Gesundheitskosten und Lohnfindung abhängig. Zu untersuchen ist hierbei wie die Arbeitgeberkosten auf i) autonome Lohnerhöhungen, ii) steigende Gesundheitskosten und iii) eine Kombination aus beiden reagiert.

Was passiert also, wenn die Tarifparteien – *ceteris paribus* – eine *Lohnerhöhung* von x% vereinbaren? Bei gegebenem Beitragssatz würde der Arbeitgeberanteil im derzeitigen System einkommensbezogener Beiträge absolut wachsen und zwar im Umfang der Lohnerhöhung

⁵² Allerdings kann gefragt werden, ob es tatsächlich zu einer Auszahlung des Arbeitgeberanteils kommt. Bei kurzfristiger Betrachtung stellt sich die Frage, auf welche Weise sichergestellt werden kann, dass alle Arbeitgeber die Auszahlung auch tatsächlich vornehmen. Das ließe sich aber über eine gesetzliche Regelung sicherstellen (vgl. Rürup/Wille 2004). Mittel- bis langfristig würden Arbeitgeber womöglich versuchen, auf Auszahlung des Arbeitgeberanteils zumindest teilweise zu verzichten, was eine Reduzierung des Gesamtlohns implizieren würde. Erfahrungen aus den Niederlanden sprechen allerdings eher für eine reibungslose Auszahlung. 1990 wurden dort die Arbeitgeberbeiträge zur Alterssicherung auf die Arbeitnehmer übergeleitet, ohne dass sich dadurch nennenswerte Veränderungen in der Lohnhöhe ergeben haben (Fritzsche 2004: 63).

gen.⁵³ Nach Einführung der Kopfprämie wäre der Arbeitgeberanteil dagegen ausgezahlt und die Lohnerhöhung würde nicht zu Mehreinnahmen der GKV führen. Allerdings würde sich eine Lohnerhöhung nun ebenfalls auf den ausgezahlten Arbeitgeberanteil beziehen, der dann expliziter Lohnbestandteil ist. Im Ergebnis wäre die Steigerung der Arbeitskosten in beiden Fällen absolut gleich.⁵⁴ Bei einer Kopfprämienfinanzierung führen steigende Löhne also zwar nicht zu Mehreinnahmen der GKV. Die Arbeitskosten bleiben davon aber unberührt. Die Lohnerhöhung von x% führt sowohl im Kopfprämienmodell als auch im Modell einkommensbezogener Beiträge zu einer Erhöhung der Arbeitskosten um x%. Allerdings fließen der GKV im herkömmlichen System aufgrund der Lohnerhöhung bei konstantem Beitragssatz zusätzliche Mittel zu, die im Modell der Kopfprämien nicht fließen. Implizit wird damit unterstellt, dass die Gesundheitsausgaben sich den Mehreinnahmen anpassen. Wird umgekehrt unterstellt, dass die Gesundheitskosten (bei gegebenem Preisniveau der Gesundheitsgüter und -leistungen, bei gegebenem Leistungskatalog, gegebener Morbidität etc.) exogen sind, würde der Beitragssatz im herkömmlichen System aufgrund der steigenden Löhne sinken. Die Gesundheitsprämie wäre dann mit relativen Mehrkosten für die Arbeitgeber verbunden, da sich die Lohnerhöhung in diesem Modell auch auf die ausgezahlten Arbeitgeberanteile bezieht, während der Arbeitgeberanteil im herkömmlichen Finanzierungsmodell – wegen des sich anpassenden Beitragssatzes – konstant bliebe, von der Lohnerhöhung also nicht betroffen wäre. Eine autonome Lohnerhöhung führt somit zu einer gleichen Arbeitgeberbelastung in beiden Finanzierungsmodi, wenn ein konstanter GKV-Beitragssatz unterstellt wird, aber zu einer höheren Arbeitgeberbelastung im Prämienmodell, wenn von konstanten Gesundheitskosten und sich anpassenden Beitragssätzen im derzeitigen System ausgegangen wird.

Wie reagieren nun beide Systeme auf die *Erhöhung der Gesundheitskosten*? Im System einkommensbezogener Beiträge führt jede Steigerung der Gesundheitskosten – ceteris paribus, d.h. insbesondere bei konstanter Lohnhöhe – über steigende Beitragssätze zu einer entspre-

⁵³ Dies gilt streng genommen nur, wenn die Beitragsbemessungsgrenze ebenfalls exakt im Umfang der Lohnerhöhungen ansteigt. Das ist aufgrund der institutionellen Ausgestaltung aber nur ansatzweise gegeben (vgl. § 6 Abs. 6 SGB V).

⁵⁴ Dies soll an einem einfachen Rechenbeispiel illustriert werden: Im Ausgangszustand sei der (beitragspflichtige) Bruttolohn eines Arbeitnehmers 3000 € Zusätzlich muss ein Arbeitgeberanteil zur GKV von 7% entrichtet werden, so dass Arbeitgeberkosten von 3.210 € anfallen. Nach einer Lohnerhöhung von 2% (=60 €) steigt der Arbeitgeberbeitrag um 4,20 € (=7% von 60 €). Die gesamten Arbeitgeberkosten belaufen sich somit auf 3.274,20 € Wird der Arbeitgeberzuschuss im Ausgangszustand ausgezahlt und eine Kopfprämienfinanzierung eingeführt, beträgt der ausgezahlte Lohn nunmehr 3.210 € Die Lohnsteigerung von 2% bezieht sich nunmehr sowohl auf den „alten Bruttolohn“ von 3.000 € als auch auf den ausgezahlten Arbeit-

chenden Steigerung der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge. Allerdings stellt sich die Frage, inwieweit dieser Effekt bei der Lohnfindung bereits berücksichtigt ist. Wird etwa – wie dies in vielen Prognosemodelle geschieht – eine produktivitätsorientierte Entlohnung unterstellt, muss davon ausgegangen werden, dass jede implizite Lohnerhöhung durch einen steigenden Arbeitgeberbeitrag spätestens in der nächsten Tarifrunde⁵⁵ zu einer geringeren Lohnsteigerung geführt hat.

Im Kopfprämiensystem ist der Effekt auf die Gesamtlohnsumme insbesondere davon abhängig, inwieweit sich steigende Kopfprämien in der Lohnfindung niederschlagen. Anders als im derzeitigen einkommensabhängigen System führen steigende Gesundheitskosten im Kopfprämiensystem nicht automatisch zu impliziten Lohnerhöhungen in Form eines gestiegenen Arbeitgeberanteils. Im Extremfall müssten die Prämien erhöhungen ausschließlich von den Beschäftigten getragen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die aus einem Anstieg der Kopfprämien resultierenden Mehrbelastungen der Beschäftigten bei der Lohnfindung – sowohl durch die Tarifpartner als auch bei der nicht tarifgebundenen Vereinbarung von Arbeitsverträgen – berücksichtigt werden müssen. Anders ausgedrückt: dadurch, dass die Gesundheitskosten nunmehr nicht automatisch zu einer (impliziten) Lohnerhöhung führen, entstehen Spielräume für höhere Lohnvereinbarungen. Wird eine produktivitätsorientierte Entlohnung angenommen, führen beide Finanzierungsmodi daher zum gleichen Ergebnis, d.h. zu den gleichen Arbeitgeberkosten. Allerdings verschieben sich die Machtverhältnisse in den Verhandlungen. Im Fall einkommensabhängiger Beiträge führen Steigerungen der Gesundheitskosten zu einer impliziten Lohnerhöhung, die von den Arbeitgebern erst in der nächsten Verhandlungsrunde korrigiert werden kann. Im Gesundheitsprämienmodell ist es dagegen an den Arbeitnehmervertretern, die gewachsenen Spielräume in Lohnerhöhungen umzumünzen. Werden die vielfältigen Friktionen bei der Lohnbildung berücksichtigt, dürfte es damit in einer dynamischen Perspektive in einem System mit einkommensunabhängigen Kopfprämien *ceteris paribus* zumindest bei kurzfristiger Betrachtung womöglich zu geringeren Zuwächsen beim Gesamtlohn kommen als im Status Quo – allerdings muss das Ausmaß dieses Effektes dahingestellt bleiben. Werden steigenden Gesundheitskosten nicht vollständig in den Lohnverhandlungen berücksichtigt, führt dies aber weiterhin dazu, dass der Anteil der Versicherten, die berechtigt sind, (wegen Überforderung bei der Prämienzahlung) den sozialen

geberanteil von 210 € Sie beträgt 64,20 € (= 2% von 3.210 €). Die neuen Arbeitgeberkosten betragen damit auch im Fall der Kopfprämie 3.274,20 € also den genau identischen Betrag wie im Status quo.

Ausgleich in Anspruch zu nehmen, steigt. In Abhängigkeit von der Ausgestaltung der Finanzierung des sozialen Ausgleichs entstehen dadurch womöglich neue Belastungen für den Arbeitgeber.

Wie stellt sich die Entwicklung nun für den realistischen Fall *gleichzeitig steigender Gesundheitskosten und steigender Löhne* dar? Hierbei ist zu unterscheiden, ob die Steigerung der GKV-Ausgaben größer als die Steigerung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen. Ist dies der Fall resultieren im derzeitigen System steigende Beitragssätze. Eine Ausgabensteigerung, die hinter dem Lohnsummenwachstum zurückbleibt, führt dagegen zu sinkenden Beitragssätzen. Für den Fall *konstanter Beitragssätze*, der sich bei gleichen Steigerungsraten für die Lohnsumme und die GKV-Kosten ergibt, gilt das bereits eingangs Gesagte: Eine Erhöhung der Arbeitskosten beruht dann in beiden Systemen ausschließlich auf den Lohnerhöhungen und ist für eine Finanzierung über einkommensbezogene Beiträge oder Kopfpauschalen identisch. Bei einem *steigenden Beitragssatz* steigen die Arbeitskosten dagegen im System einkommensabhängiger Finanzierung stärker als im Kopfprämienystem. Umgekehrt führt ein *sinkender Beitragssatz* dazu, dass das herkömmliche System geringere Arbeitgeberkosten produziert als ein Kopfprämienystem – trotz absolut steigender Gesundheitskosten.⁵⁶

In Anhang 2 werden diese Effekte an einem Rechenbeispiel demonstriert.

Von entscheidender Bedeutung für die Frage, ob der Umstieg auf Kopfprämien überhaupt zu einer Verringerung der Arbeitskosten führen kann, ist damit die im herkömmlichen System zu erwartende *Beitragssatzentwicklung*. Tatsächlich waren die letzten Jahrzehnte von steigenden Beitragssätzen geprägt, wobei diese Beitragssatzsteigerungen allerdings insbesondere durch ein im Vergleich zur allgemeinen Wirtschaftsentwicklung (gemessen am Wachstum des Bruttoinlandsprodukts) unterdurchschnittliches Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen bedingt waren. Gelänge es dagegen durch eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage im derzeitigen System (Einbeziehung weiterer Einkommensarten, Ausdehnung der Versicherungspflicht auf weitere Bevölkerungskreise) das Verhältnis von beitragspflichtigen Einnahmen und Sozialprodukt zu stabilisieren und damit weitere Beitragssatzan-

⁵⁵ Werden rationale Erwartungen unterstellt, wird die zu erwartende Gesundheitskostensteigerung bereits beim Lohnabschluss zu Beginn der Periode berücksichtigt.

⁵⁶ Dieser Effekt ist darauf zurückzuführen, dass die Arbeitgeberkosten im Prämienmodell nur von der Lohnsteigerung, im System einkommensbezogener Beiträge aber nur von der Kostensteigerung abhängen (vgl. Tabelle A2 und A4 im Anhang 2). Jede Lohnsteigerung führt im herkömmlichen System einkommensbezogener Beiträge bei sich autonom entwickelnden Gesundheitskosten nämlich zu einer entsprechendem Beitragssatzsenkung.

stiege zu verhindern, würde das derzeitige System auch im Zeitablauf nicht zu höheren Arbeitskosten führen als sie sich bei einer Umstellung auf Kopfprämien ergäben (vgl. Abschnitt 3.1).

Jenseits der Frage, ob die Umstellung auf Kopfprämien überhaupt zu einer Verringerung der Arbeitgeberkosten führt ist allerdings fraglich, ob es als Folge niedrigerer Lohnzuwächse tatsächlich zu einer nennenswerten Erhöhung der Arbeitsnachfrage kommen wird, ob also in nennenswertem Ausmaß neue Arbeitsplätze entstehen und bestehende gesichert würden. Die meisten Autoren der oben beschriebenen Kopfprämienmodelle verzichten inzwischen auf eine Quantifizierung der Beschäftigungseffekte und beschränken sich auf die Prognose, dass der Effekt auf das Arbeitsangebot ein positives Vorzeichen haben werde.

Alle vermuteten Arbeitsplatzeffekte beruhen darauf, dass die Arbeitskosten durch den Systemwechsel mittel- und langfristig im Vergleich zum Status Quo sinken, was aber – siehe oben – ebenfalls keineswegs sicher ist. Dass die Arbeitsnachfrage dadurch nennenswert erhöht wird, erscheint aber eher unplausibel: Eine Reduktion des GKV-Beitragssatzes von einem Beitragssatzpunkt führt zu einer Reduktion der Gesamtkosten eines Unternehmens der verarbeitenden Wirtschaft von unter 0,1 Prozent (Braun et al. 1998).⁵⁷ Die Arbeitskosten werden jedoch zum Umstellungszeitpunkt überhaupt nicht sinken und dynamisch gesehen wird die Steigerung der Belastung allenfalls marginal geringer ausfallen als im Status Quo. Die Veränderungen der Produktionskosten dürften damit selbst in der dynamischen Perspektive im vernachlässigbaren Promillebereich bewegen. Dafür, dass die Belastung der Arbeitgeber mit Gesundheitskosten keinen signifikanten Einfluss auf die Arbeitsnachfrage hat, sprechen auch die Ergebnisse eines jüngst veröffentlichten Gutachtens. Demnach war in der Vergangenheit kein Zusammenhang zwischen der branchenspezifischen Belastung mit Gesundheitskosten und branchenspezifischen Beschäftigungsentwicklung erkennbar (IGES/BASYS 2004).

Alternativen

Wie gesehen, ist keineswegs klar, welchen Effekt eine Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien auf die Arbeitsnachfrage, d.h. das Angebot von Arbeitsplätzen, hat. Jedenfalls wird mit dieser Umstellung aber die direkte Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung steigender Gesundheitskosten aufgehoben, da es einen „Arbeitgeberbeitrag“ dann nicht mehr

⁵⁷ Die Krankenversicherung macht rund 4 Prozent der Arbeitskosten der Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes aus. Die Arbeitskosten wiederum machen gut ein Viertel der Gesamtkosten aus. Der Anteil der Krankenversicherung an den Gesamtkosten liegt damit bei rund einem Prozent.

gibt. Aus Sicht der Autoren dieses Beitrags gibt es tatsächlich gute Gründe, die zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzierung vom Arbeitgeberbeitrag abzukoppeln. Dazu zählt neben der weiter unten diskutierten Verzerrung der Preissignale für den Konsumenten durch den Einfluss der Arbeitgeber vor allem die Chance, Gesundheitspolitik zukünftig nicht mehr nur auf reine Kostendämpfungspolitik zu reduzieren. Gesundheitspolitik wird – ob dies berechtigt ist oder nicht – solange von der Lohnnebenkostendebatte dominiert werden, bis zukünftige Steigerungen der Krankenkassenbeiträge nicht mehr von den Arbeitgebern getragen werden müssen.

Um dies zu gewährleisten, ist allerdings die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien *nicht* notwendig. Das *Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages* auf den derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatz erfüllt im Hinblick auf das Abkoppeln der GKV-Finanzierung vom Arbeitgeberbeitrag den gleichen Zweck wie Kopfprämien.⁵⁸ Auch die *Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages* ist im übrigen natürlich ohne den Übergang auf Kopfprämien auch im System einkommensabhängiger Beiträge realisierbar. Arbeitgeber verlieren in beiden Fällen auch das Interesse an der Beeinflussung von Kassenwahlentscheidungen ihrer Beschäftigten, und die Gesundheitspolitik erhält die Chance, ihre einseitige Fixierung auf Kostendämpfungspolitik zu verlassen.

