

Auswirkungen verschiedener Modell- Varianten von Kopfpauschalen auf die Finanzierung von Krankenversiche- rungsleistungen in Deutschland

**Projekt gefördert von der
Hans Böckler Stiftung**

Anita B. Pfaff

Martin Pfaff

Axel Olaf Kern

Bernhard Langer

Augsburg-Stadtbergen, April 2003

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	III
TABELLENVERZEICHNIS	V
1 EINLEITUNG	1
2 MODELLVARIANTEN ZUR UMGESTALTUNG DER GKV-FINANZIERUNG IN DER DISKUSSION	3
2.1 Knappe Modell.....	3
2.2 Henke Modell.....	4
2.3 Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR)....	4
2.4 Breyer-Position.....	5
2.5 Vorteile von Kopfpauschalen	5
2.6 Kritik an Kopfpauschalen	7
3 FINANZIERUNGSWIRKUNGEN VON KOPFPRÄMIEN IN DER GKV	9
3.1 Methodisches Vorgehen.....	9
3.1.1 Bestimmung von Kopfprämien	9
3.1.2 Ermittlung von Belastungswirkungen	11
3.2 Die Höhe erforderlicher Kopfprämien in der GKV.....	13
3.2.1 Modell 1: Einheitliche Kopfprämien für alle Versicherten	14
3.2.2 Modell 2: Prämienreduzierte Versicherung von Familienangehörigen und Rentnern.....	19
3.2.3 Modell 3: Prämienfreie Versicherung der Minderjährigen.....	24
3.2.4 Zusammenfassung der verschiedenen Modellvarianten	29
3.3 Auswirkungen der Kopfprämien auf die Versicherten der GKV.....	30
3.3.1 Finanzielle Belastungswirkungen nach Familiengröße	31

3.3.2	Vergleich der Verteilungswirkungen von Kopfprämien mit einkommensbezogenen Beiträgen	32
3.3.2.1	Auswirkungen auf Alleinstehende, Alleinerziehende und Einverdienerfamilien	33
3.3.2.1.1	Prämienhöhe ohne Prämiensubvention	33
3.3.2.1.2	Prämienhöhe mit Prämiensubvention.....	36
3.3.2.2	Auswirkungen auf Zweiverdienerfamilien	39
3.3.2.2.1	Prämienhöhe ohne Prämiensubvention	40
3.3.2.2.2	Prämienhöhe mit Prämiensubvention.....	42
3.4	Verteilung der versicherten Gruppen auf Einkommensklassen	44
3.5	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	47
4	DAS SCHWEIZER MODELL DER KOPFPRÄMIEN	50
4.1	Ausgestaltung der Kopfprämien.....	51
4.2	System der Prämienverbilligung.....	53
4.2.1	Berechnung der Prämienverbilligung.....	53
4.2.2	Gewährung und Auszahlung der Prämienverbilligung.....	55
4.2.3	Kosten des Prämienverbilligungssystems	57
4.2.4	Sozialpolitische Wirksamkeit	58
4.2.5	Schlussbetrachtung.....	60
5	ZUSAMMENSCHAU UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	62
	LITERATURVERZEICHNIS	79
	ANHANG.....	81

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1:	MODELL 1: MONATLICHE VERSICHERTENEINHEITLICHE KOPFPRÄMIE NACH LEISTUNGSBEREICHEN IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO.....	14
ABBILDUNG 2:	MONATLICHE VERSICHERTENEINHEITLICHE KOPFPRÄMIEN UND EINKOMMENSBEZOGENE GKV-BEITRÄGE (NUR ARBEITNEHMERANTEIL) NACH BRUTTOEINKOMMEN IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO	15
ABBILDUNG 3:	MODELL 1: MONATLICHE VERSICHERTENEINHEITLICHE KOPFPRÄMIE FÜR UNTERSCHIEDLICHE GKV-LEISTUNGSUMFÄNGE IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO.....	16
ABBILDUNG 4:	MODELL 2: MONATLICHE DIFFERENZIERTE KOPFPRÄMIE NACH LEISTUNGSBEREICHEN IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO (VOLLPRÄMIE FÜR AKV-MITGLIEDER, HÄLFTIGE FÜR RENTNER UND MITVERSICHERTE FAMILIENANGEHÖRIGE).....	20
ABBILDUNG 5:	MODELL 2: MONATLICHE DIFFERENZIERTE KOPFPRÄMIEN UND EINKOMMENSBEZOGENE GKV-BEITRÄGE (NUR ARBEITNEHMERANTEIL) NACH BRUTTOEINKOMMEN IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO (VOLLPRÄMIE FÜR AKV-MITGLIEDER, HÄLFTIGE FÜR RENTNER UND MITVERSICHERTE FAMILIENANGEHÖRIGE).....	21
ABBILDUNG 6:	MODELL 2: MONATLICHE DIFFERENZIERTE KOPFPRÄMIE FÜR UNTERSCHIEDLICHE GKV-LEISTUNGSUMFÄNGE IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO (VOLLPRÄMIE FÜR AKV-MITGLIEDER, HÄLFTIGE FÜR RENTNER UND MITVERSICHERTE FAMILIENANGEHÖRIGE).....	22
ABBILDUNG 7:	MODELL 3: MONATLICHE VOLLE KOPFPRÄMIE NACH LEISTUNGSBEREICHEN IM JAHR 2001 BEI PRÄMIENFREIER VERSICHERUNG DER MINDERJÄHRIGEN, ANGABEN IN EURO.....	25
ABBILDUNG 8:	MODELL 3: MONATLICHE VOLLE KOPFPRÄMIEN BEI PRÄMIENFREIER VERSICHERUNG DER MINDERJÄHRIGEN UND EINKOMMENSBEZOGENE GKV-BEITRÄGE (NUR ARBEITNEHMERANTEIL) NACH BRUTTOEINKOMMEN IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO.....	26
ABBILDUNG 9:	MODELL 3: MONATLICHE VOLLE KOPFPRÄMIE BEI PRÄMIENFREIER VERSICHERUNG DER MINDERJÄHRIGEN FÜR UNTERSCHIEDLICHE GKV-LEISTUNGSUMFÄNGE IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO.....	27
ABBILDUNG 10:	EINKOMMENSBEZOGENE GKV-BEITRÄGE (EB) FÜR ALLEINVERDIENER UND KOPFPRÄMIEN (Kp) NACH FAMILIENSTAND UND BRUTTOEINKOMMENSKLASSEN, ANGABEN IN EURO.....	35
ABBILDUNG 11:	EINKOMMENSBEZOGENE GKV-BEITRÄGE (EB) FÜR ALLEINVERDIENER UND KOPFPRÄMIEN (Kp) IN PROZENT DES BRUTTOEINKOMMENS NACH FAMILIENSTAND UND BRUTTOEINKOMMENSKLASSEN, ANGABEN IN PROZENT	36

ABBILDUNG 12:	EINKOMMENSBEZOGENE GKV-BEITRÄGE (EB) FÜR ALLEINVERDIENER UND SUBVENTIONIERTER KOPFPRÄMIEN (Kp) NACH FAMILIENSTAND UND BRUTTOEINKOMMENSKLASSEN, ANGABEN IN EURO.....	37
ABBILDUNG 13:	EINKOMMENSBEZOGENE GKV-BEITRÄGE (EB) FÜR ALLEINVERDIENER UND SUBVENTIONIERTER KOPFPRÄMIEN (Kp) IN PROZENT DES BRUTTOEINKOMMENS NACH FAMILIENSTAND UND BRUTTOEINKOMMENS-KLASSEN, ANGABEN IN PROZENT	39
ABBILDUNG 14:	EINKOMMENSBEZOGENE GKV-BEITRÄGE (EB) FÜR ZWEIVERDIENERPAARE UND KOPFPRÄMIEN (Kp) MIT PRÄMIENFREIER VERSICHERUNG MINDERJÄHRIGER NACH FAMILIENSTAND UND BRUTTOMONATSEINKOMMENSKLASSEN IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO.....	41
ABBILDUNG 15:	EINKOMMENSBEZOGENE GKV-BEITRÄGE (EB) FÜR ZWEIVERDIENER UND KOPFPRÄMIEN (Kp) MIT PRÄMIENFREIER VERSICHERUNG MINDERJÄHRIGER IN PROZENT DES BRUTTOEINKOMMENS NACH FAMILIENSTAND UND BRUTTOMONATSEINKOMMENSKLASSEN IM JAHR 2001, ANGABEN IN PROZENT	42
ABBILDUNG 16:	EINKOMMENSBEZOGENE GKV-BEITRÄGE (EB) FÜR ZWEIVERDIENER UND SUBVENTIONIERTER KOPFPRÄMIEN (Kp) MIT PRÄMIENFREIER VERSICHERUNG MINDERJÄHRIGER NACH FAMILIENSTAND UND – BRUTTOMONATSEINKOMMENSKLASSEN, ANGABEN IN EURO	43
ABBILDUNG 17:	EINKOMMENSBEZOGENE GKV-BEITRÄGE (EB) FÜR ZWEIVERDIENER UND SUBVENTIONIERTER KOPFPRÄMIEN (Kp) IN PROZENT DES BRUTTOEINKOMMENS NACH FAMILIENSTAND UND BRUTTOMONATSEINKOMMENSKLASSEN, ANGABEN IN PROZENT.....	44
ABBILDUNG 18:	VERTEILUNG DER VERSCHIEDENEN VERSICHERTENGROUPEN IM JAHR 2001, ANGABEN ABSOLUT IN MIO.	45
ABBILDUNG 19:	ARBEITERINNEN- UND ANGESTELLTEN- SOWIE RENTNERHAUSHALTE NACH HAUSHALTSNETTOEINKOMMENSKLASSEN IM JAHR 1998, ANGABEN ABSOLUT	46
ABBILDUNG 20:	ARBEITERINNEN-/ANGESTELLTEN- UND RENTNERHAUSHALTE NACH FAMILIENTYP IM JAHR 1998, ANGABEN IN PROZENT.....	47
ABBILDUNG 21:	ANSTIEG DER MONATLICHEN DURCHSCHNITTSPRÄMIE 1996 BIS 2003, ANGABEN IN SFR.....	53