3.2.2 Auswirkungen auf das Arbeitsangebot

Genauso unklar wie die Effekte der Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfpauschalen im Hinblick auf die Arbeitsnachfrage sind die Effekte auf das Arbeitsangebot. Zunächst ist in der Tat davon auszugehen, dass die einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeiträge des Status Quo – ebenso wie die Einkommenssteuer – einen „Abgabenkeil“ zwischen „brutto“ und „netto“ treiben und damit einen negativen Anreiz für die Aufnahme oder Ausdehnung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung darstellen – vor allem im Vergleich zu illegaler Beschäftigung („Schwarzarbeit“). Dieser negative Anreiz entfällt durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien, deren Höhe unabhängig von der Höhe des legal erwirt-

⁵⁸ Durch das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags werden die Gesundheitskosten von den Arbeitskosten abgekoppelt. Rürup/Wille argumentieren, dass bei einem prozentual fixierten Arbeitgeberbeitrag der Krankenkassenbeitrag aber immer noch proportional zum Lohn wachsen würde. Das ist zwar richtig, stellt sich aber im Prämienmodell nicht anders dar, da die ausgezahlten Arbeitgeberanteile dann ebenfalls in die Lohnerhöhung mit einbezogen werden (s.o.).

schafteten Einkommens im formellen Arbeitsmarkt ist. Insofern erhöht die Umstellung auf eine reine Kopfprämie die Arbeitsanreize.⁵⁹

Allerdings gilt dies zunächst nur für reine Kopfprämienmodelle. In allen diskutierten Gesundheitsprämienmodellen ist aber ein *steuerfinanzierter Umverteilungsmechanismus* vorgesehen, der wieder „discincentives to work“ in das System bringt.⁶⁰ Hierbei ist zunächst auf die *Finanzierung* dieser Transfers zu verweisen. Diese kann durch Kopfprämien (nur im Modell von Fritzsche vorgesehen), durch einen Beitrag (Modell 7, Rürup/Wille) oder durch Steuern erfolgen. Lediglich bei einer Finanzierung durch eine weitere Kopfprämie entsteht keine Zusatzlast, da hierbei nicht in das Preisgefüge eingegriffen wird. Eine Finanzierung über indirekte Steuern (insbesondere die Mehrwertsteuer) senkt den realen Stundenlohn und beeinflusst damit die Arbeits-Freizeit-Entscheidung, nicht aber das Ausmaß der Schwarzarbeit. Bei einer Finanzierung über die Einkommenssteuer oder durch einkommensbezogene Beiträge wird dagegen ein direkt ein neuer Keil zwischen brutto und netto getrieben und damit ein disincentive to work geschaffen.

Noch gravierender sind die disincentives to work auf *Seiten der Transferbezieher*. Jede Einkommenssteigerung führt für sie nämlich zu einer Reduktion des Transfers und beinhaltet ebenfalls einen Keil zwischen brutto und netto. Zur Berechnung des Gesamteffekts auf das Arbeitsangebot im Vergleich zum Status Quo muss daher zumindest nach der Einkommenssituation unterschieden werden. Hierzu können analytisch vier Fälle differenziert werden:

- a) Das Arbeitseinkommen liegt oberhalb der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze und das Gesamteinkommen liegt oberhalb der Grenze, bei der im Kopfprämienmodell Transfers zur Finanzierung der Gesundheitskopfprämie gewährt werden.

⁵⁹ In der ökonomischen Theorie werden derartige wohlfahrtsschädliche Zusatzlasten unter dem Stichwort „excess burden“ diskutiert. Diese Zusatzlasten entstehen bei einer Abgabenerhebung, die an bestimmten wirtschaftlichen Aktivitäten anknüpft und immer verzerrend in den Preismechanismus eingreift. Die Kopfsteuer bzw. Kopfprämie ist die einzige Form der Abgabenerhebung, bei der keine ökonomische Entscheidung verzerrt wird. Ansonsten gibt es Verzerrungen bei der Entscheidung zwischen Arbeit und Freizeit (Steuern vom Einkommen), bei der Entscheidung zwischen Sparen und Konsum (indirekte Steuern) sowie bei der Entscheidung über die Nachfragestruktur (Steuern auf spezielle Güter).

⁶⁰ Nun ist das Transfervolumen in allen Kopfprämienmodellen deutlich geringer als das Volumen der GKV-Einnahmen. Allerdings lässt sich letzteres analytisch in eine „Kopfpauschalenkomponente“ und eine „Umverteilungskomponente“ zerlegen. Nur die Umverteilungskomponente darf dem Transfervolumen in den Gesundheitsprämienmodellen gegenübergestellt werden. Ob diese dann größer oder kleiner ist, muss aber zunächst dahingestellt bleiben.

- b) Das Arbeitseinkommen liegt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze im derzeitigen System, das Gesamteinkommen aber unterhalb der Grenze, bis zu der Einkommens-transfers zur Finanzierung der Gesundheitskopfprämie gewährt werden.
- c) Das Arbeitseinkommen liegt unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze im derzeitigen System, das Gesamteinkommen aber oberhalb der Grenze, bis zu der Einkommens-transfers zur Finanzierung der Gesundheitskopfprämie gewährt werden.
- d) Das Arbeitseinkommen liegt unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze und das Gesamteinkommen liegt in dem Bereich, in dem noch Transfers zur Finanzierung der Gesundheitskopfprämie gezahlt werden.

Im Fall a) führt eine Ausdehnung der Erwerbstätigkeit im derzeitigen System zu einer marginalen Abgabenbelastung von Null – auf das zusätzliche Einkommen werden keine Beiträge gezahlt. Im Kopfprämiensystem sind dagegen Finanzierungsbeiträge zum Transfermechanismus zu leisten. Wird diese Finanzierung einkommensabhängig und ohne obere Grenze ausgestaltet – wie etwa in allen Modellen, die eine Finanzierung der Transfers über eine Einkommensteuer vorsehen – entsteht (nur) im Kopfprämiensystem ein „disincentive to work“. Zudem ist der effektive Grenzsteuersatz dadurch gestiegen, dass auch der Teil des Lohns besteuert wird, der bislang – als Arbeitgeberbeitrag – steuerfrei war.

Im Fall b) führt eine Ausdehnung der Erwerbstätigkeit im derzeitigen System nicht zu einer gesteigerten Beitragszahlung, wohl aber im Kopfprämiensystem zu entgangenen Transfers und damit zu „disincentives to work“. Allerdings ist diese Konstellation irrelevant, liegt die Einkommensgrenze, bis zu der Transfers bezogen werden können, doch in keinem der dargestellten Modellen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (vgl. Anhang 1).

Im Fall c) führt eine Ausdehnung der Erwerbstätigkeit im derzeitigen System zu einer gesteigerten Beitragszahlung und damit zu „disincentives to work“. Die marginale Belastung zusätzlichen Einkommens liegt knapp 1 Prozentpunkt unterhalb des Beitragssatzes, derzeit also bei rund 13%.⁶¹ Im Kopfprämiensystemmodell wird zusätzliches Einkommen – wie auch in Fall a) – nur insoweit mit Abgaben belastet, wie es zur Finanzierung des Transfers herangezogen wird.

⁶¹ Dies ist darauf zurückzuführen, dass nicht das gesamte Einkommen beitragspflichtig ist, sondern der Arbeitgeberanteil von der Steuer- und Beitragspflicht ausgenommen ist. So führt eine Ausdehnung der Arbeitszeit in einem Umfang von 100 € Bruttolohn bei einem GKV-Beitragssatz von 14% zu GKV-Beiträgen in Höhe von 14 €. Im Kopfprämiensystemmodell führt die gleiche Ausdehnung der Arbeitszeit wegen des ausgezahlten Arbeitgeberanteils aber zu einem zusätzlichen Bruttolohn von 107 €. Bezogen auf diesen Lohn, der

Wird hier die im Modell des Sachverständigenrates (Modell 12) enthaltene Variante eines proportionalen Tarifs als Referenz herangezogen, liegt eine solche Belastung im Bereich von 1-2%. Zudem ist die Steuerbemessungsgrundlage durch die steuerpflichtige Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags um rund 7% angestiegen. Bei einem fiktiven Grenzsteuersatz der Einkommenssteuer von 25-30% entspricht das einer weiteren Grenzbelastung von rund 2 Prozentpunkten. Insgesamt liegt die marginale Einkommensbelastung damit in einem Bereich von 3-4% und damit deutlich unter der Grenzbelastung von 13% im derzeitigen System. Für Beschäftigte in einem Einkommensbereich oberhalb der Transfergrenze und unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze führt der Umstieg auf ein Gesundheitsprämienmodell damit zu verstärkten Anreizen zur (legalen) Erwerbsarbeit.

Im gleichfalls empirisch relevanten Fall d) sind dagegen im Kopfprämienmodell in der Regel höhere disincentives to work zu verzeichnen als im derzeitigen System (vgl. hierzu auch die Abbildungen 1-10 sowie Anhang 1). Zusätzliches Einkommen führt hier dazu, dass in entsprechendem Umfang Transfers verloren gehen. Die marginale Belastungsrate liegt dabei in den meisten diskutierten Modellen im Bereich von 12-16%. Einen Ausreißer nach oben markiert etwa das Modell von Knappe/Arnold mit einer Marginalbelastung von 23%. Zusätzlich zu dieser Belastung muss allerdings die zusätzliche Steuerlast durch die erstmalige Besteuerung des Arbeitgeberbeitrags und die eigene Beteiligung an der Finanzierung des Transfers (etwa über eine Einkommenssteuererhöhung) berücksichtigt werden. Wird dies der Marginalbelastung hinzugerechnet, die durch den Verlust des Transfers entsteht, wird deutlich, dass die Grenzbelastung für diesen Personenkreis im Kopfprämienmodell höher liegt als im derzeitigen System, durch den Umstieg auf eine Kopfprämie somit disincentives to work geschaffen werden. Um den Umfang des betroffenen Personenkreises abschätzen zu können, ist ein Blick auf die Transfergrenze instruktiv. Diese liegt für Einpersonenhaushalte lediglich im Modell 8 bei gut 1.000 € in allen anderen Modellen aber bei mindestens 1.300 € bis hin zu Werten von über 3.000 €⁶² Für Mehrpersonenhaushalte liegen die Transfergrenzen deutlich. Abbildung 11 verdeutlicht dies für einen Zweipersonenhaushalt für Modell 1: Bei zwei Personen verdoppelt sich die Prämie auf 420 € Bei einer gegebenen Höchstbelastung des Haushaltseinkommens von 13,3% verdoppelt sich damit auch der Einkommensbereich, in dem Transfers ge-

allein für einen Vergleich der Systeme herangezogen werden kann, beläuft sich die marginale Abgabenbelastung somit auf $14/107 = 13,08\%$.

⁶² Dabei gehen niedrige Einkommensgrenzen regelmäßig mit einer hohen Marginalbelastung einher et vice versa. So liegt die Marginalbelastung in Modell 8 – noch ohne Berücksichtigung der zusätzlichen Besteuerung des Arbeitgeberbeitrags und der Finanzierung des sozialen Ausgleichs – bereits bei 16%.

zahlt werden, auf 3.160 € Es kann daher davon ausgegangen werden, dass ein relevanter Teil der Beschäftigten zur Gruppe d) gehört. Gerade wenn die Bekämpfung von Schwarzarbeit angesprochen ist, handelt es sich hierbei womöglich sogar um eine Hauptzielgruppe, für die die Arbeitsanreize aber nicht erhöht, sondern gesenkt werden.

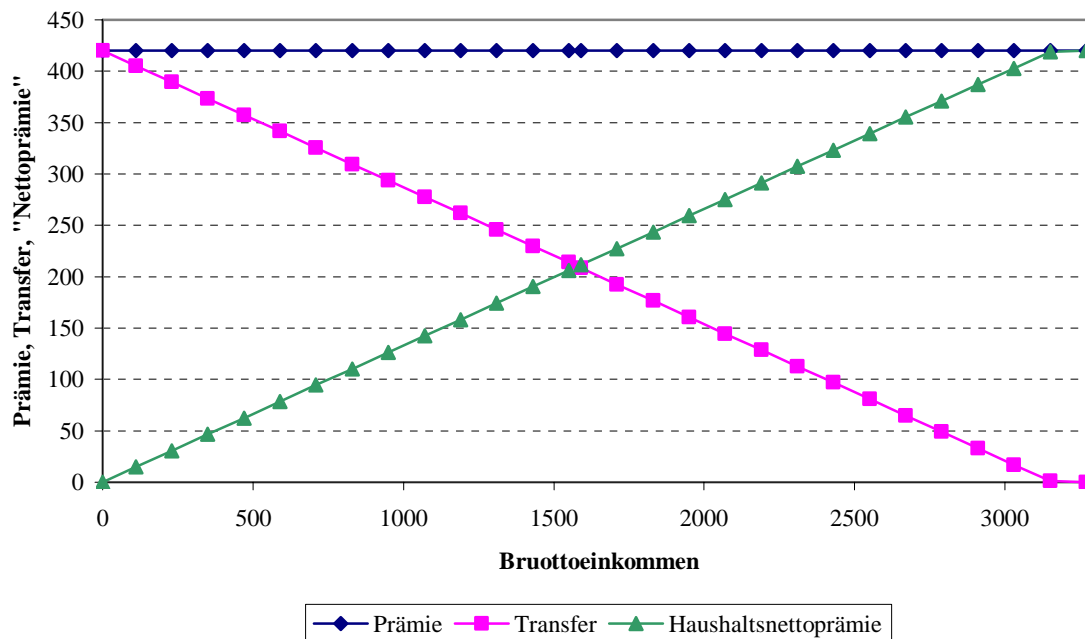


Abbildung 11: Prämie, Transfer und Nettoprämie für einen Zweipersonen-Haushalt in Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen im Modell von Rürup et al.

Um saldierende Aussagen über die Arbeitsmarktanreize, die von einer Umstellung auf Kopfprämien ausgehen, ableiten zu können, wäre daher eine empirische Analyse der Wirkungen des Systemwechsels auf die Arbeitsanreize verschiedener Bevölkerungsgruppen vorzunehmen. Eine solche Analyse wurde jedoch in keiner der vorgestellten Kopfprämienmodelle auch nur ansatzweise vorgenommen.

3.3 Mehr Verteilungsgerechtigkeit durch Kopfprämien?

Die Mehrzahl der in Abschnitt 2 vorgestellten Modelle postuliert als Vorteil von einkommenunabhängigen Kopfprämien, dass die Umverteilungsfunktion durch einen steuerfinanzierten Transfermechanismus zielgenauer erfolgen könne als innerhalb der GKV. Hierfür werden insbesondere vier Argumente genannt, auf die im Folgenden näher eingegangen wird: Erstens würden im Rahmen der Steuerfinanzierung im Gegensatz zur Beitragsfinanzierung sämtliche

Einkommensarten zur Finanzierung der Umverteilung herangezogen. Zweitens würde die Aufhebung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern zu mehr Verteilungsgerechtigkeit führen. Drittens erlaubt die Steuerfinanzierung die Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit, und viertens würde durch den Transfermechanismus sichergestellt, dass für Personen mit niedrigem Einkommen keine Zusatzbelastungen im Vergleich zum beitragsfinanzierten Status Quo entstünden.⁶³ Soweit kapitalgedeckte Systeme von Kopfprämien vertreten werden, wird zudem auf den Aspekte der größeren intergenerationellen Gerechtigkeit eingegangen.

3.3.1 Berücksichtigung sämtlicher Einkommensarten für die Umverteilung durch Steuerfinanzierung der Transfers

Bewertung

Im Grundsatz ist diesem Argument zuzustimmen. Im Status Quo ist erstens nicht die gesamte Bevölkerung in das gesetzliche Krankenversicherungssystem und damit auch in die Umverteilung einbezogen.⁶⁴ Zweitens ist mit dem Arbeitseinkommen nur ein Teil des gesamten Haushaltseinkommens beitragspflichtig. Damit kommt es sowohl zur Verletzung des Postulats der horizontalen Gerechtigkeit (Personen mit gleicher Leistungsfähigkeit sind gleich zu behandeln) als auch des Postulats der vertikalen Gerechtigkeit (Personen mit unterschiedlicher Leistungsfähigkeit sind ungleich zu behandeln, wobei die absolute Belastung mit der Leistungsfähigkeit steigen soll).

Theoretisch ist ein einkommensteuerfinanzierter Umverteilungsmechanismus zielgenauer, weil erstens sämtliche Einkommensarten zur der Berechnung der Einkommensteuerschuld herangezogen werden, und sich zweitens auch die privat Versicherten an der Umverteilung zu Gunsten niedriger Einkommen beteiligen müssen.

Entscheidend für die Bewertung dieses Arguments zu Gunsten von Kopfprämien ist jedoch, dass die steuerfinanzierte Umverteilung als weniger stetig einzuschätzen ist als die beitragsfinanzierte Umverteilung (vgl. Abschnitt 1) – vor allem in einer dynamischen Perspektive. Selbst wenn die notwendigen Mittel unter Umgehung des Nonaffektationsprinzips zweckge-

⁶³ Dies ist natürlich streng genommen kein Argument für Kopfprämien, sondern nur die Entgegnung auf den Vorwurf der Kopfpauschalengegner, die unteren Einkommen würden durch Kopfprämien belastet.