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1:	MONATLICHE VERSICHERTENEINHEITLICHE KOPFPAUSCHALEN UND EINKOMMENSBEZOGENE GKV-BEITRÄGE (ARBEITNEHMER- UND ARBEITGEBER-ANTEIL) FÜR UNTERSCHIEDLICHE BEMESSUNGSRUNDLAGEN UND FAMILIENTYPEN IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO	18
TABELLE 2:	MONATLICHE DIFFERENZIERTER KOPFPAUSCHALEN UND EINKOMMENSBEZOGENE GKV- BEITRÄGE (ARBEITNEHMER- UND ARBEITGEBER-ANTEIL) FÜR UNTERSCHIEDLICHE BEMESSUNGSRUNDLAGEN UND FAMILIENTYPEN IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO .	23
TABELLE 3:	MONATLICHE KOPFPAUSCHALEN FÜR ERWACHSENE UND EINKOMMENSBEZOGENE GKV- BEITRÄGE (ARBEITNEHMER- UND ARBEITGEBER-ANTEIL) FÜR UNTERSCHIEDLICHE BEMESSUNGSRUNDLAGEN UND FAMILIENTYPEN IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO .	28
TABELLE 4:	ALLGEMEINE MONATLICHE KOPFPAUSCHALEN UNTERSCHIEDLICHER MODELLVARIANTEN FÜR VERSCHIEDENE LEISTUNGSRUMFÄNGE DER GKV IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO	29
TABELLE 5:	MONATLICHE KOPFPAUSCHALEN BEI PRÄMIENFREIER VERSICHERUNG VON MINDERJÄHRIGEN FÜR UNTERSCHIEDLICHE FAMILIENHAUSHALTSTYPEN BEI VERSCHIEDENEN LEISTUNGSRUMFÄNGEN DER GKV IM JAHR 2001, ANGABEN IN EURO	32

1 Einleitung

Der Vorschlag, Kopfprämien zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einzuführen, ist nicht neu. Bereits im Jahr 1966 wurde diese Idee diskutiert.¹ Sie setzte sich allerdings nicht durch. Lediglich im Bereich der ambulanten Versorgung wird das Honorarvolumen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Basis von Kopfpauschalen vereinbart.

Die Finanzierung der GKV blieb hingegen bislang einkommensorientiert. Erst im Zuge der neueren Diskussionen über die finanzielle Lage der GKV und die angestrebte Reduzierung der Lohnnebenkosten² wurde der Vorschlag einer Kopfprämie erneut gemacht. Dabei wird insbesondere auf die Schweiz verwiesen, in der als einzigem Land in Europa seit 1996 eine Kopfprämie zur Finanzierung der Grundsicherung der Krankenversicherung besteht.

In der vorgelegten Arbeit werden zunächst wesentliche Elemente verschiedener Varianten einer Kopfpauschalenfinanzierung dargestellt. Daran anschließend werden Ergebnisse eigener Berechnungen zur Höhe und zu den Belastungswirkungen einer Kopfpauschale präsentiert. Dabei wurde auch berücksichtigt, welche Kopfpauschalen sich für verschiedene Leistungsbereiche ergeben würden.

Dies erscheint insbesondere vor dem Hintergrund der Diskussion um Ausgrenzungen von Leistungen von Bedeutung: Zur Verdeutlichung werden Kopfprämien für alternative reduzierte GKV-Leistungskataloge unter Berücksichtigung aktueller Ausgrenzungsvorschläge berechnet. Damit eingeschätzt werden kann, welche Wirkungen von Kopfpauschalen in der praktischen Umsetzung ausgehen und welche Rahmenbedingungen für eine effektive Einführung erforderlich

¹ Vgl. Schneider (2003), S. 47.

² Die Lohnnebenkosten setzen sich allerdings aus vielen Faktoren zusammen. Hierzu zählen neben den Beiträgen zur Gesetzlichen Rentenversicherung auch das 13. oder 14. Monatsgehalt, das Urlaubsgeld oder vermögenswirksame Leistungen. Der Anteil der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung an den Lohnnebenkosten beträgt lediglich 8,2 % (vgl. Beske (2003), S. A-818).

sind, werden Situation, Ausgestaltung und Erfahrungen aus der Schweiz beschrieben.

2 Modellvarianten zur Umgestaltung der GKV-Finanzierung in der Diskussion

Von Seiten verschiedener Gutachter wurde in letzter Zeit der Vorschlag unterbreitet, die Finanzierung des Leistungskatalogs der GKV auf einkommensunabhängige Kopfpauschalen umzustellen. Dabei stehen folgende Modellvarianten zur gesundheitspolitischen Diskussion:³

2.1 Knappe Modell

Das Modell von KNAPPE ET AL. (2002) sieht eine Finanzierung der GKV über einkommensunabhängige Kopfpauschalen vor, wobei die Finanzierungsalternativen für Kinder von einer beitragsfreien Versicherung bis zur Zahlung der vollen Kopfpauschalen-Prämie reichen. Mit einer Umstellung der Finanzierung wäre nach diesem Modellvorschlag zugleich eine *Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf die gesamte Bevölkerung* verbunden. Der Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung würde als steuerpflichtiger Lohnbestandteil künftig an die Arbeitnehmer ausbezahlt werden. Zur Abmilderung der Belastungen, die unteren Einkommensbezieher durch ein Kopfprämiensystem entstehen, schlägt KNAPPE ein komplexes Steuertransfersystem vor, das ein Umverteilungsvolumen von ca. 20 Mrd. EURO erfordert. Die Gegenfinanzierung erfolgt durch die Versteuerung des künftig ausbezahlten Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung sowie durch Einsparungen bei Sozial- und Beihilfe sowie der Krankenversicherung der Landwirte, so dass der Staatshaushalt je nach Kopfpauschalenmodell maximal mit „lediglich“ ca. 4 Mrd. EURO belastet würde. Nicht enthalten sind in diesen Berechnungen die Verwaltungskosten eines zu installierenden Steuertransfersystems. Darüber hinaus müssten auch die eingesparten Arbeitgeberkosten für die nicht mehr notwendige Abführung der Sozialversicherungsbeiträge zur GKV berücksichtigt werden.

³ Die verschiedenen Vorschläge zur Reform der GKV sowohl auf der Leistungs- als auch auf der Finanzierungsseite sind in einer Übersicht im Anhang dargestellt.

2.2 Henke Modell

Der Vorschlag von HENKE ET AL. (2002) sieht ebenfalls einkommensunabhängige Kopfprämien vor, wobei unterstellt wird, dass Personen unter 21 Jahren generell beitragsfrei versichert wären. Wie bei KNAPPE ET AL. ist auch in diesem Modell die *Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf die gesamte Bevölkerung* sowie die steuerpflichtige Auszahlung des Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung an die Arbeitnehmer vorgesehen. Zur Vermeidung von sozialen Härten solle die Prämienbelastung 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens nicht übersteigen, wobei der überschüssende Finanzierungsbedarf aus Steuermitteln zu begleichen sei. Dieses Beitragssystem erforderte ein Umverteilungsvolumen über den Steuer-Transfer-Mechanismus von ca. 25 Mrd. EURO.

2.3 Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR)

Ebenfalls eine Umstellung der einkommensabhängigen paritätischen Beitragsfinanzierung auf versichertenbezogene Kopfprämien fordert der SVR in seinem Jahresgutachten 2002/2003.⁴ Versicherungspflichtig wären nach diesem Modellvorschlag alle derzeit in der GKV versicherten Personen. Die Kopfprämien könnten je nach Krankenkasse unterschiedlich hoch und langfristig auch risikoäquivalent kalkuliert sein. Die Umverteilungsaufgaben zur Vermeidung sozialer Härten sollten aus dem Krankenversicherungssystem herausgenommen und über das staatliche Steuer- und Transfersystem erfolgen. Zusätzlich sieht der Vorschlag des SVR vor, den GKV-Leistungskatalog um Zahnersatz, Sterbe- und Entbindungsgeld, Unfallfolgen sowie Leistungen zur Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch zu reduzieren.⁵ Anders als KNAPPE ET AL. und HENKE ET AL. plädiert der SVR für eine steuerfreie Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur Sozialversicherung.

⁴ Vgl. SVR (2002), S. 285ff.

⁵ Vgl. SVR (2002), S. 274ff.

2.4 Breyer-Position

BREYER ET AL. (2001) geben zwar keine eigenen Empfehlungen zur Ausgestaltung eines Kopfpauschalensystems ab, jedoch werden die Auswirkungen einer Kopfprämie auf die GKV-Versicherten simuliert. Dabei verweisen die Gutachter zwar auf die ihrer Meinung nach ordnungspolitische Vorteilhaftigkeit eines Kopfprämiensystems. Jedoch beträgt das Transfervolumen zur Abmilderung von sozialen Härten nach ihren Berechnungen mindestens 25 Mrd. EURO⁶. Deshalb sollte dem sozialen Ausgleich „in den wissenschaftlichen und politischen Diskussionen über die allokativen Vorzüge eines Kopf-Beitrags-Systems für die Krankenversicherungen in Deutschland mehr Aufmerksamkeit als bislang gewidmet werden.“⁷

2.5 Vorteile von Kopfpauschalen

Generell werden dem Kopfpauschalenmodell folgende Vorteile zugeschrieben:⁸

- Beitragsungerechtigkeiten im bestehenden GKV-System werden beseitigt, indem alle Bürger ohne Versicherungspflichtgrenze einbezogen werden;
- Deutliche Verringerung der Lohnnebenkosten und damit Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft;
- Entkoppelung der Finanzierung der GKV von den Arbeitskosten;
- Stärkere Demographieresistenz im Vergleich zu der bestehenden GKV-Finanzierung;
- Zielgenauere Erfüllung verteilungspolitischer Funktionen;

⁶ Dieser Wert wurde unter Annahme einer maximalen Kopfprämienbelastung in Höhe von 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens bestimmt.

⁷ Breyer et al. (2001), S. 201.

⁸ Vgl. SVRKAIG (2003), S. 112f.; Knappe et al. (2002), S. 21; Henke et al. (2002), S. 13ff.; SVR (2002), S. 285f.; Breyer et al. (2001), S. 177; Wagner (2003), S. 94, Zweifel (2003).

- Die Finanzierung über Kopfpauschalen wäre ohne bzw. nur mit geringen Belastungen des Fiskus möglich;
- Kostensenkung und Verbesserung der Qualität;
- Vereinfachung des Risikostrukturausgleichs.

Zu einer Umstellung der Finanzierung der GKV auf einkommensunabhängige Kopfprämien wird in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion zugleich auch eine Reduktion des Leistungskatalogs der GKV gefordert. Von den angesprochenen Modellvorschlägen sieht sowohl die Kommission nachhaltige Finanzierung (Rürup-Kommission) als auch der SVR die Einführung von Kopfpauschalen in Verbindung mit einer Reduktion des Leistungskatalogs vor. Weitergehende Vorschläge von Mitgliedern der RÜRUP-KOMMISSION fordern gar, auch zahnärztliche Behandlung nach einer Übergangsphase ganz aus dem Leistungskatalog der GKV zu streichen.⁹

Daneben sind insbesondere vom Sachverständigenrat Gesundheit (SVRKAIG) konkrete Vorschläge in diese Richtung unterbreitet worden. So wird im Jahresgutachten 2003 die Ausgliederung von Sterbegeld, Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen nach §§ 195ff. RVO, Leistungen zur Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V sowie die Finanzierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung aus dem Leistungskatalog der GKV gefordert.¹⁰

⁹ Vgl. o.V. (2003a).