⁶⁴ Allerdings leisten die Privatversicherten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über höhere Preise eine Quersubventionierung zugunsten der gesetzlich Versicherten und der Nettoeffekt ist ungewiss (Greß/Wasem 2001).

bunden erhoben werden sollten⁶⁵ – was mit ausdrücklichen Regelungen im entsprechenden Steuergesetz zulässig wäre – ist unwahrscheinlich, dass der entsprechende Steuersatz auch mittel- und langfristig für die Steuerfinanzierung des Transfermechanismus ausreichen würde. In konjunkturell schwachen Phasen müssten dann entweder die Gesundheitssteuer erhöht oder der Kreis der Anspruchsberechtigten bzw. der Leistungskatalog reduziert werden. Die zweite Alternative ist als wesentlich wahrscheinlicher anzusehen. Als Konsequenz ist damit zu rechnen, dass die theoretisch hohe Zielgenauigkeit der steuerfinanzierten Umverteilungsfunktion in der Praxis nach und nach abnehmen wird.

Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der Finanzverflechtung in der deutschen Finanzverfassung die Steuermehreinnahmen durch die steuerpflichtige Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags anteilig Bund, Ländern und Kommunen zugehen, da die Einkommenssteuer eine Verbundsteuer ist. Inwieweit die Länder und Kommunen dann an der Finanzierung des Transfermechanismus beteiligt werden können, bleibt dagegen unklar. Hieraus ergeben sich erhebliche und noch nicht thematisierte Probleme des Finanzausgleichs zwischen den Gebietskörperschaften.⁶⁶

Alternative

Es wurde schon in Abschnitt 3.1 darauf hingewiesen, dass es auch im derzeitigen System möglich ist, die horizontale und vertikale Gerechtigkeit in der Mittelaufbringung des beitragsfinanzierten Umverteilungsmechanismus zu erhöhen – etwa durch Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht und die Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises⁶⁷ sowie die Anhebung bzw. Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze. Die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze würde allerdings zu sehr hohen absoluten Belastungen für hohe Einkommen führen. Wird dies als unerwünscht angesehen, ist jedoch auch ein deutlich verminderter Beitragssatz für Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze denkbar. Damit wäre sichergestellt, dass einerseits alle Einkommen in die Beitragspflicht einbezogen werden, andererseits könnte die Grenzbelastung hoher Einkommen aber auf ein

⁶⁵ Das Non-Affektationsprinzip besagt, dass alle Staatseinnahmen grundsätzlich zur Finanzierung aller Staatsausgaben zur Verfügung stehen, Zweckbindungen also unzulässig sind. Damit soll sichergestellt werden, dass die Finanzmittel entsprechend der aktuellen Präferenzen und Notwendigkeiten eingesetzt werden und dem Staat nicht – wie in einer Fondswirtschaft – die Hände gebunden sind und ihm die Möglichkeit zur Schwerpunktsetzung und zur Reaktion auf die aktuellen Rahmenbedingungen genommen sind.

⁶⁶ Dieses Problem würde gelöst, wenn – wie im Modell 7 – ein Zuschlag auf den Solidaritätszuschlag erhoben werden würde. Die Einnahmen aus dem Solidaritätszuschlag stehen ausschließlich dem Bund zu.

ähnliches Niveau reduziert werden, wie es sich auch bei einer Steuerfinanzierung des Transfers im Kopfprämienmodell ergibt.

3.3.2 *Aufhebung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern*

Bewertung

In der Tat kann die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten im Status Quo dazu führen, dass die Beitragsbelastung auch einkommensgleicher Haushalte mit gleicher Haushaltsgröße und -zusammensetzung in Abhängigkeit von der Verteilung der Einkommenserzielung zwischen den Haushaltsmitgliedern unterschiedlich ist. Diese Umverteilung im derzeitigen System ist normativ nicht zu rechtfertigen (vgl. Dräther/Rothgang 2004). Sämtliche in Abschnitt 2 beschriebenen Modelle sehen die daher Aufhebung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern vor. Ehepartner werden damit unabhängig vom Einkommen beitragspflichtig. Ausgleichszahlungen erfolgen nur, wenn die (einkommensabhängige) Belastungsgrenze überschritten wird. Damit wird die horizontale Ungleichbehandlung des derzeitigen Systems aufgehoben. Faktisch führt diese Regelung dazu, dass im Grundsatz in sämtlichen Kopfprämienmodellen Einverdienerhepaare mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze durch die Prämienzahlungen des bisher beitragsfrei mitversicherten Ehepartners im Vergleich zum Status Quo belastet werden, während Zweiverdienerhepaare – insbesondere solche mit einem Arbeitseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze – entlastet werden.⁶⁸

Alternative

Die mangelnde Zielgenauigkeit der Umverteilungsfunktion in der GKV im Hinblick auf die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten kann auch im bestehenden beitragsfinanzierten System durch ein „negatives Ehegattensplitting“ für Personen mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze optimiert werden. Dieses Verfahren wurde auch in Modell 5 für die zehnjährige Übergangszeit bis zur Einführung des Prämienmodells empfohlen. Im Splittingverfahren wären die Einkommen beider Ehepartner zu addieren und die Summe

⁶⁷ Allerdings wäre in diesem Falle der Fortfall der Quersubventionierung von der PKV in die GKV bei der Leistungsanspruchnahme zu berücksichtigen.

⁶⁸ Besonders transparent wird dieser Effekt bei den Berechnungen von Fritzsche. Bei allen anderen Modellen sind noch die Effekte der steuerfinanzierten Mittelaufbringung zu berücksichtigen. Im Grundsatz dürften die Belastung von Einverdienerhepaaren und die Entlastung von Zweiverdienerhepaaren allerdings bestehen bleiben.

durch zwei zu dividieren.⁶⁹ Die beiden resultierenden Einkommenshälften wären dann jeweils mit dem vollen Beitragssatz bis zur Beitragsbemessungsgrenze beitragspflichtig. Im Ergebnis wäre der zu zahlende Beitrag nur noch vom Haushaltseinkommen, nicht mehr aber von dessen Zusammensetzung abhängig. Um jede womöglich verfassungswidrige Benachteiligung von Ehepaaren im Vergleich zu nicht verheirateten Paaren zu vermeiden (vgl. etwa Rürup/Wille)⁷⁰, müsste die Beitragsbemessungsgrenze für Singles dazu allerdings verdoppelt werden (Dräther/Rothgang 2004).

3.3.3 Berücksichtigung individueller Leistungsfähigkeit

Im Einkommensteuerrecht werden die individuellen Lebensumstände bei der Ermittlung der Steuerschuld berücksichtigt. Darin unterscheidet sich das Einkommenssteuerrecht beispielsweise vom Beitragsrecht in der GKV. Insoweit die Transfers in den Kopfprämienmodellen über die Einkommensteuer finanziert werden, ist diesem Argument daher im Grundsatz zuzustimmen.⁷¹ Allerdings gilt das eben nur, falls der soziale Ausgleich ausschließlich über die Einkommenssteuer und nicht auch über indirekte Steuern finanziert werden soll. Dies ist allerdings nur in Modell 7, Variante A und in Modell 11, Variante A und B vorgesehen. Wird lediglich eine „Steuerfinanzierung“ vorgesehen, ist daher von einer Mischfinanzierung auszugehen, die auch indirektes Steuern einschließt, bei denen individuelle Lebensumstände eben nicht berücksichtigt werden.

3.3.4 Zusatzbelastungen für untere Einkommen

Da die Effekte eines Wegfalls der beitragsfreien Mitversicherung bereits in Abschnitt 3.3.2 behandelt wurden, beschränkt sich die nachfolgende Darstellung auf den Fall des Einpersonenhaushaltes. Ein reines Kopfprämienmodell führt dabei – im Vergleich zum Status quo – zu einer deutlich höheren Belastung unterer Einkommen. Kritiker der Kopfprämien haben daher

⁶⁹ Alternativ können auch die Einkommensanteile des einen Partners, die oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, auf den anderen Partner übertragen werden, was womöglich administrative Vorteile hat.

⁷⁰ Allerdings erlaubt das Bundesverfassungsgericht in seiner neuesten Rechtsprechung die punktuelle Benachteiligung von Ehepaaren, wenn diese insgesamt – unter Berücksichtigung aller Regelungen – nicht benachteiligt werden (Entscheidung vom 12.2.2003, 1 BvR 624/01). Allerdings würde ein Splitting ohne Verdoppelung der Beitragsbemessungsgrenze für Singles Ehepaare mit bestimmten Einkommenskonstellationen in einem Maße benachteiligen, das sie sich insgesamt ohne Heirat besser stünden. Ob dies vom Verfassungsgericht toleriert würde, kann bezweifelt werden.

⁷¹ Nicht thematisiert werden soll an dieser Stelle, inwieweit der Versuch, im Einkommensteuerrecht die individuellen Lebensumstände zu berücksichtigen, eine Komplexität der Einkommensteuer heraufbeschworen

immer auf diese „unsoziale“ Wirkung der Kopfprämien hingewiesen. Befürworter haben dagegen auf den parallel zu entwickelnden Transfermechanismus verwiesen, der genau diese Wirkung verhindern solle. Ein wesentliches „Verkaufargument“ für die Umstellung der GKV-Finanzierung auf einkommensunabhängige Kopfprämien liegt somit darin, dass niedrige Einkommen durch die steuerfinanzierten Ausgleichszahlungen im Vergleich zum Status Quo per saldo *nicht* zusätzlich belastet werden. Inwieweit dies zutrifft, ist allerdings ganz wesentlich von folgenden Ausgestaltungsmerkmalen der Modelle abhängig:

- *Umfang des Leistungskatalogs:* Ceteris paribus führt ein im Vergleich zum Status Quo kleiner Leistungskatalog dazu, dass Versicherte mit niedrigem Einkommen zusätzlich belastet werden. So geht etwa das Modell 8 von einem nachhaltig reduzierten Leistungskatalog aus. Die gestrichenen Leistungen müssten dann auch Versicherte mit einem niedrigen Einkommen entweder selbst bezahlen oder im Rahmen privater Zusatzversicherungen zu risikoadäquaten Prämien ohne staatliche Umverteilung zu ihren Gunsten selbst auf dem Privatversicherungsmarkt versichern.
- *Zumutbare Belastung:* Die zumutbare Belastung wird in den beschriebenen Modellen in der Regel als Prozentsatz des Einkommens definiert. Vergleichsmaßstab ist die derzeitige Belastung in der beitragsfinanzierten GKV. Diese liegt knapp ein Prozentpunkt unterhalb des durchschnittlichen Beitragssatzes der GKV, weil der Arbeitgeberanteil nicht beitragspflichtig ist und damit nur gut 93% des Gesamtlohns verarbeitet werden (s.o.). Liegt die zumutbare Belastung oberhalb dieses Prozentsatzes, kommt es ceteris paribus bereits bei der reinen Beitragszahlung zu einer zusätzlichen Belastung von Versicherten mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status Quo.
- *Steuerpflicht des ausgezahlten Arbeitgeberanteils:* Wird der Arbeitgeberanteil steuerpflichtig ausgezahlt, finanzieren die Versicherten mit einem niedrigen Einkommen die ihnen zufließenden Transferzahlungen teilweise mit. Die zumutbare Belastung müsste damit in diesem Fall ceteris paribus unterhalb der derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatzes liegen, damit Versicherte mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status Quo nicht zusätzlich belastet werden. Liegt die Zumutbarkeitsgrenze dagegen in Höhe der derzeitigen Belastung (also bei rund 13%), erfolgt eine Mehrbelastung der unteren Einkommen.

hat, die zunehmend wegen ihrer Intransparenz und dem mit Steuererklärungen verbundenen Aufwand beklagt wird.

- *Definition des Einkommens:* Im Status Quo zahlen alle Versicherten Beiträge ausschließlich auf das Arbeitseinkommen. In den Kopfprämienmodellen wird als Berechnungsgrundlage für die Anspruchsberechtigung auf Transferzahlungen in der Regel ein erweiterter Einkommensbegriff zugrunde gelegt, in dem etwa auch Einkünfte aus Kapitalvermögen berücksichtigt werden. Ceteris paribus führt ein erweiterter Einkommensbegriff allerdings zu einer Mehrbelastung aller Versicherten, auch der mit niedrigem Arbeitseinkommen im Vergleich zum Status Quo. Dies wird insbesondere für Rentner gelten, die Einkünfte aus Kapitalvermögen erzielen (vgl. etwa die Berechnungen von Fritzsche).
- *Finanzierung des Transfermechanismus:* Die Finanzierung des Transfermechanismus erfolgt in den meisten Modellen aus Steuern (mit Ausnahme einer Variante des Modells 7 bzw. des Modells 10 und des Modells 11). Kann der Transfermechanismus nicht zu Lasten anderer Haushaltsposten ohne Steuererhöhung finanziert werden – wovon auszugehen ist – finanzieren auch Versicherte mit niedrigem Einkommen ihre Ausgleichzahlungen über ihre Steuern zumindest teilweise mit. Die zumutbare Belastung müsste damit auch in diesem Fall ceteris paribus unterhalb des derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatzes liegen, damit Versicherte mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status Quo nicht zusätzlich belastet werden – insbesondere wenn die Finanzierung über eine Erhöhung der Mehrwertsteuer erfolgen soll (wie etwa aus Gründen der Allokationseffizienz in Modell 12 gefordert).

Auf der Grundlage dieser fünf zentralen Merkmale lassen sich die Be- und Entlastungswirkungen für Versicherte mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status Quo nur für einige der Modelle grob abschätzen – es mangelt den meisten Modellen an einer hinreichend genauen Spezifizierung der oben genannten Parameter. Am transparentesten in dieser Hinsicht sind die Modelle 7, 10 und 12. Modell 7 sieht zwar einen reduzierten Leistungskatalog vor, berücksichtigt bei der zumutbaren Belastung aber auch die Belastungen für die ausgeschlossenen Leistungen. Die Belastungsgrenze liegt zwar deutlich unter dem derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatz, allerdings werden auch weitere Einkommensarten zur Prüfung der Anspruchsberechtigung herangezogen und der Arbeitgeberanteil steuerpflichtig ausgezahlt. Versicherte mit niedrigem Einkommen müssen den Transfer über Steuererhöhungen bzw. Beitragsaufschläge mitfinanzieren. Eine Erhöhung der Mehrwertsteuer würde Versicherte mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status Quo stärker belasten – eine Finanzierung über die Erhöhung des Solidarbeitrags würde die Umverteilung zu Lasten hoher Einkommen

erhöhen. Insofern ist nicht zuverlässig abzuschätzen, ob dieses Modell im Vergleich zum Status Quo tatsächlich belastungsneutral für Versicherte mit niedrigem Einkommen ist.

Modell 10 sieht zwei Varianten des (beitragsfinanzierten) Ausgleichs vor. In der Grundvariante werden auch Versicherte mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status Quo zusätzlich belastet. Zwar wird der Arbeitgeberanteil steuerfrei ausgezahlt, der Leistungskatalog beibehalten und die „Umverteilungskomponente“ des Beitrags bei der Berechnung der zumutbaren Belastung berücksichtigt. Allerdings liegt die Belastungsgrenze deutlich oberhalb des derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatzes und es werden zusätzliche Einkommensarten für Anspruchsberechtigung berücksichtigt.

Modell 12 sieht einen reduzierten Leistungskatalog aber eine gleichfalls reduzierte Belastungsgrenze vor – allerdings auf Basis eines erweiterten Einkommensbegriffs. Der Arbeitgeberanteil wird steuerpflichtig ausgezahlt. Die Autoren räumen ein, dass bei einer Finanzierung des Transfermechanismus über eine Erhöhung der Umsatzsteuer eine Mehrbelastung für die Bezieher niedriger Einkommen im Vergleich zum Status Quo wahrscheinlich sei. Je progressiver die Finanzierung des Transfermechanismus ausfällt – etwa über die Erhöhung des Solidarzuschlags auf die Einkommensteuerschuld – desto eher werden niedrige Einkommen im Vergleich zum Status Quo nicht belastet.

Insgesamt kann aber gesagt werden, dass die Kopfprämienmodelle die Bezieher niedriger Einkommen belasten, weil sich die prozentuale Belastungsgrenze zwar meist am Beitragssatz orientiert,⁷² dabei aber nicht berücksichtigt wird, dass

- a) ein Teil des Einkommens (der Arbeitgeberanteil) bislang beitragsfrei war,
- b) der ausgezahlte Arbeitgeberanteil nunmehr versteuert werden muss und
- c) die Transferbezieher selbst an einer Finanzierung ihres Transfers über weitere Steuern beteiligt werden.