¹⁰ Vgl. SVRKAIG (2003), S. 115. Neben der Ausgliederung der krankensicherungsfremden Leistungen schlägt der SVRKAIG, allerdings ohne die Höhe der Einsparmöglichkeiten zu nennen, eine Reduzierung des GKV-Leistungskatalogs um bestimmte Fahrtkosten in Abhängigkeit von der Verkehrsanbindung und der Behandlungsintensität, ambulante Vorsorgeleistungen in Bade- oder Kurorten, kieferorthopädische Leistungen für Erwachsene und Jugendliche, soweit die Behandlungsbedürftigkeit nicht bestimmten validen Indizes genügt, in Abhängigkeit von ihrer Evidenzbasierung Indikationen und Formen der ambulanten Psychotherapie bei Erwachsenen, nicht wirksame Verfahren der sog. Alternativmedizin und entsprechende Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen sowie indikationsabhängig Heil- und Hilfsmittel vor (vgl. SVRKAIG (2003), S. 161f.).

2.6 Kritik an Kopfpauschalen

Neben den zahlreichen Befürwortern einer GKV-Finanzierung über versicher-tenbezogene Kopfprämien gibt es aber auch kritische Stimmen. So hegt der SVRKAIG aufgrund des enormen Steuertransferbedarfs einer Kopfprämienfi-nanzierung sowie der derzeitigen und absehbaren Haushaltslage der Gebiets-körperschaften „Zweifel hinsichtlich eines vollen Ausgleichs der distributiven Effekte.“¹¹

Falls sich der Kopfprämienzuschuss für sozial Schwache am Haushaltsgesamt-einkommen orientiert, kann er nicht mehr im Rahmen des Lohnabzugsverfah-rens von den Arbeitgebern gewährt werden. Kritiker sehen im dann notwendi-gen Antragsverfahren das Problem zwangsläufig stark schematisierender Grenzwerte und pauschalisierender Einkommensbegriffe. Da die Modellvor-schläge von Henke und Knappe von einer steuerpflichtigen Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags ausgehen, würde dieser Betrag die Beitragsbemessungs-grundlage zur Renten- und Arbeitslosenversicherung erhöhen. Durch ein derar-tiges Kopfprämien-system würden die Sozialabgaben nicht, wie von Befürwor-tern von Kopfprämien postuliert, gesenkt, sondern zumindest kurzfristig sogar noch erhöht.¹²

Ebenfalls generell abgelehnt wird eine GKV-Finanzierung über Kopf-Prämien vom Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB), der am System der einkommens-bezogenen Beitragsbemessung festhalten möchte. Als Ablehnungsgründe wer-den insbesondere folgende Aspekte genannt:¹³

- Benachteiligung von Familien der unteren und mittleren Einkommens-schichten;
- Intransparente und komplexe Finanzierung des sozialen Ausgleichs;

¹¹ SVRKAIG (2003), S. 114.

¹² Vgl. Schneider (2003), S. 46ff.

¹³ Vgl. DGB (2003), S.10. Ähnlich ist die Position der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), vgl. Mönig-Raane (2003), S. 95.

- Nicht die Bedürfnisse von Versicherten und Patienten, sondern haushalterische Gesichtspunkte rückten in den Mittelpunkt.

3 Finanzierungswirkungen von Kopfprämien in der GKV

Im folgenden Kapitel werden für die Finanzierung von GKV-Leistungen notwendige Höhen von Kopfprämien für verschiedene Kopfpauschalenmodelle ermittelt. Zur Veranschaulichung werden Modelle mit einer einheitlichen Kopfprämie (Modell 1), mit einer prämienreduzierten Versicherung von Familienangehörigen und Rentnern (Modell 2) sowie mit einer prämienfreien Versicherung von Minderjährigen (Modell 3) unterschieden. Zusätzlich erfolgt je nach Modellvorschlag die Berechnung von Kopfprämien für die von verschiedenen Institutionen propagierten Leistungsausgrenzungen. Dabei werden die Auswirkungen auf die Kopfprämienhöhe von Leistungsausgrenzungen des Zahnersatzes, der gesamten zahnärztlichen Behandlung sowie der Vorschläge des SVRKAIG bzw. des SVR näher betrachtet.

3.1 Methodisches Vorgehen

3.1.1 Bestimmung von Kopfprämien

Die detaillierte Bestimmung von Kopfprämien zur Finanzierung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erfordert sowohl Informationen über die Status-quo-GKV-Ausgaben, die Anzahl der Versicherten als auch über deren Versicherungsstatus (Mitglieder oder mitversicherte Familienangehörige, AKV- oder KVdR-Mitglieder).

Deshalb wurde in einem ersten Schritt die Versichertenstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2001 nach Mitversicherten, Rentnern¹⁴ sowie den sonstigen Versicherten differenziert. Die dafür notwendigen Informationen konnten direkt aus der Versichertenstatistik der GKV entnommen werden. Für die Bestimmung des Anteils der Minderjährigen an der GKV-Versichertenpopulation wurde der Anteil der Minderjährigen an der gesamten

¹⁴ Als Abgrenzungskriterium wurde hierbei die Zugehörigkeit zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) gewählt.

Bevölkerung auf Basis der Angaben des Statistischen Bundesamtes von Anfang 2001 ermittelt und auf die GKV hochgerechnet.

Die Bestimmung von Kopfprämien erfolgte für unterschiedliche Modellvarianten, wobei sich die Modelle hinsichtlich der Prämienbelastung für verschiedene Versichertengruppen unterscheiden. Je nach Modellvariante erhalten Versicherte, die volle Kopfprämien bezahlen, zur Berechnung den Gewichtungsfaktor eins. Die restlichen Versichertengruppen erhalten in Abhängigkeit von ihrem zu leistenden Anteil an vollen Kopfprämien entsprechend einen Gewichtungsfaktor von kleiner als eins. Durch Multiplikation der Versichertenzahlen der entsprechenden Versichertengruppen mit den jeweiligen Gewichtungsfaktoren konnten für jedes Kopfprämienmodell „gewichtete“ Versichertenzahlen (= das Äquivalent von vollbezahlenden Versicherten) bestimmt werden.

Die Ausgaben der GKV aus dem Jahr 2001 wurden zunächst in die Leistungsbereiche zahnärztliche Behandlung, ambulante ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel und Krankenhausbehandlung aufgegliedert. Die übrigen Ausgabenbereiche wurden in einer eigenen Gruppe zusammengefasst.

Durch Multiplikation des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes des Jahres 2001 von 13,5 % bzw. einem Arbeitnehmeranteil von 6,75 % mit unterschiedlichen beitragspflichtigen Bruttoeinkommen wurden fiktive einkommensbezogene GKV-Beiträge ermittelt und mit den Prämienhöhen der verschiedenen Kopfpauschalenmodelle verglichen.

Für jedes Kopfpauschalenmodell wurde ebenfalls auf Basis der Daten des Jahres 2001 die durch die aktuell diskutierten Reduktionen des GKV-Leistungskatalogs sich ergebenden GKV-Ausgaben errechnet. Dazu wurden die gesamten GKV-Ausgaben um die Ausgaben der jeweils auszugrenzenden Leistungsbereiche vermindert. Folgende Ausgrenzungsvorschläge wurden in den Berechnungen berücksichtigt:

- Ausgrenzung von Zahnersatz (GKV-Ausgrenzungsvolumen im Jahr 2001: ca. 3,66 Mrd. EURO);

- Ausgrenzung der gesamten zahnärztlichen Behandlung (GKV-Ausgrenzungsvolumen im Jahr 2001: ca. 11,60 Mrd. EURO);
- Ausgrenzung versicherungsfremder Leistungen nach dem Vorschlag des SVRKAIG¹⁵ (GKV-Ausgrenzungsvolumen im Jahr 2001: ca. 3,97 Mrd. EURO);
- Ausgrenzung versicherungsfremder Leistungen, Zahnersatz und Unfallfolgen nach dem Vorschlag des SVR¹⁶ (GKV-Ausgrenzungsvolumen im Jahr 2001: ca. 15,01 Mrd. EURO).

Durch Division der GKV-Ausgaben durch die „gewichteten“ Versichertenzahlen konnte für jedes Kopfpauschalenmodell die Höhe der (vollen) Kopfprämie bestimmt werden. Darüber hinaus wurden für jedes Kopfpauschalenmodell die sich aus den aktuell diskutierten Reduktionen des Leistungskatalogs ergebenden GKV-Ausgaben ebenfalls durch die „gewichteten“ Versichertenzahlen dividiert. Dadurch konnten die für die Finanzierung eines reduzierten GKV-Leistungskatalogs nötigen Kopfpauschalen ermittelt werden.

3.1.2 Ermittlung von Belastungswirkungen

Für die Bestimmung der sich aus der Einführung von Kopfpauschalen ergebenden Belastungen der Versichertenhaushalte wurden zunächst die Mittelwerte der jeweiligen Einkommensklassen aus der zuletzt verfügbaren, klassierten Haushaltsbruttoeinkommensverteilung der Privathaushalte¹⁷ des Jahres 2001 errechnet. Diese durchschnittlichen Bruttoeinkommen wurden mit dem durchschnittlichen GKV-Beitragssatz des Jahres 2001¹⁸ multipliziert.

¹⁵ Vgl. SVRKAIG (2003), S. 115.

¹⁶ Vgl. SVR (2002), S. 274ff.

¹⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2001)

¹⁸ Der durchschnittliche GKV-Beitragssatz lag im Jahr 2001 bei 13,5 %.

Dadurch konnten für jede Einkommensklasse durchschnittliche, einkommensbezogene GKV-Beiträge ermittelt werden. Für Einkommensklassen, in denen das durchschnittliche Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze lag, wurde der GKV-Höchstbeitrag als Produkt aus Beitragsbemessungsgrenze multipliziert mit dem durchschnittlichen GKV-Beitragssatz angesetzt.

Die im Modell einer prämienfreien Versicherung von Minderjährigen ermittelte Höhe einer Kopfpauschale wurde zunächst für unterschiedliche Familientypen bestimmt. Darüber hinaus wurden für jede Einkommensklasse sowie unterschiedliche Familientypen in getrennten Berechnungen die Höhe der Kopfpauschalen mit einkommensbezogenen GKV-Beiträgen für Ein- bzw. Zweiverdienerfamilien verglichen.¹⁹ Die Bestimmung einkommensbezogener GKV-Beiträge erfolgte sowohl nur für den Arbeitnehmeranteil als auch für die gesamten GKV-Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Anteil).