Für Bezieher (mittlerer) Einkommen oberhalb der Transfergrenze ergibt sich dagegen eine Entlastung, während Bezieher hoher Einkommen womöglich sogar belastet werden, da auch ihr Einkommen oberhalb der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs herangezogen wird, während Einkommensbestandteile oberhalb dieser Grenze bisher beitragsfrei geblieben sind.

⁷² Liegt die prozentuale Zumutbarkeitsgrenze unterhalb der aktuellen Belastung wird dies mit einem gekürzten Leistungskatalog „erkauft“. Werden die gestrichenen Leistungen privat versichert, steigt die Belastung der Versicherten dann wieder.

3.3.5 *Intergenerationelle Gerechtigkeit*

Soweit mit dem Übergang zu einem Modell von Kopfprämien zugleich der Wechsel von der Umlagefinanzierung zur Kapitaldeckung vollzogen werden soll, vermeidet diese in „Reinkultur“ intergenerationelle Umverteilungen, die bei einzelnen Kohorten im Zuge des demographischen Umbruchs bei der Umlagefinanzierung zu negativen Umverteilungssalden führen. Allerdings wurde oben bereits darauf hingewiesen, dass dies zumindest dann nicht mehr „automatisch“ gilt, wenn im Zuge der Ausgabensteigerungen aufgrund von Inflation und medizinischem Fortschritt sowie bei Verbesserungen der Lebenserwartung die Prämien nachzukalkulieren sind – hierbei kommt es vielmehr auf die Ausgestaltung dieser Nachkalkulationen an, ob auch hierbei keine Umlageelemente und insoweit intergenerationelle Umverteilungen praktiziert werden. (Vgl. dazu auch unten Abschn. 3.5.) Inwieweit es allerdings überhaupt anzustreben ist, dass die Umverteilungssalden aller Generationen Null sind, kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Schließlich führt diese Forderung dazu, dass etwa die Rentnergeneration von den Wirkungen (positiven oder negativen) ökonomischen Schocks ausgeschlossen werden muss, da sich ihre Transfers einzig und allein nach ihren Vorleistungen richten. Damit kommt es zu einer unterschiedlichen Einkommensentwicklung der Generationen bei einer synchronen (Querschnitts)Betrachtung.

3.4 Mehr Effizienz auf dem Krankenversicherungsmarkt durch Kopfprämien?

Eine Reihe der in Abschnitt 2 beschriebenen Modelle postuliert, dass durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien ein effizienterer Krankenversicherungsmarkt realisiert werden würde. Zum einen würden Kopfprämien bzw. risikobezogenen Prämien den Preis des Produktes Krankenversicherung adäquater widerspiegeln als einkommensabhängige Prämien (z. B. Modell 1, 3 und 12). Zum anderen würden Kopfprämien bzw. risikoabhängige Prämien die sinnvolle Zu- und Abwahl von Leistungen überhaupt erst ermöglichen (Modelle 2 und 9). Diese Argumente sind differenziert zu bewerten.

3.4.1 *Preisfunktion von Kopfprämien*

Bewertung

Im Grundsatz ist dem Argument zuzustimmen, dass – wie in Modell 1 und 12 dargestellt – die Kopfprämien eher den Preis der Versicherung widerspiegelt als einkommensabhängige Beiträge im Status quo, in denen der Preis der Versicherung und die (positiven oder negativen) Umverteilungsanteile zusammenfließen. Im Status Quo zahlen Versicherte mit höherem Ein-

kommen nämlich einen höheren Preis für das gleiche Produkt wie Versicherte mit weniger hohem Einkommen. In einem (reinen) Kopfprämienystem hätten damit Versicherte mit hohem Einkommen dagegen den gleichen Preis für das gleiche Produkt zu bezahlen wie Versicherte mit weniger hohem Einkommen. Letzteres gilt für ein Gesundheitsprämienmodell mit sozialem Ausgleich allerdings nur, wenn Versicherte mit Anspruch auf Ausgleichszahlungen diese Zahlungen nicht auf Basis der tatsächlich gezahlten Prämie, sondern auf Basis einer durchschnittlichen Prämie erhalten. Dies ist in den in Abschnitt 2 beschriebenen in der Regel auch so vorgesehen.

Allerdings muss die Frage gestellt werden, inwiefern dies für den hier interessierenden Krankenversicherungsmarkt von Bedeutung ist: Auf „normalen“ Märkten soll der Preisvektor die objektive Dimension (Kosten der Produktion) und die subjektive Dimension (Präferenzen der Konsumenten) in Übereinstimmung bringen und so eine paretooptimale Allokation gewährleisten. Ziel ist es dabei, die optimale Menge der Produktion und Konsumption aller Güter (und Dienstleistungen) zu bestimmen. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wird über den Preis aber gar keine Mengenentscheidung getroffen. Vielmehr herrscht Versicherungszwang bei einem gegebenen Leistungskatalog. Es gibt also keine Marktentscheidung über die Menge an Krankenversicherungsschutz, die sich an den „unverzerrten Preisen“ orientieren muss. Insofern ist es unerheblich, ob der „Preis“ des Krankenversicherungsschutzes durch Umverteilungselement „verzerrt“ oder unverzerrt ist.

Alternative

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss nach Ansicht der Autoren dieses Beitrags auf das Ziel der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ausgerichtet werden. Wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse wecken das kreative Potenzial der Marktakteure und tragen maßgeblich zur Entwicklung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen bei. Dadurch werden – über das Nachfrageverhalten der Kassen, die ihrerseits im Wettbewerb um Versicherte stehen – gleichzeitig Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in der GKV nachhaltig verbessert. Zum wettbewerblichen Gesamtkonzept gehören der Abbau von Regulierung, die Erweiterung von Freiheiten für Leistungsanbieter und Krankenkassen und eine für alle Beteiligten geltende solidarische Wettbewerbsordnung, die den Wettbewerb in angemessener Weise reguliert und unerwünschte Auswirkungen des Wettbewerbs verhindert. Insofern ist der Forderung nach einer deutlichen Stärkung wettbewerblicher Elemente in der GKV zuzustimmen. Die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien bzw. risikobezogene Prämien ist dagegen für eine solche Stärkung

wettbewerblicher Elemente nicht notwendig. Auf der einen Seite werden für die Krankenkassen durch den RSA risikoäquivalente Prämien simuliert. Die Verbindung von risikoäquivalenten Prämien mit einem Steuer-Transfer-Mechanismus (wie in Modell 3 vorgesehen), der die Ist-Differenzen zwischen der kurzperiodigen Risikoprämie und der Belastungsgrenze ausgleicht, würde sogar zu einer deutlichen Schwächung der Anreize für die Versicherer um eine kosteneffektive Versorgung führen. Auf der anderen Seite würden Kopfprämien den Preis des Produktes Krankenversicherung zwar genauer widerspiegeln als bei einer einkommensabhängigen Kalkulation. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Versicherte mit niedrigem Einkommen absolute Preisunterschiede deutlicher wahrnehmen als Versicherte mit höherem Einkommen und so die Wechselanreize bei einem einkommensproportionalen Tarif sogar sehr hoch sind.

Allerdings gibt es aus wettbewerbstheoretischer Sicht ein Argument für die Einführung von Kopfprämien, das in der Diskussion um die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien bislang allerdings eine untergeordnete Rolle spielt. Derzeit ist die Höhe des Arbeitgeberanteils abhängig vom kassenspezifischen Beitragssatz. Das damit gegebene Interesse des Arbeitgebers an der Zahlung niedriger Beitragssätze verzerrt die Anreize für die Wechselentscheidungen der Versicherten zwischen den Krankenkassen. Solange die Kassen nur geringe Möglichkeit zur individuellen Vertragsgestaltung haben, ist dies von untergeordneter Relevanz, weil Arbeitgeber und Arbeitnehmer beide ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen haben. Werden den Krankenkassen allerdings zukünftig vom Gesetzgeber mehr Instrumente zur individuellen Vertragsgestaltung eingeräumt, könnten Versicherte durchaus Präferenzen für qualitativ hochwertigeren Versorgungsangeboten zu einem höheren Preis haben, während zumindest das kurzfristige Interesse der Arbeitgeber ausschließlich auf einen niedrigen Preis gerichtet ist. Hieraus ergibt sich, dass der Arbeitgeber den Arbeitnehmer drängen kann, in eine billigere Krankenkasse zu wechseln, obwohl die Kombination von niedrigen Beiträgen und schlechteren Versorgungsstrukturen nicht seinen Präferenzen entspricht. Allerdings kann dieser für eine wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems dysfunktionale Effekt auch problemlos aufgehoben werden, indem der Arbeitgeberanteil auf den durchschnittlichen GKV-Beitragssatz bezogen wird. Auch hier gibt es somit ein funktionales Äquivalent zu Kopfprämien, das administrativ weitgehend problemlos durchgesetzt werden könnte.

3.4.2 Integration von Zu- und Abwahlleistungen

Bewertung

Es ist richtig, dass Zu- und Abwahlleistungen in einem System mit einkommensabhängigen Beiträgen wenig sinnvoll sind. Einkommensbezogene Beiträge verzerren die Anreize zur Zu- und Abwahl von Leistungen: Versicherte mit höherem Einkommen haben einen höheren Anreiz zur Abwahl von Leistungen und einen geringeren Anreiz zur Zuwahl von Leistungen als Versicherte mit niedrigerem Einkommen. Dieses Argument für die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien ist allerdings nur dann stichhaltig, wenn Zu- und Abwahlleistungen selbst für eine sinnvolle Option gehalten werden. Wenn die Versicherten zwischen unterschiedlich umfangreichen Leistungspaketen wählen könnten, würde dies zweifellos ihre individuelle Wahlfreiheit erhöhen, und sie könnten Leistungspakete auf der Grundlage ihrer individuellen Präferenzen zusammenstellen. Bevölkerungsbefragungen zeigen, dass Versicherte solche Wahlmöglichkeiten auch durchaus wahrnehmen würden (Nolting/Wasem 2002).

Allerdings entstehen bei einem solchen System auch gravierende Nachteile: Erstens führt ein System von wählbaren Leistungspaketen zu einer Selbstselektion der Versicherten: Gesunde Versicherte würden möglichst geringe, kranke Versicherte möglichst umfassende Leistungspakete wählen.⁷³ Durch die geringeren Beiträge der Gesunden, die den „schmaleren“ Leistungskatalog wählen, würde dem GKV-System tendenziell Finanzmittel entzogen, das für die unverändert umfangreiche Versorgung der Kranken verloren ginge. Eine solche „Entmischung“ von Gesunden und Kranken durch die Versicherung in unterschiedlichen Tarifen könnte auch durch den Risikostrukturausgleich nicht ohne weiteres adäquat kompensiert werden (Jacobs et al. 2002). Damit wird auch die ex ante Umverteilung zwischen hohen und niedrigen Risiken tendenziell aus dem System herausgenommen – was in den Modellen 3 und 9 auch ausdrücklich so vorgesehen ist. Soll dieses Umverteilungselement dagegen im Sozialversicherungssystem erhalten bleiben – wie in den anderen Modellen – ist die Einführung von Zu- und Abwahlen dysfunktional. Schließlich ist zur Verhinderung von Trittbrettfahrerverhalten (kein Abschluss einer Versicherung und Vertrauen auf Sozialhilfe) die Festlegung eines Mindestumfangs an Versicherungsleistungen in jedem System notwendig. Innerhalb dieses Rahmens kann es keine Abwahl geben. Vorteile bietet das Kopfprämiensystem somit nur,

⁷³ Vgl. dazu die (nicht einheitlich beurteilten) Erfahrungen in der Schweiz bei (Schellhorn 2002) und (Werblow 2002).

wenn es um Abwahlen geht, die im GKV-Leistungskatalog enthalten sind, gleichzeitig aber oberhalb des Mindestversicherungsumfangs liegen. Womöglich ist das aber eine leere Menge. Zweitens würde die Markttransparenz für die Versicherten durch die so entstehende Vielfalt unterschiedlicher und schwer vergleichbarer Angebote verschlechtert. Vergleichsparameter wären nicht nur Beitragssatz und Qualität der angebotenen Leistungen, sondern zusätzlich auch noch der Umfang des jeweiligen Leistungspakets. Letzteres würde möglicherweise nicht nur durch die enthaltenen Leistungen, sondern auch durch individuell zu vereinbarende Zahlungen definiert, was die Transparenz weiter mindern würde. Drittens entstehen Transaktionskosten in erheblichem Umfang. So ist es bereits für ausgewiesene Experten mit erheblichem Aufwand verbunden, festzustellen, welche Leistungen effektiv und effizient sind und daher in den Leistungskatalog einer Sozialversicherung gehören (Niebuhr et al. 2004). Für das Individuum ist es unmöglich bzw. mit extremen Kosten verbunden, einen derartigen Überblick zu gewinnen.

Alternative

Alle Autoren von Kopfprämien-Modellen betonen, dass sie diese in ein wettbewerbliches System der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern eingebettet sehen wollen. Zentraler Baustein eines solchen wettbewerblichen Systems ist die Einführung von einzelvertraglichen Möglichkeiten zur Vertragsgestaltung der Krankenkassen mit den Leistungserbringern. Wenn der Gesetzgeber solche Möglichkeiten eröffnet, stünden den Versicherten gegenüber dem Status quo bereits erweiterte Wahlmöglichkeiten zur Verfügung, um ihre individuellen Präferenzen auszudrücken. Erstens können die Versicherten zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten bei der Kasse wählen, in der sie versichert sind. Sind die Versicherten mit diesen Versorgungsangeboten unzufrieden oder haben sie bei einer anderen Kasse noch attraktivere Angebote entdeckt, können sie zweitens die Krankenkasse wechseln. Damit werden die Wahlmöglichkeiten der Versicherten im Vergleich zur derzeitigen Situation um eine zusätzliche Dimension erweitert. Der Vorteil einer zusätzlichen Erweiterung der Wahlfreiheit im Hinblick auf unterschiedlich umfangreiche Leistungspakete rechtfertigt weder die damit verbundenen Nachteile, noch wirkt eine solche Erweiterung direkt positiv auf die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität in der gesundheitlichen Versorgung.

Internationale Erfahrungen insbesondere aus der Schweiz (Kocher et al. 2002) und den Niederlanden (Greß 2002) zeigen darüber hinaus, dass die Möglichkeit zum Angebot von Zusatzversicherungen (und darauf liefe die Einräumung von Zu- und Abwahlmöglichkeiten hin-

aus) von den Krankenkassen als Instrument zur Risikoselektion genutzt wird. Die derzeitige weitgehende Trennung von obligatorischem Leistungskatalog in der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem Angebot von Zusatzversicherungen durch private Krankenversicherungen ist daher im Interesse eines auf Qualität und Wirtschaftlichkeit gerichteten Wettbewerbs beizubehalten, so dass für Zu- und Abwahlmöglichkeiten kein Raum geschaffen werden sollte.

3.5 Abfederung des demografischen Wandels durch Kopfprämien?

Vier der oben beschriebenen Modelle (4, 5, 6, und 9) sehen den Übergang zur obligatorischen Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Modell 3 schlägt den freiwilligen Abschluss von Kapitaldeckungskomponenten vor. In diesem Abschnitt wird daher bewertet, inwieweit obligatorische bzw. freiwillige Kapitaldeckung in der Lage ist, den demografischen Wandel – wie von den Befürwortern der jeweiligen Modelle postuliert – abzufedern.

3.5.1 Obligatorische Kapitaldeckung

Bei der Beurteilung der Frage, inwieweit der demographische Wandel die GKV-Finanzierung beeinflusst, ist zwischen Wirkungen auf der Einnahme- und der Ausgabenseite zu unterscheiden.

Auf der Ausgabenseite steigen die Gesundheitsausgaben bei einer Querschnittsbetrachtung mit dem Alter der Betroffenen an, und zwar überlinear. Werden diese altersspezifischen Gesundheitsausgabenprofile, wie sie etwa im Rahmen des derzeitigen RSA erhoben werden, als im Zeitverlauf konstant gesetzt, ergeben sich in Modellrechnungen steigende Ausgabenlasten durch den demographischen Wandel, d.h. die absolute und relative Zunahme der Altenbevölkerung (vgl. z. B. Knappe/Rubart 2001). Allerdings ist die wissenschaftliche Kontroverse über die tatsächliche Belastung für die Krankenversicherung durch die Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung noch nicht entschieden, da es insbesondere zur Entwicklung der altersspezifischen Ausgabenprofile im Zeitablauf unterschiedliche Hypothesen gibt.⁷⁴ Jedenfalls ist aber die Altersabhängigkeit der Gesundheitskosten nicht deterministisch, sondern durchaus (beispielsweise durch Gesundheitsmanagement) in Grenzen steuerbar. Auch ist richtig, dass der größte Anteil der Gesundheitsausgaben im letzten Jahr vor dem Tod anfällt – eine Verlängerung der Lebenserwartung insoweit daher keine Auswirkungen auf die Gesund-

heitskosten hat. In jedem Fall erscheint ein Vergleich der Situation in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit der in der Gesetzlichen Rentenversicherung – wie in Modell 4 angestellt – als nicht zwingend, weil in der Rentenversicherung nur die Jungen Beiträge zahlen und nur die Alten Leistungen erhalten, während in der Krankenversicherung auch die Jungen Leistungen erhalten und auch die Alten Beiträge zahlen. Allerdings besteht bei den meisten Gesundheitsökonominnen Einigkeit, dass ein deutlicher realer Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben im Zuge der demographischen Entwicklung zu erwarten sein wird.⁷⁵

Jenseits der Debatte über die tatsächlichen Folgen der demographischen Alterung für die Ausgaben der Krankenversicherung ist zu betonen, dass der Finanzierungstarif (Kopfprämie vs. einkommensbezogene Beiträge) und das Finanzierungsverfahren (Umlage- vs. Kapitaldeckungsverfahren) keinen Einfluss auf die Ausgaben der Krankenversicherung haben. So stellen auch die Autoren des Modells 4 richtig fest, dass kapitalgedeckte Kopfprämien ebenso wenig resistent gegenüber anderen „Ausgabentreibern“ in der Gesundheitsversorgung sind. Vor allem der medizinisch-technische Fortschritt und die überdurchschnittlich hohe Inflation im Gesundheitssektor führen zu Ausgabensteigerungen in der Gesundheitsversorgung, die deutlich höher sein dürften als die demografiebedingten Belastungen durch die Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung. Diese Ausgabensteigerungen sind für ein Finanzierungssystem mit kapitalgedeckten Kopfprämien ebenso virulent wie für umlagefinanzierte Systeme (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003).

Einen Vorteil bei der Bewältigung der Alterslast können kapitalfundierte Systeme hingegen auf der Finanzierungsseite dadurch entfalten, dass sie die intergenerationelle Umverteilung verringern (vgl. oben Abschn. 3.3.5) und eine intertemporale Glättung bewirken. Bei portablen Alterungsrückstellungen gehen sie auch mit einem vermehrten Interesse des Versicherers an dynamischer Effizienz bei den Gesundheitsausgaben im Vergleich zum Umlageverfahren einher, wenn etwa die Effekte von Präventionsaktivitäten internalisiert werden können. Auch werden der Kapitalfundierung allokativen Vorteile dann zugesprochen, wenn mit der Kapitalbildung eine Erhöhung des volkswirtschaftlichen Kapitalstocks einhergeht (sofern die Kapitalbildung im Rahmen der Krankenversicherung nicht lediglich andernfalls woanders stattfindende Kapitaldeckung ersetzt und insofern die Kette Sparen-Finanzinvestition-Realinvestition hält) (Sachverständigenrat Wirtschaft 2004). Allerdings ist auch die Finanzierung kapitalfun-

⁷⁴ Vgl. dazu etwa (Buchner et al. 2002) sowie (Deutscher Bundestag 2002): 385-423.

⁷⁵ Vgl. einen Überblick bei Wasem/Hessel (2003).

dierter Sicherungssysteme grundsätzlich vom demographischen Wandel betroffen und nicht per se „demographieimmun“. Zwar scheinen einzelne Versicherte in einem solchen System nicht auf eine zahlenmäßig starke nachwachsende Generation angewiesen zu sein, da jeder Versicherte für sich selbst vorsorgt, indem er in der Krankenversicherung Altersrückstellungen bildet. Allerdings muss das angesparte Kapital hierzu im Alter aufgelöst werden. Nun führt die demographische Alterung dazu, dass sich die Zahlenrelation derjenigen, die ihr zur Alterssicherung akkumuliertes Kapital liquidieren, zu denjenigen, die sich noch in der Ansparphase befinden, permanent erhöht. Eine derartige Veränderung führt – bei konstanten Sparquoten – zu einem Überangebot an Vermögensanlagen, zu einem sinkenden Realwert dieser Anlagen und auf diesem Weg zu einer Reduktion des Wertes der Altersrückstellungen und der internen Verzinsung im kapitalfundierte Verfahren (Deutsche Bundesbank 1999: 19f.; Deutscher Bundestag 1994: 186; Rürup 1998; Schmähl 2000: 203). Dies wird unter dem Stichwort „Age-Wave“ inzwischen breit diskutiert (Culhane 2001; Heigl 2001).⁷⁶

Für die durch Kapitaldeckung leistbare intertemporale Glättung benötigen diejenigen Kopfprämienmodelle, die einen sofortigen Übergang zur Kapitaldeckung vorsehen (insbesondere Modell 9) in der Übergangsphase zum Kapitaldeckungsverfahren in höherem Umfang steuerliche Transfers als die anderen Modelle. Dies ist darin begründet, dass nicht nur der soziale Ausgleich (wie auch in den anderen Modellen) aus dem Steuer-Transfersystem finanziert werden muss. Vielmehr müssen in der Übergangsphase nunmehr auch die bislang im Umlageverfahren erworbenen Ansprüche aus Steuermitteln subventioniert werden. Die Doppelbelastung der jungen Generation – einerseits Aufbau eines eigenen Kapitalstocks, andererseits weitere Bedienung der im Umlageverfahren erworbenen Ansprüche der Alten, die keinen eigenen Kapitalstock mehr aufbauen können – ist unvermeidbar.

Aus der Wettbewerbsperspektive sind kapitalgedeckte Systeme immer dann problematisch, wenn die Mitnahme der Alterungsrückstellungen bei einem Versicherungswechsel nicht gewährleistet ist. Solange die Möglichkeit eines Versicherungswechsels durch die Portabilität der Altersrückstellungen nicht realisiert wird, lassen Finanzierungssysteme auf der Basis des Umlageverfahrens den Wechsel zwischen den Versicherern und damit einen Effizienz stei-

⁷⁶ Einen Ausweg scheint eine *Anlage im Ausland* zu bieten. Allerdings kommen zum Kapitalmarktrisiko dann noch andere Risiken hinzu. Hierbei sind insbesondere das politische Risiko, das Wechselkursrisiko und das Inflationsrisiko im Anlageland zu nennen ((Deutsche Bundesbank 1999: 20; Krupp/Weeber 2001)). Diese Risiken sind zwar in anderen Industrieländern vergleichsweise gering. Da diese aber ebenfalls mit einer alternden Bevölkerung konfrontiert sind, bleibt vor allem die risikoreichere Investition in „aufstre-

gernden Wettbewerb zwischen Krankenversicherern leichter zu. Das Modell 4 schlägt zur Lösung dieses Problems den Übergang zu einem morbiditätsorientierten RSA auch im Kontext des Kapitaldeckungsverfahrens vor; in diesem Kontext kann dann die rechnerische Alterungsrückstellung für den hier zur Rede stehenden Pflichtleistungskatalog mitgegeben werden. Die Ausführungen von Henke et al. lassen erkennen, dass die Probleme zur Anrechnung von Alterungsrückstellungen⁷⁷ durch das vorgeschlagene Modell grundsätzlich lösbar sind, auch wenn dies in der Publikation nicht unter den Prämissen von Inflation und kostentreibendem medizinischen Fortschritt durchdekliniert wurde.

3.5.2 *Freiwillige Kapitaldeckung*

Das Modell 3 davon aus, dass beim Übergang zu risikoäquivalenten kurzperiodigen Kopfprämien die Möglichkeit geschaffen wird, dass die Versicherten freiwillig Kapitaldeckungskomponenten zusätzlich abschließen werden, um einer starken Belastung mit Krankenversicherungsbeiträgen im Alter vorzubeugen. Dies kann jedoch bezweifelt werden. Zunächst ist generell die Frage zu stellen, inwieweit die Menschen diese spezifische Form der Altersversorgung wählen werden. So hat etwa die Bundesregierung Anfang der neunziger Jahre auf Veranlassung der Versicherungswirtschaft bei der Europäischen Gemeinschaft durchgesetzt, dass der nationale Gesetzgeber auch im deregulierten Versicherungsbinnenmarkt die Bildung von Alterungsrückstellungen bei der Vollversicherung in der PKV vorschreiben darf. Die Bundesregierung ging davon aus, dass Versicherungsangebote mit Alterungsrückstellungen im Wettbewerb mit Versicherungsangeboten ohne Altersrückstellungen für die Versicherten wenig attraktiv wären. Diese Skepsis gilt aber insbesondere in Verbindung mit dem Steuer-Transfer-Mechanismus: Da die große Mehrzahl der älteren Versicherten mit ihren Krankenversicherungsprämien bei kurzperiodigen Risikoprämien deutlich oberhalb der Belastungsgrenze liegen werden, ist es für die jungen Versicherten rational, keine eigenständige Vorsorge vor steigenden Krankenversicherungsbeiträgen mit dem Alter zu leisten, da sie die hohen Risikoprämien im Alter aller Voraussicht nach nur zu einem geringen Anteil selbst zu tragen hätten (vgl. auch SVR Wirtschaft 2004).

bende Märkte“. Die damit verbundenen Risiken sind jedoch in der Mexiko-Krise des Jahres 1994 sowie der Asienkrise 1997/8 deutlich geworden.

⁷⁷ Vgl. hierzu (Deutscher Bundestag 1996).

3.6 Gleiche Wettbewerbsbedingungen für GKV und PKV durch Kopfprämien?

In den meisten der im Abschnitt 2 dargestellten Kopfprämienmodelle wird die derzeitige Unterscheidung zwischen der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung beibehalten. In den Modellen 3 und 7 wird die Unterscheidung zwischen den beiden Systemen durch den Übergang zu risikoabhängigen Prämien hinfällig. Zweifel et al. stellen die Überwindung der Systemgrenzen explizit als Vorteil heraus. Im Gegensatz dazu fordern die Modelle 2 (Knappe et al.), 4 (Henke et al.) und 12 (SVR Gesundheit) gleiche Wettbewerbsbedingungen für gesetzliche und private Krankenversicherung auf der Basis nicht risikoäquivalent kalkulierter Kopfprämien. Modell 1 fordert zwar die Beibehaltung der Unterscheidung zwischen GKV und PKV – stellt aber als Vorteil heraus, dass die Wettbewerbsfähigkeit der GKV gegenüber der PKV als Folge der Umstellung auf Kopfprämien im Rahmen eines „fairen Systemwettbewerbs“ zunehmen wird.

Ob eine Aufhebung der Unterscheidung zwischen GKV und PKV sinnvoll ist, kann kontrovers diskutiert werden.⁷⁸ Diese Debatte soll hier nicht geführt werden. Gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung könnten jedenfalls nur dann hergestellt werden, wenn sämtliche Dimensionen der Prämienkalkulation sowohl in der GKV als auch in der PKV in gleicher Weise berücksichtigt werden, und zudem weitere Rahmenbedingungen der Regulierung (etwa steuerrechtlicher Art, in Bezug auf die Eigenkapitalbildung etc.) angepasst würden. In Bezug auf die Dimensionen der Prämienkalkulation sind erstens die Berücksichtigung des individuellen Erkrankungsrisikos und zweitens die Berücksichtigung der im Durchschnitt steigenden Gesundheitsausgaben im Alter relevant (Wassm/Greß/Okma 2004). Werden die Prämien unabhängig vom Erkrankungsrisiko kalkuliert, ist eine einkommensabhängige und eine einkommensunabhängige Kalkulation möglich (vgl. Tabelle 3). Im Umlageverfahren werden die steigenden Kosten im Alter in der Prämie nicht berücksichtigt, im Kapitaldeckungsverfahren ist dies durch die Bildung von Alterungsrückstellungen der Fall. Modell 2 sieht die einheitliche Prämienkalkulation in GKV und PKV auf der Basis einkommensunabhängiger, nicht risikobezogener Prämien in Umlageverfahren vor. Modell 4 sieht ein einheitliches Versicherungssystem mit einkommensunabhängigen Prämien und Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren vor. Das Modell 7 postuliert im Rahmen des

⁷⁸ Hierzu bestehen auch zwischen den Autoren des hier vorliegenden Beitrags unterschiedliche Auffassungen. Eine Minderheit der Autoren erachtet die Dualität der Versicherungssysteme mit Blick auf die Dualität insbesondere von Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren einem einheitlichen Versicherungssystem mit Umlage gegenüber für überlegen.

einheitlichen Versicherungssystems ebenfalls Kapitaldeckung, sieht aber den Übergang zu risikobezogenen Prämien vor. Modell 3 dagegen verzichtet auf eine verpflichtende Kapitaldeckung bei risikobezogenen Prämien. Diesen vier Modellen ist damit gemeinsam, dass sie damit – so die jeweiligen Autoren – zumindest auf der Finanzierungsseite einheitliche Wettbewerbsbedingungen für private und gesetzliche Krankenversicherung schaffen. Die Unterscheidung zwischen den beiden Versicherungssystemen würde damit hinfällig werden.⁷⁹ Unterschiedlich fällt die Bewertung allerdings im Hinblick auf die Kalkulation risikoabhängiger Prämien (vgl. Abschnitt 3.7) und die Kalkulation von Alterungsrückstellungen aus (vgl. Abschnitt 3.5).

Tabelle 3: Dimensionen der Prämienkalkulation

		Prämienkalkulation		
		Ohne Risikobezug		risikobezogen
		Einkommensabhängig	Einkommensunabhängig	
Zeit	Umlageverfahren	Alternative	Modell 2	Modell 3
	Kapitaldeckung	Alternative	Modell 4	Modell 7

Die isolierte Umstellung von einkommensabhängigen Beiträgen auf Kopfprämien in der GKV – ohne Änderung der Kalkulationsbedingungen in der PKV und ohne Übergang zur Kapitaldeckung in der GKV – wird voraussichtlich zu Wechselströmen zwischen PKV und GKV führen, die hinsichtlich Risiko, Familienstand und Einkommen differenziert werden müssen. Sowohl PKV als auch GKV erheben dann eine einkommensunabhängige Prämie, die aber nur in der PKV risikodifferenziert ist; die GKV-Kopfprämie bliebe im Umlageverfahren, die in der PKV im Kapitaldeckungsverfahren. Dadurch ist die GKV grundsätzlich weiterhin für die in bezug auf den Gesundheitszustand schlechten Risiken und die PKV weiterhin für die insoweit guten Risiken attraktiver. Diesbezüglich findet eine Beendigung der Risikoentmischung *nicht* statt. Im Vergleich zur jetzigen Regelung wird die GKV allerdings relativ attraktiver für Personen mit hohem Einkommen und keinen Kindern und relativ unattraktiver für Personen mit niedrigem Einkommen und vielen Kindern. Personen mit hohem Einkommen werden daher im Vergleich zur jetzigen Situation eher einen Verbleib in der GKV erwägen, auch da die GKV-

⁷⁹ Diese Aussage gilt nur dann uneingeschränkt, wenn (neben den oben angesprochenen Aspekten wie Steuerpflichten, Eigenkapitalbildung etc.) auch die Wettbewerbsbedingungen in den Beziehungen mit den Leis-

Prämie wegen der fehlenden Altersrückstellung möglicherweise günstiger ist. Das gilt natürlich insbesondere für die schlechten Risiken. Insgesamt ergibt sich also ein gemischtes Bild. Um einem „fairen Systemwettbewerb“ handelt es sich in keinem Fall. Zu berücksichtigen ist in diesem Kontext auch die Frage, ob die Quersubventionen von PKV zu GKV bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erhalten bleiben sollen oder nicht.

3.7 Wegfall bzw. Reduzierung des Risikostrukturausgleichs durch Kopfprämien?

In den Modellen 1 (Rürup et al.), 7 (Rürup/Wille) stellen die Autoren heraus, dass durch die Einführung von einkommensunabhängigen Kopfprämien das Umverteilungsvolumen des Risikostrukturausgleichs deutlich zurückgehen würde. An der Weiterentwicklung zum morbiditätsorientierten RSA wollen die Autoren beider Modelle jedoch festhalten.⁸⁰ Modell 2 (Knappe et al.) geht dagegen von einer Rückführung der Ausgleichsparameter auf Alter und Geschlecht aus. Modell 3 (Zweifel et al.) impliziert gar eine Abschaffung des RSA. Insofern muss das potenzielle Argument „Wegfall bzw. Reduzierung des Risikostrukturausgleichs durch Kopfprämien“ differenziert bewertet werden.