Für die ermittelten Kopfpauschalen bzw. einkommensbezogenen GKV-Beiträge wurden je Einkommensklasse bzw. Familientyp ebenfalls in getrennten Berechnungen für Ein- bzw. Zweiverdienerfamilien die Anteile am Bruttomonatseinkommen bestimmt und miteinander verglichen. Zur Vereinheitlichung der Berechnungsgrundlage wurde dabei sowohl im Falle der Kopfprämien als auch für die einkommensbezogenen GKV-Beiträge der Arbeitgeberanteil an der momentanen GKV-Finanzierung dem Haushaltsbruttoeinkommen zugeschlagen.

In einem nächsten Schritt wurden in nach Ein- bzw. Zweiverdienerhaushalten getrennten Berechnungen die Auswirkungen einer Begrenzung der von einem Haushalt zu zahlenden Kopfprämien auf 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens simuliert. Dazu wurde zunächst für jede Einkommensklasse bzw. Haushaltsgröße die 15%ige Belastungsgrenze bestimmt, welche die maximal mögliche Kopfpauschalenbelastung eines Haushalts angibt. Geringverdiener bzw. kinderreiche Familien können beispielsweise durch die Belastungsgrenze ihre Prä-

¹⁹ Die Bestimmung einkommensbezogener GKV-Beiträge erfolgte für Zweiverdienerhaushalte unter der Annahme, dass beide Einkommensbezieher ein gleich hohes Bruttoeinkommen aufweisen.

mien reduzieren. Die Kopfprämien von zum Beispiel gut verdienenden Alleinstehenden liegen unter der Belastungsgrenze: Deshalb wurden für jede Einkommensklasse bzw. für jeden Familientyp die Kopfpauschale ohne und mit einer 15%igen Belastungsgrenze verglichen und die jeweils niedrigere als anzusetzende Kopfprämie ausgewählt. Anschließend wurden die dadurch ermittelten Kopfpauschalen für jede Einkommensklasse bzw. Haushaltsgröße mit den einkommensbezogenen GKV-Beiträgen verglichen.

Zusätzlich wurden sowohl für die ermittelten Kopfpauschalen als auch für die einkommensbezogenen GKV-Beiträge die Anteile am Bruttomonatseinkommen bestimmt und miteinander verglichen. Zur Vereinheitlichung der Berechnungsgrundlage wurde dabei sowohl im Falle der Kopfprämien als auch für einkommensbezogene GKV-Beiträge der Arbeitgeberanteil an der momentanen GKV-Finanzierung dem Haushaltsbruttoeinkommen zugeschlagen.

3.2 Die Höhe erforderlicher Kopfprämien in der GKV

Die Höhe der erforderlichen Kopfprämien zur Finanzierung von GKV-Leistungen ist bei gegebenem Ausgabenvolumen bzw. bei gegebener Anzahl an Versicherten vor allem vom sozialpolitisch gewollten Belastungsgrad der unterschiedlichen Versichertengruppen abhängig: Je mehr Umverteilungsaspekte hin zu einzelnen Versichertengruppen implizit in den Kopfpauschalenmodellen berücksichtigt werden, desto höher ist die von den restlichen Versicherten zu tragende „normale“ Kopfprämie. Zur Veranschaulichung werden daher im Folgenden die Prämienbelastungen der drei Kopfpauschalenmodelle vorgestellt:

Modell 1: einheitliche Kopfpauschalen für alle Versicherten;

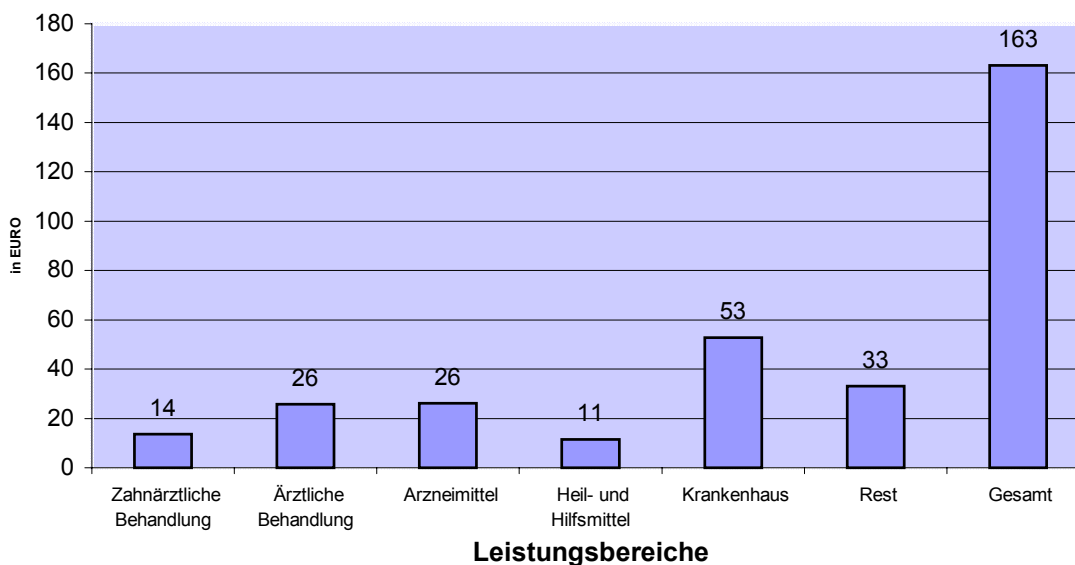
Modell 2: prämienreduzierte Versicherung von Familienangehörigen und Rentnern; und

Modell 3: prämienfreie Versicherung der Minderjährigen.

3.2.1 Modell 1: Einheitliche Kopfprämien für alle Versicherten

Bei einer Finanzierung des aktuellen GKV-Leistungskatalogs über eine für alle GKV-Versicherten, also auch für die in der momentanen GKV-Finanzierung beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, einheitliche Kopfpauschale würde die zu zahlende Prämie 163 EURO im Jahr 2001 betragen (Abb. 1). Für den Leistungsbereich zahnärztliche Behandlung würde eine derartige Prämie 14 EURO, für ärztliche Behandlung sowie Arzneimittel 26 EURO, für Heil- und Hilfsmittel 11 EURO sowie für Krankenhausbehandlung 53 EURO ausmachen. Für die restlichen GKV-Leistungsbereiche zusammen müsste jeder Versicherte eine einheitliche Kopfprämie in Höhe von 33 EURO bezahlen.

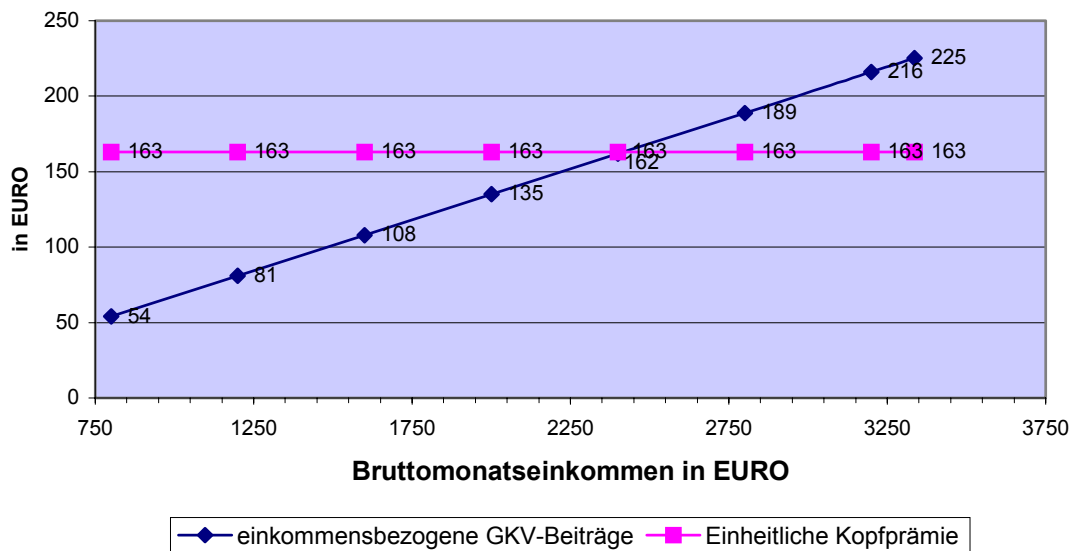
Abbildung 1: Modell 1: Monatliche versicherteneinheitliche Kopfprämie nach Leistungsbereichen im Jahr 2001, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Wie Abbildung 2 ausweist, betragen die für alle Versicherten einheitlichen Kopfprämien unabhängig vom Bruttoeinkommen 163 EURO. Die einkommensbezogenen GKV-Beiträge steigen hingegen proportional mit dem Bruttoeinkommen. Ab der im Jahr 2001 gültigen Beitragsbemessungsgrenze von umgerechnet 3336 EURO im Monat steigen sie nicht mehr weiter an und liegen konstant bei umgerechnet 225 EURO. Ab einem Bruttoeinkommen von rund 2400 EURO liegen einkommensbezogene GKV-Beiträge über der Höhe der Kopfpauschale.