3.7.1 Abschaffung des Finanzkraftausgleichs

Bewertung

Es ist zutreffend, dass der Finanzkraftausgleich innerhalb des RSA durch die Abschaffung der einkommensabhängigen Umverteilung im Grundsatz überflüssig werden würde. Das Umverteilungsvolumen des RSA würde dadurch nachhaltig – um vermutlich mehr als 50 vom Hundert – sinken (IGES/Lauterbache/Wasem 2004). Mängel im derzeitigen Finanzkraftausgleich (Jacobs et al. 2002) würden irrelevant, der Verwaltungsaufwand für die Durchführung des RSA ginge zurück. Der Finanzkraftausgleich könnte allerdings nur dann vollständig entfallen, wenn die beitragsfreie Versicherung für Kinder komplett entfällt – entweder weil die Kinder auch Beiträge zahlen (wie in Modell 2) oder weil der Staat für sie Beiträge zahlt (wie in den Modellen 6 und 7). Bleibt hingegen eine beitragsfreie Kinderversicherung bestehen (wie in den Modellen 1, 4, 5, 8 und 10) müsste der Finanzkraftausgleich bestehen bleiben – wenn

tungsanbietern vereinheitlicht werden – was insbesondere die Vertragsgestaltung und die Vergütung der Leistungsanbieter betrifft.

⁸⁰ Auch in Modell 11 wird dieser Vorteil genannt. Aussagen zur Morbiditätsorientierung des RSA fehlen.

auch in einer gegenüber dem Status Quo deutlich modifizierten und in seinem Umverteilungsvolumen reduzierten Form. Andernfalls beständen Anreize für die Krankenkassen, gegenüber Versicherten mit Kindern zu selektieren.

Alternativen

Die Autoren dieses Beitrags halten es für äußerst fragwürdig anzunehmen, dass ein möglichst geringes Umverteilungsvolumen des RSA an sich wünschenswert sein soll. Die Verwaltungskosten für die Durchführung des Finanzkraftausgleichs sind zu vernachlässigen und eine Korrektur der Mängel des Finanzkraftausgleichs ist im bestehenden System des RSA mit vertretbarem Aufwand durchführbar. Der Finanzkraftausgleich im RSA ist gemeinsam mit den einkommensbezogenen Beiträgen der Kern der Umsetzung des Gedankens der GKV-weiten Einkommenssolidarität. Nur wenn gesichert ist, dass die Verlagerung der Einkommenssolidarität auf das Steuer- und Transfersystem genau so verlässlich diese Umverteilungsaufgabe wahrnimmt, könnte das Argument überzeugen.

3.7.2 Rückführung des Beitragsbedarfsausgleichs

Die im Modell 2 vorgesehene Rückführung des RSA auf Alter und Geschlecht würde die Anreize zur Risikoselektion für Krankenkassen weiter verstärken und einen Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung verhindern (Jacobs et al. 2002). Auch bei einer GKV-Finanzierung über einkommensunabhängige Kopfprämien bliebe – da besteht in der internationalen Diskussion wenig Dissens (van de Ven/Ellis 2000) – die Notwendigkeit, den RSA morbiditätsorientiert weiterzuentwickeln, sofern Kassenwahlrechte und Kassenwettbewerb weiterhin eine funktionale Rolle spielen sollen.

3.7.3 Abschaffung des Risikostrukturausgleichs

Bewertung

Die Autoren des Modells 3 – und implizit offensichtlich auch die des Modells 9 – gehen von der Prämisse aus, dass der gegenwärtige Risikostrukturausgleich nicht in der Lage ist, die Anreize für Krankenkassen zur Risikoselektion hinreichend zu kompensieren bzw. dass die Versicherungsunternehmen eher in der Lage sind, Risikounterschiede der Versicherten zu erkennen und zu tarifieren, die in einem Risikostrukturausgleich grundsätzlich nicht bzw. nicht hinreichend schnell erhoben werden können. Wären Krankenkassen in der Lage, diese nicht durch den RSA abgedeckten Risikodifferenziale mit geringen Kosten zu ermitteln, wäre es für

Krankenkassen betriebswirtschaftlich profitabler, sich auf volkswirtschaftlich sinnlose Risikoselektion zu konzentrieren als eine Verbesserung der Versorgungssituation ihrer Versicherten in den Mittelpunkt ihrer Aktivitäten zu stellen.

Die Autoren dieses Beitrags teilen diese Prämisse letztlich nicht. In den letzten 10 Jahren hat es in der internationalen Forschung weit reichende Fortschritte bei der Entwicklung von wirkungsvollen Mechanismen zur Verhinderung von Risikoselektion durch Risikostrukturausgleiche gegeben. Diese Erkenntnisse wurden auch für die Entwicklung des morbiditätsorientierten RSA in der GKV nutzbar gemacht (IGES et al. 2004). Für die Stärkung wettbewerblicher Elemente in der GKV mit dem Ziel einer verbesserten Effizienz der Versorgung – etwa durch eine Ausweitung der vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungsanbieter (Ebsen et al. 2003) – ist eine Umstellung auf risikoäquivalente Prämien nicht notwendig. Im Gegenteil kann die Umstellung der GKV-Finanzierung auf risikoäquivalente Prämien den Wettbewerb sogar behindern. Das ist in all denjenigen Fällen der Fall, in denen die risikogerechte Prämie der Versicherten mehr als 15 Prozent des Haushaltseinkommens beträgt. Dies dürfte der weit überwiegende Teil der Altenbevölkerung sowie praktisch alle chronisch kranken Versicherten sein: Wenn hier der Steuer-Transfer-Mechanismus die Differenz zwischen der Prämie und der Belastungsgrenze übernimmt, sind die Versicherten nicht mehr preissensitiv, so dass der Wettbewerb um die kosteneffektive Versorgung nicht mehr funktioniert. Da dies aber gerade die (einzigen) Versicherten sind, bei denen in nennenswertem Umfang Versorgungsleistungen anfallen, um deren kosteneffektives Management es geht, ist insgesamt ein erheblicher Rückschritt im Vergleich zum Status quo in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erwarten.

Dies könnte nur dann vermieden werden, wenn der Steuer-Transfer-Mechanismus nicht pauschal die Differenz zwischen der risikogerechten Prämie, die der Versicherte zahlt, und der Belastungsgrenze ausgleichen würde, sondern mit standardisierten Beträgen arbeiten würde, die die bei einer gegebenen Morbidität durchschnittlichen Prämien zum Ausgangspunkt nehmen würden. Dies würde aber voraussetzen, dass der Steuer-Transfer-Mechanismus in der Lage wäre, solche Standardisierungen durchzuführen, wofür er faktisch ein morbiditätsorientiertes Risikoklassifizierungssystem benötigen würde. Von Zweifel et al. wird aber gerade bestritten, dass eine staatliche Behörde in der Lage sei, einen adäquaten Risikoklassifikationsalgorithmus einzusetzen – dies ist ja der zentrale Ausgangspunkt für ihre Ablehnung eines Risikostrukturausgleiches.

Alternativen

Notwendige (aber nicht hinreichende) Bedingung für Vertragswettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und somit zentraler Bestandteil einer Wettbewerbsordnung ist die Umsetzung des morbiditätsorientierten RSA. Ein direkt morbiditätsorientierter RSA verhindert die derzeit noch bestehenden Beitragssatzvorteile als Ergebnis von aktiver und passiver Risikoselektion, da die Kassen deutlich risikoäquivalenterer – also stärker am tatsächlichen Ausgabenrisiko ihrer Versicherten ausgerichtete – Beitragsbedarfe zugerechnet bekommen. Insbesondere stellen kranke Versicherte bei einem morbiditätsorientierten RSA für die Kassen nicht mehr automatisch „schlechte Risiken“ (mit negativen Deckungsbeiträgen) dar. Entsprechend müssen die Kassen nicht mehr befürchten, dass aktives Eintreten für die Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken am Ende zu einem Beitragssatz- und damit Wettbewerbsnachteil führt, weil dadurch zusätzliche chronisch kranke Menschen zu einem Kassenwechsel bewegt werden würden. Bei einem morbiditätsorientierten RSA kann sich demgegenüber gerade der Wettbewerb um (chronisch) Kranke Versicherte lohnen, weil sich durch gezielte Versorgungsangebote einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung chronisch kranker Menschen Beitragssatzvorteile realisieren lassen. Insgesamt stellt der morbiditätsorientierte RSA somit eine wesentliche Voraussetzung für sinnvollen Wettbewerb und eine überzeugende Alternative zu einem Übergang zu risikoäquivalenten Prämien dar, weil er bei den Kassen die Anreize zur Entwicklung von attraktiven Versorgungsangeboten für alle Versicherten deutlich verstärkt (Jacobs et al. 2002).

4 Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Zur Verbesserung der GKV-Finanzierungsbasis ist die Einführung von Kopfprämien weder notwendig noch hinreichend.

Eine Ausweitung der Finanzierungsbasis ist zwar notwendig, aber auch innerhalb eines einkommensabhängig finanzierten Systems möglich. Die Einnahmen für die GKV würden in einem einkommensunabhängig finanzierten System mit Kopfprämien nicht stetiger fließen als im Status Quo. Das gilt insbesondere für den steuerfinanzierten Transfermechanismus, der höchst anfällig für konjunkturelle Schwankungen sein wird.

Kopfprämien führen nicht zu nennenswerten Beschäftigungseffekten.

Zwar gibt es gute Gründe für die Abkopplung der GKV-Finanzierung von den Arbeitgeberbeiträgen (Reduzierung der Gesundheitspolitik auf reine Kostendämpfungspolitik; Einfluss der Arbeitgeber auf die Kassenwahlentscheidungen der Arbeitnehmer), ein nennenswerter Beschäftigungszuwachs in der Gesamtwirtschaft als Folge der Einführung von Kopfprämien ist jedoch nicht zu erwarten. Ebenso unklar sind die Effekte auf das Arbeitsangebot.⁸¹ Die Abkopplung der GKV-Finanzierung von den Arbeitgeberbeiträgen lässt sich mindestens so gut durch ein Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge auf dem Niveau des derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatzes erreichen.

Die Umverteilung durch Kopfprämien ist nur in der Theorie zielgenauer als die Umverteilung durch einkommensbezogene Beiträge.

Es ist äußerst zweifelhaft, ob die Mittelaufbringung für die Finanzierung des notwendigen steuerfinanzierten Transfermechanismus die nötige Kontinuität aufweisen wird. Vielmehr ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Mittelaufbringung in hohem Ausmaß den Restriktionen finanzpolitischer Konsolidierungsanforderungen unterliegen wird. Versicherte mit niedrigem Einkommen können trotz Ausgleichzahlungen im Vergleich zum Status Quo zusätzlich belastet werden. Darüber hinaus ist dieser Transfermechanismus in jedem Fall bürokratisch aufwändig. Die Zielgenauigkeit der Umverteilung kann darüber hinaus auch im einkommensfinanzierten GKV-System durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragserhebung und andere Maßnahmen verbessert werden.

⁸¹ Zur differenzierten Analyse der Arbeitsmarkteffekte besteht allerdings erheblicher empirischer Forschungsbedarf.

Kopfprämien allein erhöhen die Effizienz des Krankenversicherungsmarkts nur wenig.

Wesentlich für die Förderung von Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung sind weniger Reformen in der Finanzierung als vielmehr Reformen im Vertragsrecht – insbesondere zur Förderung einzelvertraglicher Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Verhältnis zu den Leistungsanbietern. Kopfprämien ermöglichen allerdings die Integration von Zu- und Abwahlleistungen – dies selbst ist aber kein lohnenswertes Ziel. Zu- und Abwahlleistungen würden zwar die Wahlmöglichkeiten der Versicherten erhöhen. Diesem Vorteil stehen aber erhebliche Nachteile vor allem durch die Selbstselektion von Versicherten entgegen. Ein Wettbewerb um die Art der Leistungserbringung ist einem Wettbewerb um den Umfang des Leistungspakets vorzuziehen.

Kapitalgedeckte Kopfprämien halten die Beiträge nur eingeschränkt stabil.

Eine mögliche Kapitaldeckung hat keinen Einfluss auf die Gesundheitsausgaben. Allenfalls können die Folgen des demographischen Wandels auf der Einnahmeseite abgeschwächt, aber nicht vollkommen aufgehoben werden. Aus der Wettbewerbsperspektive ist Kapitaldeckung nur dann eine Alternative, wenn die Frage der Portabilität von Altersrückstellungen gelöst wird, wozu Lösungsmöglichkeiten identifiziert werden können. Kapitaldeckung ermöglicht unter bestimmten Voraussetzungen eine intertemporale Glättung und trägt insoweit zur Verbesserung der intergenerationellen Gerechtigkeit bei.

Die Weiterentwicklung des RSA wird auch in einem System von Kopfprämien nicht überflüssig.

Bei der Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien wird lediglich der Finanzkraftausgleich des RSA überflüssig – und das auch nur in vollem Ausmaß, wenn die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern entfällt. Dadurch sinkt das Umverteilungsvolumen des RSA, was an sich aber noch kein Indikator für die Wirksamkeit des RSA ist. Die Weiterentwicklung des derzeitigen RSA in Richtung eines morbiditätsorientierten RSA bliebe auch in einem System von Kopfprämien von zentraler Bedeutung, um Anreize der Krankenkassen zur Risiko Selektion zu neutralisieren. Lediglich bei risikoäquivalenten Prämien ist ein RSA konzeptionell überflüssig. Allerdings erweist sich diese Argumentation bei näherer Betrachtung als zu kurz gegriffen.

5 Fazit

Insgesamt erachten die Autoren dieser Expertise auf der Grundlage der vorstehenden Ausführungen die Argumente für die Notwendigkeit einer Einführung von Kopfpauschalen als nicht zwingend. Die meisten der von den Befürwortern genannten Argumente halten einer näheren Überprüfung nicht stand. Umgekehrt wird eine Reihe von mit diesen Modellen verbundenen Risiken von deren Befürwortern unterschätzt. Ebenso sind wichtige Fragen der Ausgestaltung des Transfermechanismus weiterhin unbeantwortet. Vor allem aber lenkt die Diskussion über die Finanzierung durch Kopfprämien von zentralen Problemen und Herausforderungen im Gesundheitswesen ab, die auch auf der Leistungs- und nicht nur auf der Finanzierungsseite liegen. Vor diesem Hintergrund ist eine Konzentration der öffentlichen Aufmerksamkeit auf eine wettbewerbliche Weiterentwicklung der GKV mit dem Ziel der Erhöhung von Qualität, Effektivität und Effizienz der Versorgung anstelle einer Debatte über Kopfprämien, Gesundheitspauschalen oder Bürgerpauschalen zu fordern.

6 Literatur

- BDA (2004). BDA-Finanzierungskonzept für das Gesundheitsprämienmodell. Berlin, Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände.
- Braun, B./H. Kühn/H. Reiners (1998). Das Märchen von der Kostenexplosion - Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt/M., Fischer.
- Buchner, F./F. Hessel/S. Greß/J. Wasem (2002). Gesundheitsökonomische Aspekte des hohen Alters und der demographischen Entwicklung. Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band 2: Ökonomische Perspektiven auf das hohe Alter. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Hannover, Vincentz.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Hrsg. (2003). Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin.
- CDU (2003). Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands 2003 „Deutschland fair ändern“. Berlin, Christlich Demokratische Union Deutschlands.
- CDU/CSU (2004). Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell. Berlin.
- Culhane, M. M. (2001). Global Aging - Capital Market Implications, Chicago Goldman Sachs Strategic Relationship Management Group.
- Deutsche Bundesbank (1999). “Möglichkeiten und Grenzen einer verstärkten Kapitaldeckung der gesetzlichen Alterssicherung in Deutschland.” Monatsbericht der Deutschen Bundesbank(12): 15-31.
- Deutscher Bundestag, Hrsg. (1994). Enquête-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Zwischenbericht. Zur Sache 4/1994. Bonn, Deutscher Bundestag.
- Dräther, H./H.Rothgang (2004). Die Familienmitversicherung für Ehepartner in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Problemanalyse und Lösungsvorschläge. ZeS-Arbeitspapier Nr. 9/04. Zentrum für Sozialpolitik.
- , Hrsg. (1996). Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter. Bonn, Deutscher Bundestag, BT-Drucksache 13/4945.
- , Hrsg. (2002). Enquête-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Schlußbericht. Zur Sache 3/2002. Berlin, Deutscher Bundestag.
- Ebsen, I./S. Greß/K. Jacobs/J. Szecseny/J. Wasem (2003). “Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.” Soziale Sicherheit 52(4): 128-32.
- FDP (2004). Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle - die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative. Dresden, Beschluss des 55. Ordentlichen Bundesparteitags der FDP.
- Fritzsche, B. (2004). “Verteilungspolitische Aspekte einer Umstellung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Pauschalprämien in Verbindung mit Ausgleichszahlungen.” RWI : Mitteilungen 54/55(1): 51-58.
- Greß, S. (2002). Krankenversicherung und Wettbewerb - Das Beispiel Niederlande. Frankfurt/New York, Campus.