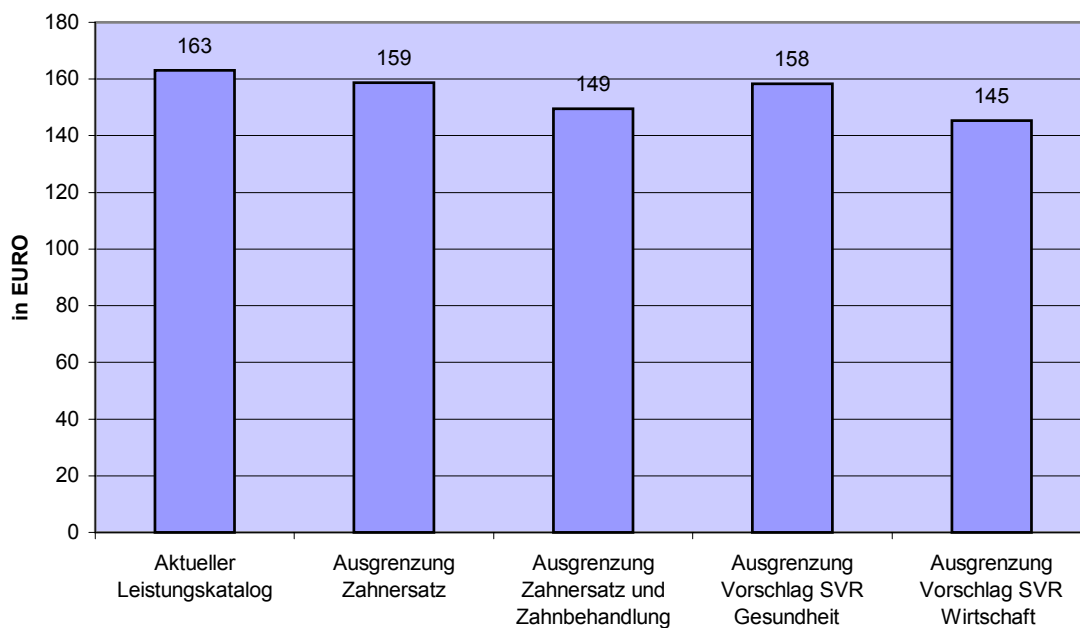
Abbildung 2: Monatliche versicherteneinheitliche Kopfprämien und einkommensbezogene GKV-Beiträge (nur Arbeitnehmeranteil) nach Bruttoeinkommen im Jahr 2001, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Abbildung 3 zeigt die notwendigen Kopfprämienhöhen bei unterschiedlichen Reduktionen des Leistungskatalogs. Danach würde die Kopfpauschale bei einer Ausgrenzung des Zahnersatzes aus dem aktuellen GKV-Leistungskatalog von 163 EURO auf 159 EURO sinken. Würde gar eine Ausgrenzung der gesamten zahnärztlichen Behandlung erfolgen, müsste die Kopfprämie lediglich 149 EURO betragen. Eine Reduktion des Leistungskatalogs nach dem Vorschlag des SVRKAiG würde zu einer Kopfpauschale in Höhe von 158 EURO führen. Für die vorgeschlagenen Leistungsausgrenzungen des SVR wäre zur Finanzierung des dadurch reduzierten Leistungskatalogs eine Kopfpauschale von 145 EURO erforderlich.

Abbildung 3: Modell 1: Monatliche versicherteneinheitliche Kopfprämie für unterschiedliche GKV-Leistungsumfänge im Jahr 2001, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Tabelle 1 vergleicht für unterschiedliche Familientypen die versicherteneinheitliche Kopfprämie mit der Höhe einkommensbezogener GKV-Beiträge (Arbeit-

nehmer- und Arbeitgeber-Anteil) für unterschiedliche Einkommenshöhen. Die versicherteneinheitliche monatliche Kopfpauschale würde demnach von 163 EURO für Alleinstehende bis auf 815 EURO für ein Ehepaar mit drei minderjährigen Kindern steigen. Demgegenüber beträgt die maximale einkommensbezogene GKV-Beitragslast (Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Anteil) bei einem Bruttoeinkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze unabhängig vom Familientyp monatlich 450 EURO. Eine Beitragsbemessung am durchschnittlichen Einkommen nach § 18 SGB IV führt für Alleinverdiener unabhängig vom Familientyp zu monatlichen einkommensbezogenen GKV-Beiträgen von 309 EURO (alte Bundesländer) bzw. 256 EURO (neue Bundesländer). Eine einkommensbezogene Beitragsbemessung auf Basis der Härtefalleinkommensgrenzen nach § 61 SGB V ergibt für Alleinstehende eine Zahllast in Höhe von monatlich 124 EURO (alte Bundesländer) bzw. 102 EURO (neue Bundesländer). Diese Beiträge für ein Einkommen an der Härtefallgrenze steigen für ein Ehepaar mit drei minderjährigen Kindern bis auf monatlich 263 EURO (alte Bundesländer) bzw. 218 EURO (neue Bundesländer) an. Insgesamt zeigt sich, dass die Belastungen aus Kopfprämien vor allem für gutverdienende Singles zum Teil deutlich unter der Beitragsbelastung durch einkommensbezogene GKV-Beiträge liegen würden. Hingegen würde für Geringverdiener die Kopfprämienhöhe mit zunehmender Familiengröße die GKV-Finanzierung über einkommensbezogene Beiträge zum Teil deutlich übersteigen.

Tabelle 1: Monatliche versicherteneinheitliche Kopfpauschalen und einkommensbezogene GKV-Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Anteil) für unterschiedliche Bemessungsgrundlagen und Familientypen im Jahr 2001, Angaben in EURO

Familientyp	Kopfprämie	Bemessungsgrundlagen einkommensbezogener GKV-Beiträge				
		Härtefallgrenze (alte BI) ²⁰	Härtefallgrenze (neue BI) ²¹	Durchschn. Einkommen (alte BI) ²²	Durchschn. Einkommen (neue BI) ²³	Beitragsbemessungsgrenze
				2291	1933	3336
Alleinsteh.	163	124	102	309	261	450
Ehepaar	326	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 1 Minderj.	326	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 2 Minderj.	489	201	166	309	261	450
Alleinsteh. + 3 Minderj.	652	232	192	309	261	450
Ehepaar + 1 Minderj.	489	201	166	309	261	450
Ehepaar + 2 Minderj.	652	232	192	309	261	450
Ehepaar + 3 Minderj.	815	263	218	309	261	450

Quelle: eigene Berechnungen

²⁰ Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (alte Bundesländer).

²¹ Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (neue Bundesländer).

²² Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (alte Bundesländer).

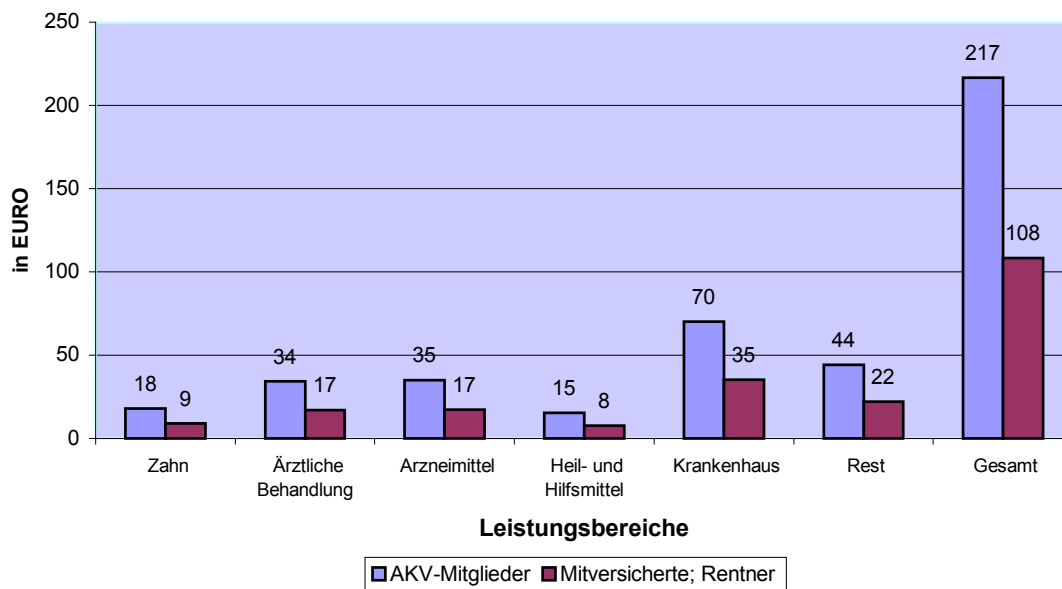
²³ Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (neue Bundesländer).

3.2.2 Modell 2: Prämienreduzierte Versicherung von Familienangehörigen und Rentnern

Um in Kopfpauschalen einen gewissen sozialen Ausgleich zu erhalten, können für bestimmte Gruppen mit besonderem Bedarf, besonderer Schutzwürdigkeit oder geringerer Zahlungsfähigkeit als Gruppe verminderte Prämienleistungen vorgesehen werden. Verschiedene alternative Ausgestaltungsformen hinsichtlich des begünstigten Personenkreises und dem Ausmaß der Prämienreduzierung sind denkbar. Von diesen Möglichkeiten wurde hier als Modell 2 einer prämienreduzierten Versicherung eine hälftige Kopfprämie für Mitversicherte und Rentner vorgesehen. Die anderen Versicherten zahlen die volle Kopfpauschale. Da dieses Modell durch die unterschiedlichen Finanzierungsbeiträge einzelner Versichertengruppen bereits systemimmanent Umverteilungsaspekte berücksichtigt, würde die allgemeine volle Kopfprämie zur Finanzierung von GKV-Leistungen im Jahr 2001 auf 217 EURO steigen (vgl. Abb. 4). Die reduzierte Kopfpauschale für Rentner und Familienangehörige würde hingegen nur 108 EURO betragen.²⁴ In diesem Kopfpauschalenmodell würde die allgemeine Kopfprämie für den Leistungsbereich zahnärztliche Behandlung 18 EURO, für die ambulant ärztliche Behandlung 34 EURO, für Arzneimittel 35 EURO, für Heil- und Hilfsmittel 15 EURO und für Krankenhausbehandlung 70 EURO betragen. Zur Finanzierung der restlichen Leistungsbereiche wäre eine allgemeine Kopfpauschale von 44 EURO notwendig.

²⁴ Aufgrund von Auf- bzw. Abrundungen beträgt dieser Wert nicht exakt die Hälfte eines vollen Kopfbeitrags.

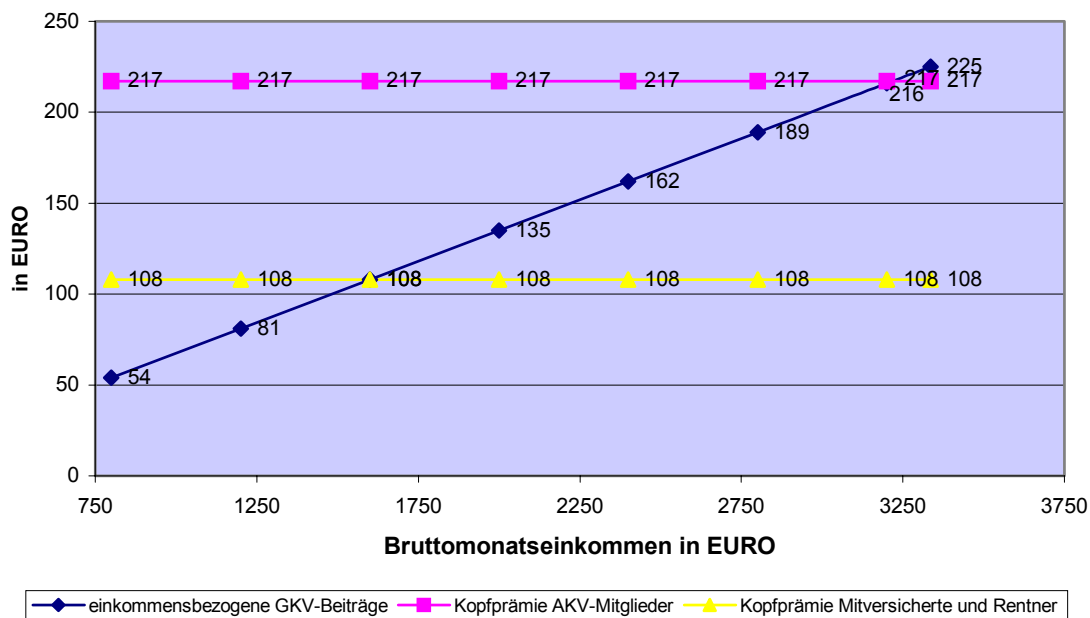
Abbildung 4: Modell 2: Monatliche differenzierte Kopfprämie nach Leistungsbereichen im Jahr 2001, Angaben in EURO (Vollprämie für AKV-Mitglieder, hälftige für Rentner und mitversicherte Familienangehörige)



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Wie aus Abbildung 5 hervorgeht, würde im Jahr 2001 die allgemeine Kopfprämie von 217 EURO bei einem Bruttoeinkommen von etwas mehr als 3200 EURO die gleiche Höhe wie einkommensbezogene GKV-Beiträge aufweisen. Die reduzierte Kopfprämie von 108 EURO würde bei der Finanzierung über einkommensbezogene GKV-Beiträge bereits bei einem Bruttoeinkommen von rund 1600 EURO die gleiche Höhe betragen.

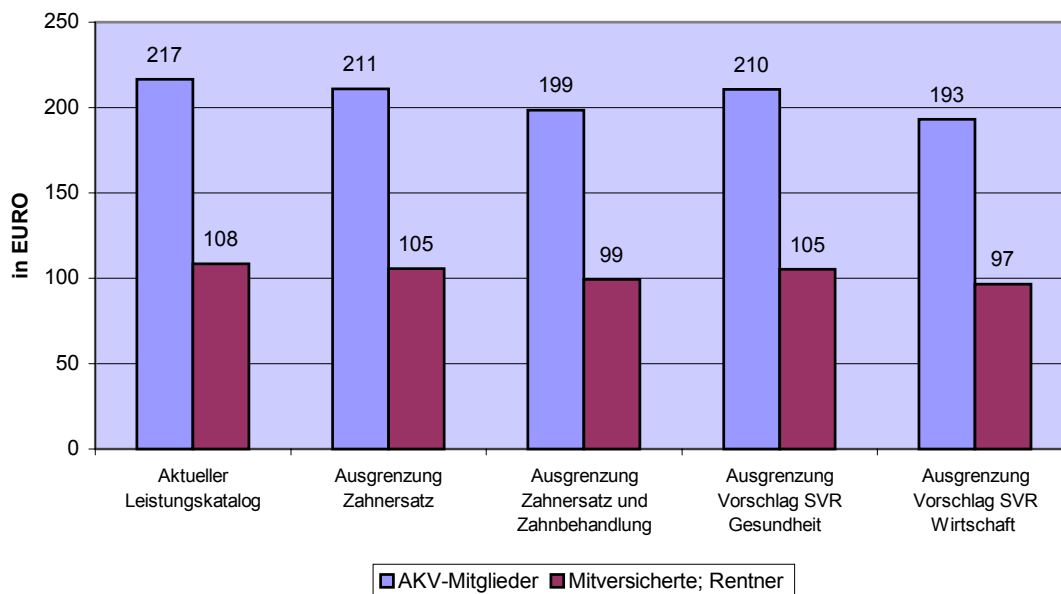
Abbildung 5: Modell 2: Monatliche differenzierte Kopfprämien und einkommensbezogene GKV-Beiträge (nur Arbeitnehmeranteil) nach Bruttoeinkommen im Jahr 2001, Angaben in EURO (Vollprämie für AKV-Mitglieder, hälftige für Rentner und mitversicherte Familienangehörige)



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

In der folgenden Abbildung (Abb. 6) ist ausgewiesen, dass sich durch die Ausgliederung von Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV die allgemeine Kopfprämie im Jahr 2001 auf 211 EURO verringern würde. Die reduzierte Kopfpauschale würde für einen derartigen Leistungsumfang 105 EURO betragen. Die Ausgliederung der gesamten zahnärztlichen Behandlung würde zu einer allgemeinen Kopfprämie von 199 EURO führen. Für die Finanzierung des GKV-Leistungskatalogs nach den Ausgrenzungsvorschlägen des SVRKAiG würde die allgemeine Kopfprämie 210 EURO betragen. Die Ausgrenzungsvorschläge des SVR würde die zur Finanzierung des GKV-Leistungskatalogs notwendige allgemeine Kopfprämie hingegen auf 193 EURO verringern.

Abbildung 6: Modell 2: Monatliche differenzierte Kopfprämie für unterschiedliche GKV-Leistungsumfänge im Jahr 2001, Angaben in EURO (Vollprämie für AKV-Mitglieder, hälftige für Rentner und mitversicherte Familienangehörige)



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Da das Modell differenzierter Kopfpauschalen bereits systemimmanent Umverteilungsaspekte berücksichtigt (was sich im Anstieg der vollen Kopfprämie von 163 EURO auf 217 EURO niederschlägt), wäre der Prämienvorteil gutverdienender Singles gegenüber einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung weniger stark ausgeprägt als im Modell einer einheitlichen Kopfprämie (vgl. Tabelle 2). Demgegenüber würde sich vor allem für Bezieher niedrigerer Einkommen mit zunehmender Familiengröße die Kopfprämienbelastung gegenüber dem Modell einheitlicher pro-Kopf-Beiträge vermindern. Gegenüber einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung müssten diese Personengruppen bei einer Kopfprämienfinanzierung aber dennoch mit zum Teil deutlichen Mehrbelastungen rechnen. Beispielsweise müsste in den alten Bundesländern ein verheiratetes Ehepaar mit zwei minderjährigen Kindern bei einem Verdienst in Höhe des Durchschnittseinkommens nach § 18 SGB IV in einem Kopfprämien-system mit zusätzlichen Belastungen in Höhe von monatlich 239 EURO rechnen. Aber selbst bei einem für diesen Familientyp unterstellten monatlichen Ein-

kommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze würden sich bei einer Finanzierung durch pro-Kopf-Beiträge monatliche Mehrbelastungen von 98 EURO ergeben.

Tabelle 2: Monatliche differenzierte Kopfpauschalen und einkommensbezogene GKV-Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Anteil) für unterschiedliche Bemessungsgrundlagen und Familientypen im Jahr 2001, Angaben in EURO

Familientyp	Kopfprämie	Bemessungsgrundlagen einkommensbezogener GKV-Beiträge				
		Härtefallgrenze (alte BI) ²⁵	Härtefallgrenze (neue BI) ²⁶	Durchschn. Einkommen (alte BI) ²⁷	Durchschn. Einkommen (neue BI) ²⁸	Beitragsbemessungsgrenze
				2291	1933	3336
Alleinsteh.	217	124	102	309	261	450
Ehepaar	329	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 1 Minderj.	329	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 2 Minderj.	438	201	166	309	261	450
Alleinsteh. + 3 Minderj.	548	232	192	309	261	450
Ehepaar + 1 Minderj.	438	201	166	309	261	450
Ehepaar + 2 Minderj.	548	232	192	309	261	450
Ehepaar + 3 Minderj.	657	263	218	309	261	450

Quelle: eigene Berechnungen

²⁵ Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (alte Bundesländer).

²⁶ Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (neue Bundesländer).

²⁷ Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (alte Bundesländer).

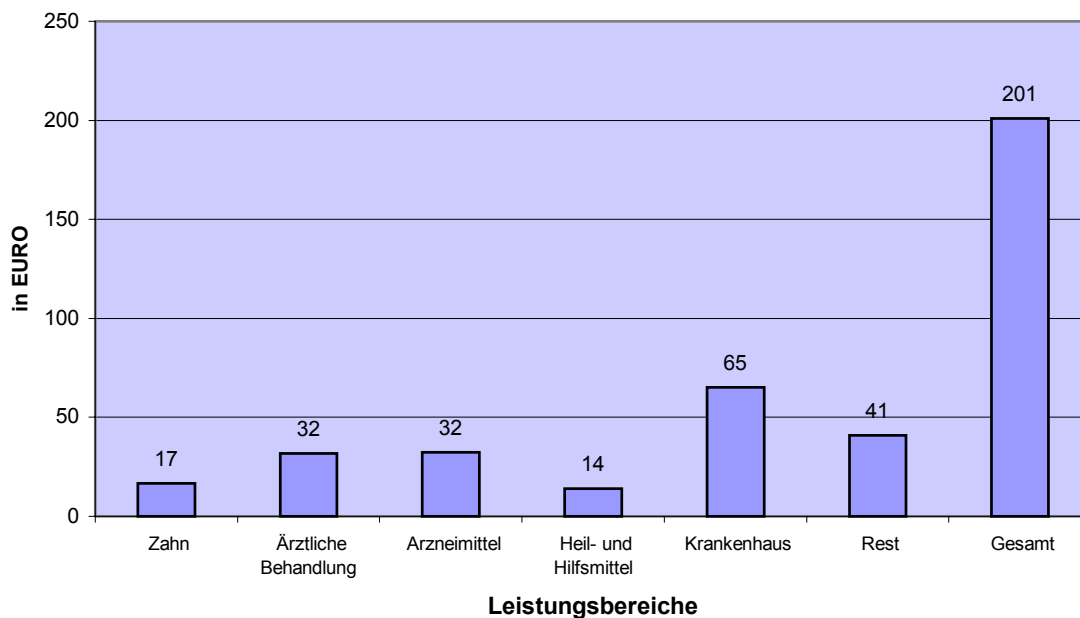
²⁸ Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (neue Bundesländer).

3.2.3 Modell 3: Prämienfreie Versicherung der Minderjährigen

Da die Zahlung einer vollen Kopfprämie für Minderjährige wohl verfassungsrechtlich beanstandet werden kann und somit vermutlich nicht durchsetzbar wäre,²⁹ soll im Folgenden die Prämienhöhe für ein Kopfpauschalenmodell mit einer beitragsfreien Mitversicherung von Minderjährigen dargestellt werden. Die dadurch nur von Erwachsenen zu zahlende Kopfprämie würde sich für das Jahr 2001 gegenüber dem Modell einer einheitlichen Kopfpauschale für alle Versicherten von 163 EURO auf 201 EURO erhöhen. Für den Leistungsbereich zahnärztliche Behandlung wäre eine von Erwachsenen zu entrichtende Kopfprämie von 17 EURO, für ambulant ärztliche Behandlung und Arzneimittel von jeweils 32 EURO, für Heil- und Hilfsmittel von 14 EURO sowie für Krankenhausbehandlung von 65 EURO notwendig. Für die Finanzierung der restlichen Leistungsbereiche würde die Kopfpauschale 41 EURO betragen (Abb. 7).