- Greß, S./J. Wasem (2001). Die Abschaffung der Exit-Option für freiwillig Versicherte in der GKV - Realistische Finanzierungsalternative oder Einschränkung von Wahlmöglichkeiten? Der Preis der Gesundheit: Wissenschaftliche Analysen, politische Konzepte - Perspektiven zur Gesundheitspolitik. W. Michaelis. Landsberg, ecomed: 233-44.
- Greß, S./J. Wasem/H. Rothgang (2003). "Kopfprämien in der GKV - Keine Perspektive für die Zukunft." Arbeit und Sozialpolitik 57(9-10): 18-25.
- Heigl, A. (2001). "Age Wave - Zur Demographieanfälligkeit von Aktienmärkten." Policy Brief der HypoVereinsbank(4): 1-7.
- Henke, K.-D./W. Johannßen/G. Neubauer/U. Rumm/J. Wasem (2002). Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland. München, Vereinte Krankenversicherung.
- IGES/BASYS (2004). Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. Berlin/Augsburg.
- IGES/K. Lauterbach/J. Wasem (2004). Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich - Endbericht. Stand: 15. Juli 2004.
- Jacobs, K. (2003). "Die GKV als solidarische Bürgerversicherung." Wirtschaftsdienst 83(2): 88-92.
- Jacobs, K./P. Reschke/D. Cassel/J. Wasem (2002). Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung - Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Endbericht. Baden-Baden, Nomos, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 140.
- Knappe, E./R. Arnold (2002). Pauschalprämie in der Krankenversicherung – Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit. München, Gutachten im Auftrag des Verbandes der bayerischen Wirtschaft (vbw).
- Knappe, E./M. Becker (2003). Zuwahlleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung - ökonomische Begutachtung. Gutachten im Auftrag des "Forums für Solidarität und Wettbewerb in der GKV". Trier, Universität Trier.
- Knappe, E./T. Rubart (2001). Auswirkungen des demographischen Wandels - Gesetzliche Pflege- und Krankenversicherung im Vergleich. Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen. W. Schmähl, V. Ulrich. Tübingen, MohrSiebeck: 95-120.
- Kocher, R./S. Greß/J. Wasem (2002). "Das KVG - Vorbild für einen regulierten Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung?" Soziale Sicherheit CHSS(5): 299-307.
- Kommission "Soziale Sicherheit" zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (2003). Bericht der Kommission. Berlin.
- Krupp, H.-J./J. Weeber (2001). Risiken der Alterssicherung. Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren im Vergleich. Private Versicherung und Soziale Sicherung. H.-C. Mager, H. Schäfer, K. Schrüfer. Marburg, Metropolis: 185-202.
- Niebuhr, D./H. Rothgang/J. Wasem/S. Greß (2004). Die Bestimmung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung (Band 2). Düsseldorf, edition der Hans-Böckler-Stiftung Band 108.

- Nolting, H.-D./J. Wasem (2002). Der Patient vor der Wahl - Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung: Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002. Neuss, Janssen-Cilag.
- Rothgang, H. (2001). "Die Verfassungsgerichtsurteile zur Pflegeversicherung: Ausgangspunkt für eine Neuordnung der Sozialversicherung?" Sozialer Fortschritt(5): 121-26.
- Rürup, B. (1998). Umlageverfahren versus Kapitaldeckung. Handbuch Altersvorsorge. Gesetzliche, betriebliche und private Vorsorge in Deutschland. J. E. Cramer, W. Förster, F. Ruland. Frankfurt, Fritz Knapp/KNO.
- Rürup, B./E. Wille (2004). Finanzierungsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung, Gutachten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherer.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität - Gutachten 2003. Berlin, <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002). Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Jahresgutachten 2002/03. Stuttgart, Metzler Poeschel.
- Schellhorn, M. (2002). "Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz?" Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71(4): 411-26.
- Schmähl, W. (2000). Pay-as-you-go Versus Capital Funding: Towards a more Balanced View on Pension Policy - Some Concluding Remarks. Pensions in the European Union: Adapting to Economic and Social Change. G. Hughes, J. Steward. Boston, Kluwer Academic Publishers: 195-207.
- Schmähl, Winfried / Rothgang, Heinz (2004): Familie und Pflegeversicherung: Verfassungsrechtlicher Handlungsbedarf, Handlungsmöglichkeiten und ein Gestaltungsvorschlag, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 53. Jg., Heft 2, 181-191
- Schmähl, Winfried / Rothgang, Heinz / Viebrok, Holger (2005): Berücksichtigung von Familienleistungen in der Alterssicherung. Der Prüfauftrag des Bundesverfassungsgerichtes: Analyse und Folgerungen aus ökonomischer Sicht. DRV-Schriften. Frankfurt: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, i.E.
- SVR Wirtschaft (2004). Erfolge im Ausland - Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/05, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.
- van de Ven, W. P. M. M./R. Ellis (2000). Risk Adjustment in competitive health plan markets. Handbook of Health Economics. A. J. Culyer, J. P. Newhouse. Amsterdam, Elsevier North Holland. 1A: 755-845.
- Wasem, J. / S. Greß (2004). Geschlechtsspezifische Auswirkungen von Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungserhöhungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Expertise für das WSI. Essen. Download unter: www.uni-essen.de/medizin-management
- Wasem, J./S. Greß/K. G. H. Okma (2004). The regulation of private health insurance markets. Social health insurance in Western Europe. R. Saltman, R. Busse, J. Figueras. London, Open University Press: 227-47.
- Wasem, J./S. Greß/H. Rothgang (2003). Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung - Eine Perspektive für die Zukunft? Bremen, ZeS-Arbeitspapier 7/2003, Zentrum für Sozialpolitik.

- Wasem J./ F. Hessel (2003). Die Krankenversicherung in einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft. Münsteraner Reihe Bd. 86, Karlsruhe.
- Wasem J./F. Hessel/S. Gress (2004). Generationengerechtigkeit und Krankenversicherung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Generationengerechtigkeit – Inhalt, Bedeutung und Konsequenzen für die Alterssicherung. Jahrestagung 2003 des Forschungsnetzwerkes Alterssicherung (FNA) am 4. und 5. Dezember 2003 in Erfurt. DRV-Schriften Band 51. Frankfurt, 117-124.
- Werblow, A. (2002). “Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung.” Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung **71**(4): 427-36.
- Zweifel, P./M. Breuer (2002). Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Zürich, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller.

7 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen:

Abbildung 1: Prämie, Transfer und Nettoprämie für einen Einpersonen-Haushalt in Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen im Modell von Rürup et al.....	9
Abbildung 2: Prämie, Transfer und Nettoprämie für Erwachsene in einem Einpersonenhaushalt in Abhängigkeit vom Nettoäquivalenzeinkommen im Modell von Knappe/Arnold.....	15
Abbildung 3: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Haushaltsbruttoeinkommen im Modell von Zweifel/Breuer.....	20
Abbildung 4: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Nettoäquivalenzeinkommen im Modell von Henke et al.....	22
Abbildung 5: Prämie, Beitrag zur Krankengeldversicherung, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit von den Bruttoeinnahmen im Modell von Rürup/Wille, Variante steuerfinanzierter sozialer Ausgleich.....	30
Abbildung 6: Prämie, Beitrag zur Krankengeldversicherung, Transfer und Nettoprämie in Abhängigkeit von den Bruttoeinnahmen im Modell von Rürup/Wille, Variante beitragsfinanzierter sozialer Ausgleich	31
Abbildung 7: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit von den Bruttoeinnahmen im BDA-Modell bei unterschiedlichen Überforderungsgrenzen	36
Abbildung 8: Prämie, Transfer und Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom anrechenbaren Einkommen im Modell von Fritzsche, beide Varianten	40
Abbildung 9: Prämien, Transfer, Nettoprämie und Belastung des Einkommens eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Einkommen im CDU/CSU-Modell	43
Abbildung 10: Prämien, Transfer, Nettoprämie eines Einpersonenhaushaltes in Abhängigkeit vom Einkommen im SVR-Modell.....	45
Abbildung 11: Prämie, Transfer und Nettoprämie für einen Zweipersonen-Haushalt in Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen im Modell von Rürup et al.....	63

Tabellen:

Tabelle 1: Umverteilungsdimensionen in der GKV und in Kopfprämienmodellen 47
Tabelle 2: Postulierte Vorteile der Kopfprämienmodelle 49
Tabelle 3: Dimensionen der Prämienkalkulation 81

8 Anhang 1: Tabellarische Übersicht der Kopfprämienmodelle

	Modell 1: Rürup et al.	Modell 2: Knappe et al.	Modell 3: Zweifel et al.	Modell 4: Henke et al.
Beitragsfreie Mitversicherung für Ehegatten	Nein	Nein	Nein	Nein
Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder	Ja	Nein	Nein	Ja
Höhe der Kopfprämien	210 €pro Monat pro Erwachsenen	170 €pro Monat pro Erwachsenen 80 €pro Monat pro Kind	Risikoäquivalent und daher nicht prognostizierbar Im Durchschnitt 140 €pro Person	200 €pro Monat pro Erwachsenen
Arbeitgeberbeitrag	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil – für die gesamte Wohnbevölkerung	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil – für die gesamte Wohnbevölkerung	Keine Aussage
Finanzierung des steuerlichen Transfermechanismus	Erhöhtes Steueraufkommen	Erhöhtes Steueraufkommen Einsparungen bei Sozialhilfe und Beihilfe	Erhöhtes Steueraufkommen Abbau der Zahlungen anderer Sozialversicherungsträger an die GKV	Steuerfinanzierung
Ausgestaltung des Transfermechanismus	Variante 1: Belastungsgrenze 13,3% des Bruttoeinkommens Variante 2: Belastungsgrenze 16% des Bruttoeinkommens	Linear fallender Zuschuss bei einem Äquivalenzeinkommen zwischen 620 und 1.360 €	Höchstprämie: 15 % des individuellen Bruttoeinkommens Subventionierung der Differenz zwischen Risikoprämie und Höchstprämie	Belastungsgrenze 15 % des Gesamteinkommens
Ausgleichsvolumen	28,4 Mrd. €pro Jahr (Variante 1) 22,6 Mrd. €pro Jahr (Variante 2)	19 bis 21 Mrd. €pro Jahr	35,5 Mrd. €pro Jahr	25 Mrd. €pro Jahr
Kalkulation der Beiträge	Umlagefinanzierung	Umlagefinanzierung	Kohortenspezifische Risikoprämien Kapitaldeckung nicht ausgeschlossen	Kapitaldeckung
Umfang des Leistungskatalogs	Reduzierter Leistungskatalog	Grundleistungskatalog	Grundleistungskatalog	Grundleistungskatalog
Beziehung zwischen GKV und PKV	Wie Status Quo	Unterscheidung zwischen PKV und GKV entfällt	Unterscheidung zwischen PKV und GKV entfällt	Unterscheidung zwischen PKV und GKV entfällt
Versicherter Personenkreis	Wie Status Quo	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbevölkerung	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbevölkerung	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbevölkerung
Wettbewerbsordnung	Diskriminierungsverbot und Kontrahierungszwang Morbidityorientierter RSA Vertragswettbewerb Einheitlicher Leistungskatalog	Diskriminierungsverbot und Kontrahierungszwang RSA nur nach Alter und Geschlecht Rückversicherungspflicht Angebot von Zu- und Abwahlleistungen durch die Krankenkassen	Kein Kontrahierungszwang (ggf. staatliche Auffanglösungen) Kurzperiodige Risikoprüfung Wegfall des RSA Zu- und Abwahlleistungen Frei gestaltbare Selbstbehalte	Diskriminierungsverbot und Kontrahierungszwang Morbidityorientierter RSA Vertragswettbewerb Einheitlicher Leistungskatalog

	Modell 1: Rürup et al.	Modell 2: Knappe et al.	Modell 3: Zweifel et al.	Modell 4: Henke et al.
Verteilungswirkungen	Keine Angaben zu Verteilungswirkungen unter Berücksichtigung der steuerlichen Gegenfinanzierung des Transfermechanismus	Neuverteilungsgewinne und Neuverteilungsverluste	Keine Angaben	Keine Angaben
Auswirkungen auf öffentliche Haushalte	Defizit von 4,4 Mrd. € bis 10,2 Mrd. € gegenüber Status Quo (je nach Belastungsgrenze)	Aufkommensneutral (+/- 1 Mrd. €)	Weitgehend aufkommensneutral	Keine Angaben
Grenzbelastung des Einkommens im Transferbereich (ohne Berücksichtigung von Steuererhöhungen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs)	13,3% (Variante 1) bei Einkommen von 0 bis 1.579 € ansonsten 0 16,6% (Variante 2) bei Einkommen von 0 bis 1.313 € ansonsten 0	23% bei Einkommen zwischen 620 € und 1.360 € ansonsten 0	15% bei Einkommen von 0 bis 933 € ansonsten 0	15% bei einem Einkommen von 0 bis 1.333 € ansonsten 0

	Modell 5: „Herzog-Kommission“	Modell 6: CDU 2003	Modell 7: Rürup/Wille	Modell 8: BDA
Beitragsfreie Mitversicherung für Ehegatten	Nein	Nein	Nein	Nein
Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder	Ja	Nein (Zahlung durch Dritte)	Nein (Zahlung durch Dritte)	Ja
Höhe der Kopfprämien	264 €pro Monat pro Erwachsenem (ab 2013)	200 €pro Erwachsenem (180 €Grundbeitrag und 20 €Vorsorgebeitrag) 90 €pro Kind (Finanzierung durch Steuermittel: Zahlung des halben Grundbeitrags durch Kindergeldstelle)	169 €pro Monat pro Erwachsenem 78 €pro Monat pro Kind (Finanzierung durch Steuermittel: Zahlung durch Kindergeldstelle)	163 €pro Monat pro Erwachsenem
Arbeitgeberbeitrag	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil Versteuerung des Arbeitgeberzuschusses für privat Versicherte Versteuerung eines fiktiven Arbeitgeberzuschusses für Beihilfeberechtigte	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil
Finanzierung des steuerlichen Transfermechanismus	Steuerfinanzierung	Steuerfinanzierung Finanzierung aus dem „durch wirtschaftliche Dynamik gestiegenen allgemeinen Einkommensteueraufkommens, Subventionsabbau oder Verzahnung mit der Großen Einkommensteuerreform“	Steuerfinanzierung der Prämien für Kinder Variante A: Gesundheitsaufschlag auf den Solidaritätszuschlag (11,9 Prozentpunkte) Variante B: Anhebung des Normalsatzes der Umsatzsteuer um 2,5 Prozentpunkte Variante C: Einkommensabhängige Zuschläge auf die bisherigen beitragspflichtigen Einnahmen von 2,9 Prozentpunkten	Steuerfinanzierung
Ausgestaltung des Transfermechanismus	Keine Angaben	Leistungsgesetz Automatischer Ausgleich zwischen Finanzamt und Krankenversicherung auf der Grundlage des Einkommensteuerbescheid (ohne Vermögensanrechnung) Belastungsgrenze nach Übergangsphase: 15% des Bruttohaushaltseinkommens	Belastungsgrenze in Höhe von 12,5% der jährlichen Bruttoeinnahmen (ohne horizontalen Verlustausgleich) einschl. Krankengeldversicherung und GKV-durchschnittliche Kopfprämie bzw. einkommensabhängigem Zuschlag Steuerfinanzierung: Auszahlung durch Krankenkassen (Bundeszuschuss wird über Bundesversicherungsamt verteilt) Beitragsfinanzierung: Verteilung der Zuschläge durch das Bundesversicherungsamt	Bedarfsprüfung durch Krankenkassen Belastungsobergrenze von 12,5% des Bruttoeinkommens