²⁹ Vgl. Breyer et al. (2001), S. 179.

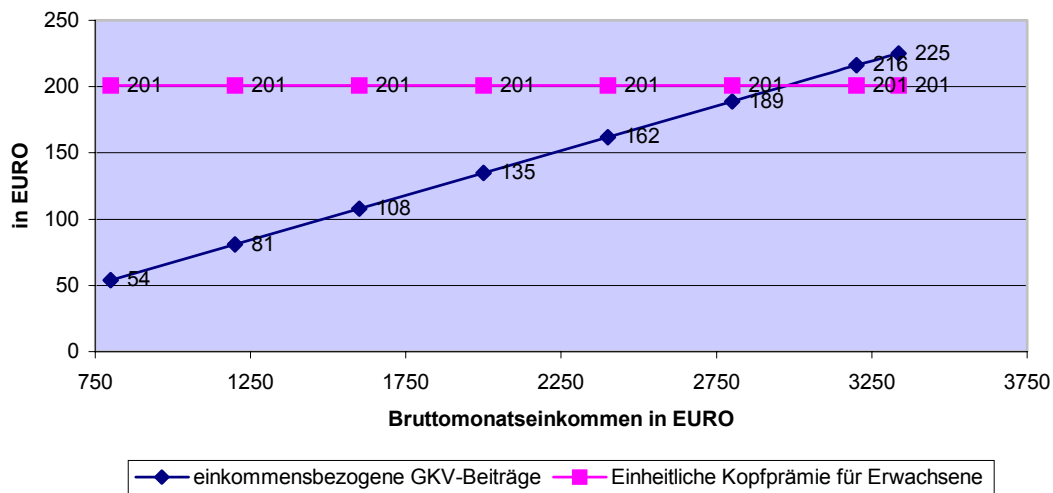
Abbildung 7: Modell 3: Monatliche volle Kopfprämie nach Leistungsbereichen im Jahr 2001 bei prämienfreier Versicherung der Minderjährigen, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Wie aus Abbildung 8 hervorgeht, liegen einkommensbezogene GKV-Beiträge bei einem Bruttoeinkommen von ca. 3000 EURO auf der gleichen Höhe wie die in diesem Kopfpauschalenmodell nur von Erwachsenen zu zahlenden Kopfprämien. Berücksichtigt man die Beitragshöhe von Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Beitrag gemeinsam, so würde sie bei diesem Einkommen etwa der Kopfprämienhöhe für zwei Erwachsene – etwa ein Ehepaar mit oder ohne Kinder entsprechen. Anders betrachtet: Fasst man Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Beiträge zusammen, so würden für einen Erwachsenen bereits ab einem monatlichen Einkommen von etwa 1500 EURO die Kopfpauschalen niedriger als die derzeitigen einkommensproportionalen Beiträge liegen. Einerseits wird daraus ersichtlich, dass Alleinstehende deutlich durch ein Kopfpauschalenmodell auch bei mittleren Einkommen begünstigt würden und Einverdienerhepaare erst ab einem Einkommen nahe der Beitragsbemessungsgrenze besser gestellt würden. Andererseits profitieren mittlere – bei Einverdienerhepaaren hohen Einkommensgruppen von einer solchen Umstellung.

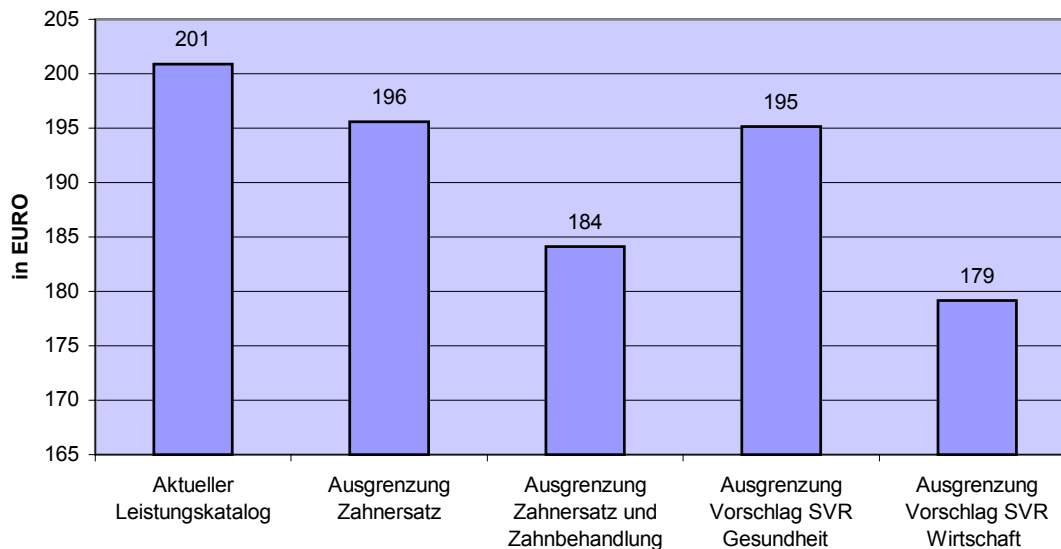
Abbildung 8: Modell 3: Monatliche volle Kopfprämien bei prämienerfreier Versicherung der Minderjährigen und einkommensbezogene GKV-Beiträge (nur Arbeitnehmeranteil) nach Bruttoeinkommen im Jahr 2001, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Wie in der unten stehenden Abbildung 9 gezeigt ist, würde eine Ausgrenzung von Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV zu einer von Erwachsenen zu zahlenden Kopfprämie von 196 EURO führen. Eine Ausgliederung der gesamten zahnärztlichen Behandlung würde die Kopfprämie auf 184 EURO reduzieren. Die Vorschläge des SVRKAiG zur Reduktion des Leistungskatalogs würden zu einer Kopfprämie von 195 EURO führen. Bei einer Umsetzung der vorgeschlagenen Leistungsausgrenzungen des SVR würde die Kopfpauschale 179 EURO betragen.

Abbildung 9: Modell 3: Monatliche volle Kopfprämie bei prämienfreier Versicherung der Minderjährigen für unterschiedliche GKV-Leistungsumfänge im Jahr 2001, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Unterschiedliche Familientypen werden auch in diesem Modell – wenn auch nicht so extrem wie bei Modell 1 – sehr unterschiedlich belastet oder entlastet. Wie Tabelle 3 zeigt, würde die Kopfprämienbelastung für gutverdienende Singles bei einer beitragsfreien Mitversicherung von Minderjährigen gegenüber der Erhebung einer einheitlichen Kopfpauschale zwar steigen (Anstieg von monatlich 163 EURO auf 201 EURO). Dennoch würde sich aber für diesen Personenkreis gegenüber einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung eine deutliche Prämienreduktion ergeben. Gegenüber den anderen vorgestellten Kopfprämienfinanzierungsvarianten würde die beitragsfreie Mitversicherung Minderjähriger insbesondere die Kopfprämienbelastung von kinderreichen Familien deutlich reduzieren (vgl. insbesondere Tabelle 1). Dennoch würde der Kopfbeitrag von kinderreichen, insbesondere verheirateten, Geringverdienern deutlich über einkommensbezogenen GKV-Beiträgen liegen.

Tabelle 3: Monatliche Kopfpauschalen für Erwachsene und einkommensbezogene GKV-Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Anteil) für unterschiedliche Bemessungsgrundlagen und Familientypen im Jahr 2001, Angaben in EURO

Familientyp	Kopfprämie	Bemessungsgrundlagen einkommensbezogener GKV-Beiträge				
		Härtefallgrenze (alte BI) ³⁰	Härtefallgrenze (neue BI) ³¹	Durchschn. Einkommen (alte BI) ³²	Durchschn. Einkommen (neue BI) ³³	Beitragsbemessungsgrenze
				2291	1933	3336
Alleinsteh.	201	124	102	309	261	450
Ehepaar	402	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 1 Minderj.	201	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 2 Minderj.	201	201	166	309	261	450
Alleinsteh. + 3 Minderj.	201	232	192	309	261	450
Ehepaar + 1 Minderj.	402	201	166	309	261	450
Ehepaar + 2 Minderj.	402	232	192	309	261	450
Ehepaar + 3 Minderj.	402	263	218	309	261	450

Quelle: eigene Berechnungen

³⁰ Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (alte Bundesländer).

³¹ Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (neue Bundesländer).

³² Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (alte Bundesländer).

³³ Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (neue Bundesländer).

3.2.4 Zusammenfassung der verschiedenen Modellvarianten

Tabelle 4 zeigt eine Zusammenfassung der zur Finanzierung von GKV-Leistungen notwendigen Höhe der allgemeinen Kopfprämie für die unterschiedlichen Kopfpauschalenmodelle.

Tabelle 4: Allgemeine monatliche Kopfpauschalen unterschiedlicher Modellvarianten für verschiedene Leistungsumfänge der GKV im Jahr 2001, Angaben in EURO

Modellvarianten	aktueller Leistungskatalog	Ausgrenzung			
		Zahnersatz	Zahnersatz und Zahnbehandlung	gemäß Vorschlag SVRKAiG	gemäß Vorschlag SVR
Modell 1: Einheitliche Kopfprämie	163	159	149	158	145
Modell 2: Beitragsreduzierte Versicherung von Familienangehörigen und Rentnern	217	213	201	213	196
Modell 3: Beitragsfreie Versicherung von Minderjährigen	201	196	184	195	179

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Demnach würde eine für alle Versicherten einheitliche Kopfprämie bei monatlich 163 EURO liegen. Im Modell einer halben Kopfprämie für Mitversicherte und Rentner würde die allgemeine Kopfpauschale 217 EURO betragen. Das Modell einer prämienfreien Versicherung von Minderjährigen würde zu einer allgemeinen Kopfpauschale von 201 EURO führen.

Generell liegt die allgemeine Kopfpauschale umso höher, je mehr in einem bestimmten Kopfprämienmodell systemimmanent Umverteilungsaspekte und damit niedrigere Kopfprämien für einzelne Versichertengruppen vorgesehen werden. Bei einem bloßen nominalen Vergleich von Kopfprämien mit einkommensbezogenen Beiträgen sind keine fundierten Aussagen über Be- bzw. Entlastungswirkungen auf der Familienhaushaltsebene möglich. In einer ersten Abschätzung wurden deshalb für verschiedene Familientypen und Beitragsbemessungsgrundlagen die Höhe von Kopfprämien mit einkommensbezogenen GKV-Beiträgen verglichen. Für weitergehende Erkenntnisse werden die Be- und Entlastungsrechnungen nun in einem nächsten Schritt für das gesamte Einkommensspektrum durchgeführt.