	Modell 5: „Herzog-Kommission“	Modell 6: CDU 2003	Modell 7: Rürup/Wille	Modell 8: BDA
Ausgleichsvolumen	27,3 Mrd. €	15-17 Mrd. € für beitragsfreie Mitversicherung der Kinder Keine Angaben für Sozialausgleich	15,8 Mrd. € für beitragsfreie Mitversicherung der Kinder (Finanzierung durch Versteuerung der ausgeschütteten Arbeitgeberbeiträge) 22,5 Mrd. € für Sozialausgleich bei Steuerfinanzierung 26 Mrd. € für Sozialausgleich bei Beitragsfinanzierung	20 Mrd. €
Kalkulation der Beiträge	Kapitaldeckung	Umlageverfahren (Grundbeitrag) Kapitaldeckung (Vorsorgebeitrag)	Umlageverfahren	Umlageverfahren
Umfang des Leistungskatalogs	Reduzierter Leistungskatalog (Streichung von Krankengeld und Zahnbehandlung)	Heutiger Leistungskatalog (einschl. Krankengeld und Zahnbehandlung)	Um Krankengeld reduzierter Leistungskatalog	Reduzierter Leistungskatalog (Streichung von Satzungsleistungen und versicherungsfremden Leistungen, Erhöhung von Zuzahlungen)
Beziehung zwischen GKV und PKV	Trennung bleibt erhalten	Trennung bleibt erhalten	Trennung bleibt erhalten	Trennung bleibt erhalten
Versicherter Personenkreis	Wie Status Quo	Wie Status Quo	Wie Status Quo	Wie Status Quo
Wettbewerbsordnung	Vertragswettbewerb Prüfung der Weiterentwicklung des RSA	Vertragswettbewerb Prüfung der Weiterentwicklung des RSA	Keine Angaben	Keine Angaben
Verteilungswirkungen	Keine Angaben	Keine Angaben	Untere Einkommensgruppen stellen sich keinesfalls schlechter Mittlere Einkommensgruppen stellen sich deutlich besser	Keine Angaben
Auswirkungen auf öffentliche Haushalte	Keine Angaben	Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder ist aufkommensneutral Keine Angaben für Sozialausgleich	Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder ist aufkommensneutral Steuerfinanzierung: Mehrbelastung um 22,5 bis 26 Mrd. € Beitragsfinanzierung: Aufkommensneutral	Aufkommensneutral
Grenzbelastung des Einkommens im Transferbereich (ohne Berücksichtigung von Steuererhöhungen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs)	Wegen fehlender Angaben zum Transfermechanismus nicht berechenbar	15% bei Einkommen von 0 bis 1.333 € ansonsten 0	12,5% bei Einkommen von 0 bis 1.482 € ansonsten 1,1% bei steuerfinanziertem sozialen Ausgleich; 12,5% bei Einkommen von 0 bis 1.988 € ansonsten 4,0% bei beitragsfinanziertem sozialen Ausgleich	16% bei Einkommen von 0 bis 1.019 € ansonsten 0 oder 12,5% bei Einkomm von 0 bis 1.304 € ansonsten 0.

	Modell 9: FDP-Modell	Modell 10: Modell Fritzsche	Modell 11: CDU/CSU	Modell 12: SVR Wirtschaft
Beitragsfreie Mitversicherung für Ehegatten	Nein	Nein	Nein	Nein
Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder	Nein	Ja	Zunächst Ja; perspektivisch Nein	Ja
Höhe der Kopfprämien	Risikoäquivalent und daher nicht prognostizierbar	Hochgerechnet auf 2003: 280 €(Grundvariante) 390 €(Umverteilungsvariante)	169 €pro Erwachsenem pro Jahr Davon 109 €gezahlt durch Versicherte und 60 €durch Sondervermögen	198 €pro Erwachsenem pro Jahr
Arbeitgeberbeitrag	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil	Auszahlung als steuerfreier Lohnbestandteil	Der auf 6,5 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens festgeschriebene Arbeitgeberanteil fließt steuerfrei in ein Sondervermögen	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil
Finanzierung des steuerlichen Transfermechanismus	Keine Angaben	Entfällt, da Finanzierung über die Kopfprämie	Durch Sondervermögen und reduzierte Steuersenkungen in der Zukunft	Erhöhtes Steueraufkommen durch Auszahlung Arbeitgeberanteil: 16-17 Mrd. € Erhöhung des Solidaritätszuschlags auf die Einkommensteuerschuld um 6,5 Prozentpunkte für alle lohn- und einkommensteuerpflichtigen Personen (nicht für Körperschaften). Parallelverschiebung des Einkommensteuertarifs nach oben (zusätzliche proportionale Einkommensteuer in Höhe von 1,8 Prozent auf zu versteuernde Einkommen über dem Grundfreibetrag). Erhöhung des Normalsatzes der Umsatzsteuer von 16 Prozent um 1,7 Prozentpunkte.
Ausgestaltung des Transfermechanismus	Keine Angaben	15% des anrechenbaren Einkommens (Grundvariante) 12% des anrechenbaren Einkommens (Umverteilungsvariante) Abwicklung der Ausgleichszahlungen über Risikostrukturausgleich	7% des Einkommens	13 Prozent des anrechenbaren Einkommens (Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt)
Ausgleichsvolumen	Keine Angaben	In Zahlen von 1998: 60 Mrd. DM (Grundvariante) 190 Mrd. DM (Umverteilungsvariante)	Keine Angaben	30 Mrd. €

	Modell 9: FDP-Modell	Modell 10: Modell Fritzsche	Modell 11: CDU/CSU	Modell 12: SVR Wirtschaft
Kalkulation der Beiträge	Kapitaldeckung Kohortenspezifische Risikoprämien Nicht risikoäquivalent kalkulierter Pauschalтарif	Umlageverfahren	Umlageverfahren	Umlageverfahren Kapitaldeckung als Option
Umfang des Leistungskatalogs	Reduzierter Leistungskatalog (Streichung von Krankengeld und Zahnbehandlung)	Wie Status Quo	Keine Angaben	Reduzierter Leistungskatalog (ohne Krankengeld)
Beziehung zwischen GKV und PKV	Privatisierung der GKV	Wie Status Quo	Wie Status Quo	Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze
Versicherter Personenkreis	Gesamte Wohnbevölkerung	Wie Status Quo	Wie Status Quo	Gesamte Wohnbevölkerung
Wettbewerbsordnung	Kostenerstattung, sonst keine näheren Angaben	Keine Angaben	Vertragswettbewerb	Diskriminierungsverbot und Kontrahierungszwang Morbidityorientierter RSA Vertragswettbewerb Einheitlicher Leistungskatalog
Verteilungswirkungen	Keine Angaben	Grundvariante: Belastung allein lebender Geringverdiener; Entlastung von Alleinverdienern mit mittlerem und hohem Einkommen; Moderate Belastung von Ein-Verdiener-Ehepaaren. Insgesamt Umverteilung von unten nach oben. Umverteilungsvariante: Entlastung allein lebender Personen. Starke Belastung von Ein-Verdiener-Ehepaaren mit hohem Einkommen. Insgesamt Umverteilung von oben nach unten.	Entlastung mittlerer Einkommen	Abhängig von der Art der Steuererhöhung Proportionale Erhöhung Einkommensteuer: Entlastung geringer Einkommen; Belastung hoher Einkommen; Progressivität nimmt zu, wenn der Solidaritätszuschlag erhöht wird Erhöhung Mehrwertsteuer: Entlastung mittlerer und oberer Einkommen, Belastung geringer Einkommen
Auswirkungen auf öffentliche Haushalte	Keine Angaben	Keine (Finanzierung der Transfers innerhalb des Prämiensystems)	Aufkommensneutral	Zusatzbelastung durch Steuererhöhung von rund 13 Mrd. €
Grenzbelastung des Einkommens im Transferbereich (ohne Berücksichtigung von Steuererhöhungen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs)	Wegen fehlender Angaben zum Transfermechanismus nicht berechenbar	15% bei Einkommen von 0 bis 1.567 € ansonsten 0; 12% bei Einkommen von 0 bis 2.875 € (Umverteilungsvariante)	13,5% bei Einkommen von 0 bis 1.557 € 7% bei Einkommen von 1.557 € bis zu 3.362 € 0 bei darüberliegendem Einkommen	13% bei Einkommen von 0 bis 1.523 € ansonsten 0

9 Anhang 2: Rechenbeispiel für die Entwicklung der Arbeitgeberkosten bei steigenden Gesundheitskosten und Löhnen

Annahmen:

- Zum Zeitpunkt t_0 betragen die Gesundheitskosten 140 Geldeinheiten, die Lohnsumme 1000 und der sich daraus rechnerisch ergebende Beitragssatz 14%. Bei paritätischer Beitragstragung entfallen auf die Arbeitnehmer 70 Geldeinheiten und auf die Arbeitgeber ebenfalls 70, die gesamten vom Arbeitgeber zu tragenden Arbeitskosten belaufen sich damit auf 1070 Geldeinheiten.
- Bei einer Umstellung auf Kopfprämien wird der Arbeitgeberbeitrag ausgezahlt. Die ausgezahlten Löhne von 1070 sind dann Gegenstand weitere Lohnerhöhungen.

Gegenstand der Berechnungen:

- Geprüft werden soll, welche Arbeitgeberkosten entstehen, wenn autonome Steigerungen der Gesundheitskosten und der Löhne unterstellt werden. Dabei werden jeweils Steigerungen von 1 – 10% durchgespielt. Es ergeben sich somit 100 Kombinationen von Steigerungsraten. Die Beschäftigung wird als konstant unterstellt.
- Die Berechnungen werden zunächst für die traditionelle Beitragsfinanzierung und dann für Kopfprämienmodelle durchgeführt. Abschließend wird die Differenz der Arbeitgeberkosten zwischen beiden Modellen ausgewiesen.

Einkommensabhängige Beitragsfinanzierung:

- Der Beitragssatz ergibt sich als Quotient von Gesundheitskosten und Löhnen (Tabelle A1).
- Der Arbeitgeberanteil lässt sich als Produkt des hälftigen Beitragssatzes und der Lohnhöhe berechnen (Tabelle A2).
- Die Arbeitgeberkosten bestehen aus den Löhnen zuzüglich des Arbeitgeberanteils (Tabelle A3).

Tabelle A1: Beitragssatz

Lohnsteigerung	Lohnhöhe	Kostensteigerung									
		0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,1
		Gesundheitskosten									
		141,4	142,8	144,2	145,6	147	148,4	149,8	151,2	152,6	154
0,01	1.010	0,140	0,141	0,143	0,144	0,146	0,147	0,148	0,150	0,151	0,152
0,02	1.020	0,139	0,140	0,141	0,143	0,144	0,145	0,147	0,148	0,150	0,151
0,03	1.030	0,137	0,139	0,140	0,141	0,143	0,144	0,145	0,147	0,148	0,150
0,04	1.040	0,136	0,137	0,139	0,140	0,141	0,143	0,144	0,145	0,147	0,148
0,05	1.050	0,135	0,136	0,137	0,139	0,140	0,141	0,143	0,144	0,145	0,147
0,06	1.060	0,133	0,135	0,136	0,137	0,139	0,140	0,141	0,143	0,144	0,145
0,07	1.070	0,132	0,133	0,135	0,136	0,137	0,139	0,140	0,141	0,143	0,144
0,08	1.080	0,131	0,132	0,134	0,135	0,136	0,137	0,139	0,140	0,141	0,143
0,09	1.090	0,130	0,131	0,132	0,134	0,135	0,136	0,137	0,139	0,140	0,141
0,1	1.100	0,129	0,130	0,131	0,132	0,134	0,135	0,136	0,137	0,139	0,140

Tabelle A2: Arbeitgeberanteil

Lohnsteigerung	Lohnhöhe	Kostensteigerung									
		0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,1
		Gesundheitskosten									
		141,4	142,8	144,2	145,6	147	148,4	149,8	151,2	152,6	154
0,01	1.010	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,02	1.020	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,03	1.030	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,04	1.040	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,05	1.050	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,06	1.060	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,07	1.070	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,08	1.080	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,09	1.090	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0
0,1	1.100	70,7	71,4	72,1	72,8	73,5	74,2	74,9	75,6	76,3	77,0

Tabelle A3: Arbeitgeberkosten im herkömmlichen Finanzierungsmodell

Lohnsteigerung	Lohnhöhe	Kostensteigerung									
		0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,1
		Gesundheitskosten									
		141,4	142,8	144,2	145,6	147	148,4	149,8	151,2	152,6	154
0,01	1.010	1.081	1.081	1.082	1.083	1.084	1.084	1.085	1.086	1.086	1.087
0,02	1.020	1.091	1.091	1.092	1.093	1.094	1.094	1.095	1.096	1.096	1.097
0,03	1.030	1.101	1.101	1.102	1.103	1.104	1.104	1.105	1.106	1.106	1.107
0,04	1.040	1.111	1.111	1.112	1.113	1.114	1.114	1.115	1.116	1.116	1.117
0,05	1.050	1.121	1.121	1.122	1.123	1.124	1.124	1.125	1.126	1.126	1.127
0,06	1.060	1.131	1.131	1.132	1.133	1.134	1.134	1.135	1.136	1.136	1.137
0,07	1.070	1.141	1.141	1.142	1.143	1.144	1.144	1.145	1.146	1.146	1.147
0,08	1.080	1.151	1.151	1.152	1.153	1.154	1.154	1.155	1.156	1.156	1.157
0,09	1.090	1.161	1.161	1.162	1.163	1.164	1.164	1.165	1.166	1.166	1.167
0,1	1.100	1.171	1.171	1.172	1.173	1.174	1.174	1.175	1.176	1.176	1.177

Prämienmodell:

- Die Arbeitgeberkosten sind identisch mit den Lohnkosten
- Diese belaufen sich auf 1070 in t_0 und steigen dann entsprechend der Lohnerhöhung. Wird von Einflüssen der Gesundheitskosten auf die Lohnbildung abgesehen, sind die Arbeitgeberkosten nunmehr unabhängig von der Entwicklung der Gesundheitskosten (Tabelle A4).

Tabelle A4: Arbeitgeberkosten im Prämienmodell

Lohnsteigerung	Lohnhöhe	Kostensteigerung									
		0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,1
		Gesundheitskosten									
		141,4	142,8	144,2	145,6	147	148,4	149,8	151,2	152,6	154
0,01	1.010	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081	1.081
0,02	1.020	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091
0,03	1.030	1.102	1.102	1.102	1.102	1.102	1.102	1.102	1.102	1.102	1.102
0,04	1.040	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113
0,05	1.050	1.124	1.124	1.124	1.124	1.124	1.124	1.124	1.124	1.124	1.124
0,06	1.060	1.134	1.134	1.134	1.134	1.134	1.134	1.134	1.134	1.134	1.134
0,07	1.070	1.145	1.145	1.145	1.145	1.145	1.145	1.145	1.145	1.145	1.145
0,08	1.080	1.156	1.156	1.156	1.156	1.156	1.156	1.156	1.156	1.156	1.156
0,09	1.090	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166
0,1	1.100	1.177	1.177	1.177	1.177	1.177	1.177	1.177	1.177	1.177	1.177

Vergleich der Modelle:

- Tabelle A5 enthält den Differenzbetrag zwischen dem herkömmlichen Modell (Tabelle A4) und dem Prämienmodell (Tabelle A5).
- Die Arbeitgeberkosten sind identisch mit den Lohnkosten

Tabelle A5: Differenz der Arbeitgeberkosten (herkömmliches minus Prämienmodell)

Lohnsteigerung	Lohnhöhe	Kostensteigerung									
		0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,1
		Gesundheitskosten									
		141,4	142,8	144,2	145,6	147	148,4	149,8	151,2	152,6	154
0,01	1.010	0	1	1	2	3	4	4	5	6	6
0,02	1.020	-1	0	1	1	2	3	4	4	5	6
0,03	1.030	-1	-1	0	1	1	2	3	3	4	5
0,04	1.040	-2	-1	-1	0	1	1	2	3	4	4
0,05	1.050	-3	-2	-1	-1	0	1	1	2	3	4
0,06	1.060	-4	-3	-2	-1	-1	0	1	1	2	3
0,07	1.070	-4	-4	-3	-2	-1	-1	0	1	1	2
0,08	1.080	-5	-4	-4	-3	-2	-1	-1	0	1	1
0,09	1.090	-6	-5	-4	-4	-3	-2	-1	-1	0	1
0,1	1.100	-6	-6	-5	-4	-4	-3	-2	-1	-1	0

- Wie die Tabelle zeigt, führt das Prämienmodell immer dann niedrigeren Arbeitgeberkosten, wenn der Beitragssatz im herkömmlichen Modell steigt (Werte oben rechts von der Diagonalen, die Werte bei konstantem Beitragssatz (s. Tabelle A1) enthält).
- Bei einem sinkenden Beitragssatz führt das Modell einkommensbezogener Beiträge dagegen zu niedrigeren Arbeitgeberkosten.