3.3 Auswirkungen der Kopfprämien auf die Versicherten der GKV

Die finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Kopfpauschalenmodelle auf die GKV-Versicherten unterscheiden sich je nach Finanzierungsbeitrag der einzelnen Versichertengruppen sowie nach Familiengröße. Deshalb wird im Folgenden für das Kopfpauschalenmodell mit einer beitragsfreien Mitversicherung von Minderjährigen (Modell 3) zunächst die finanzielle Belastung für unterschiedliche Familiengrößen dargestellt. In einem weiteren Schritt erfolgt für ein derartiges Kopfpauschalenmodell durch den Vergleich von Kopfprämien mit einkommensbezogenen Beiträgen die Abschätzung von Be- und Entlastungswirkungen für die Versicherten auf Familienhaushaltsebene. Für die Analyse wurde gezielt auf das Kopfprämienmodell mit einer freien Versicherung für Minderjährige abgestellt, da ein derartiges System aus sozialpolitischen Gründen realistischere Umsetzungschancen hätte als beispielsweise die Erhebung einer einheitlichen Kopfprämie. Diese Einschätzung folgt aus verschiedenen Urteilen des Bundesverfassungsgerichts, die eine stärkere Berücksichtigung der höheren Belastungen von Familien annehmen

3.3.1 Finanzielle Belastungswirkungen nach Familiengröße

Schon bei einer Finanzierung von GKV-Leistungen über einkommensbezogene Beiträge ist für die finanzielle Belastung der Versicherten neben dem Bruttoeinkommen die Familiensituation (allein stehend/allein erziehend, verheiratet, Einverdiener- bzw. Zweiverdienerehepaar) als wesentliches Kriterium anzusehen. Da bei einer Finanzierung von Leistungen der GKV über Kopfpauschalen kein Einkommensbezug der Prämien vorliegt, ist die Belastungssituation auf der Familienhaushaltsebene insbesondere von der Familiengröße sowie dem Familienstand abhängig.

Wie aus Tabelle 5 hervorgeht, erhöht sich in einem Kopfpauschalenmodell der prämienfreien Versicherung von Minderjährigen bei einer Finanzierung des aktuellen GKV-Leistungskatalogs die Kopfprämie von monatlich 201 EURO für Alleinstehende auf monatlich 402 EURO für ein Ehepaar.³⁴ Für die unterschiedlichen Ausgrenzungsvorschläge ergeben sich entsprechend geringere pro-Kopf-Beiträge. Die Kopfprämie steigt für zusätzliche, im Haushalt lebende minderjährige Personen³⁵ nicht an, da für Minderjährige gemäß den Annahmen keine Prämie zu entrichten ist.

³⁴ Der Fall, dass die erste und zweite Person minderjährig sind, wird hier nicht betrachtet.

³⁵ Der Fall, dass die dritte und jede weitere Person nicht minderjährig sind, wird nicht weiter betrachtet.

Tabelle 5: Monatliche Kopfpauschalen bei prämienfreier Versicherung von Minderjährigen für unterschiedliche Familienhaushaltstypen bei verschiedenen Leistungsumfängen der GKV im Jahr 2001, Angaben in EURO

Familientyp	Aktueller Leistungskatalog	Ausgrenzung Zahnersatz	Ausgrenzung Zahnersatz und Zahnbehandlung	Ausgrenzung Vorschlag SVRKAiG	Ausgrenzung Vorschlag SVR
allein stehend	201	196	184	195	179
Ehepaar	402	392	368	390	358
Ehepaar + 1 Minderjähriger	402	392	368	390	358
Ehepaar + 2 Minderjährige	402	392	368	390	358
Ehepaar + 3 Minderjährige	402	392	368	390	358

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

3.3.2 Vergleich der Verteilungswirkungen von Kopfprämien mit einkommensbezogenen Beiträgen

Die Prämienbelastung in einem Kopfpauschalensystem mit einer beitragsfreien Versicherung von Minderjährigen hängt, wie unter Punkt 3.2.3 dargestellt, wesentlich von Zahl der (nicht-)minderjährigen Familienmitglieder ab. Demgegenüber resultiert bei der momentanen GKV-Finanzierung die Beitragsbelastung auf der Familienhaushaltsebene vor allem aus der Anzahl der in einer Familie lebenden Einkommensbezieher. Deshalb soll im Folgenden für die Darstellung der aktuellen GKV-Finanzierung eine Unterscheidung in Ein- und Zweiverdienfamilien vorgenommen werden.

3.3.2.1 Auswirkungen auf Alleinstehende, Alleinerziehende und Einverdienerfamilien

Bei der aktuellen GKV-Finanzierung zahlt in einer Einverdienerfamilie nur der Einkommensbezieher GKV-Beiträge. Weder für den erwachsenen mitversicherten Familienangehörigen noch für die mitversicherten Kinder fallen GKV-Beiträge an. Für die Prämienbelastung in einem Kopfpauschalenmodell hat die Anzahl der Einkommensbezieher unter den Erwachsenen hingegen keine Bedeutung, da für sie unabhängig von ihrem Erwerbsstatus gesonderte Versicherungsprämien erhoben werden.

3.3.2.1.1 Prämienhöhe ohne Prämiensubvention

Aus Abbildung 10 geht hervor, dass die einkommensbezogenen GKV-Beiträge unabhängig von der Familiengröße mit steigendem Bruttoeinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze stetig zunehmen. Im unterstellten Kopfpauschalenmodell würde ein Alleinstehender bzw. Alleinerziehender oder ein (Ehe-)Partner dessen (Ehe-)Partner/in ebenfalls selbst erwerbstätig, arbeitslos oder Rentner/in ist und deshalb GKV-Mitglied ist hingegen unabhängig vom Einkommen eine Prämie von konstant 201 EURO bezahlen. Ab einem Bruttomonatseinkommen von knapp 3000 EURO würde der Arbeitnehmeranteil (AN-Anteil) an den GKV-Beiträgen für einen derartigen Familientyp über den zu zahlenden Prämien in einem Kopfpauschalensystem liegen. Unter einem Bruttomonatseinkommen von knapp 3000 EURO würde die Prämienbelastung durch pro-Kopf-Beiträge gerade für Geringverdiener deutlich zunehmen. Der aussagekräftigere Vergleich der gesamten einkommensbezogenen GKV-Beiträge (AN- und AG-Anteil)³⁶ mit Kopfprämien zeigt, dass die Kopfprämienbelastung bereits ab einem Bruttomonatseinkommen von ca. 1500 EURO niedriger als bei einkommensbezogenen GKV-Beiträgen ausfallen würde.

³⁶ Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Anteil

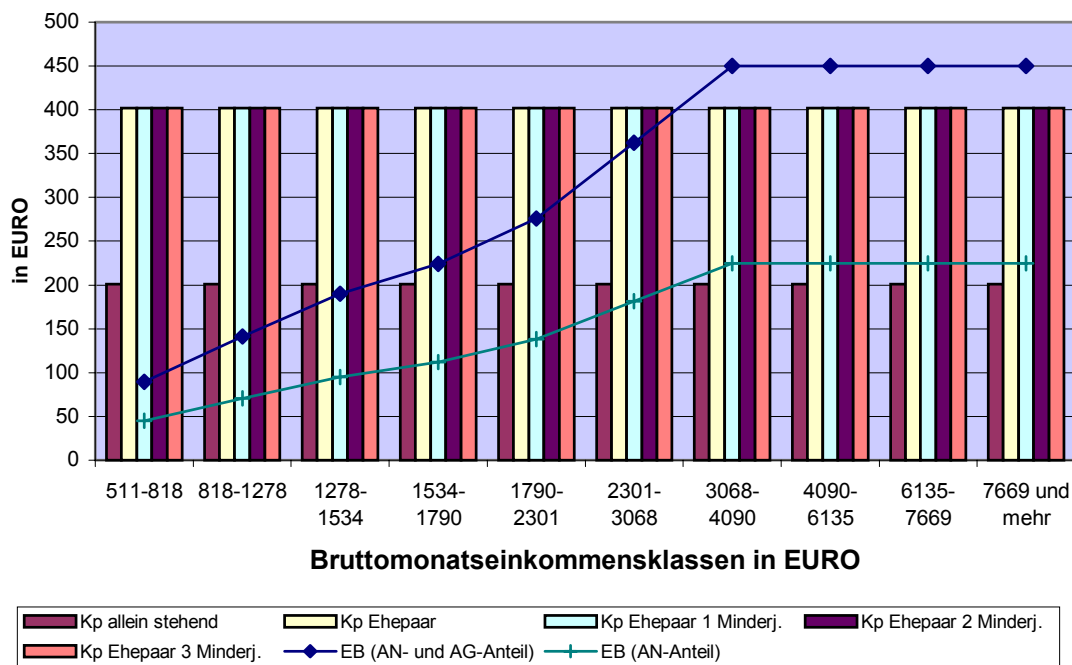
Für Verheiratete würde die Kopfprämienbelastung bei konstant 402 EURO liegen, wohingegen die einkommensbezogenen GKV-Beiträge (Arbeitnehmeranteil) höchstens ca. 225 EURO betragen würden. Unter Einbeziehung der gesamten einkommensbezogenen GKV-Beitragslast würde sich für Verheiratete lediglich in den obersten Einkommensklassen eine finanzielle Besserstellung durch die Erhebung von Kopfpauschalen ergeben. Für alle anderen Einkommensklassen, insbesondere für die Geringverdiener wäre hingegen mit deutlichen Mehrbelastungen zu rechnen. Die Anzahl der in einer Familie lebenden Minderjährigen hat keine finanziellen Auswirkungen, da sowohl das unterstellte Kopfprämienmodell als auch die einkommensbezogene GKV-Finanzierung eine beitragsfreie Mitversicherung von Minderjährigen ermöglichen.

Diese Vergleiche zeigen, dass – was die Verteilungswirkungen angeht – bei Verheirateten (mit oder ohne Kindern) in der überwiegenden Zahl der Konstellationen höhere Belastungen anfallen, während bei den Alleinstehenden/Alleinerziehenden oder einzelnen Ehepartnern in Zweiverdienerfamilien schon ab vergleichsweise niedrigen Einkommen eine Entlastung eintritt.

Anmerkung: unter „Alleinstehenden“ sind auch Alleinerziehende und einzelne Ehepartner bei Zweiverdienerpaaren zu verstehen.

Da das bestehende Beitragsverfahren mit bis zur Beitragsbemessungsgrenze proportionalen Beiträgen alle Beitragszahlen anteilig gleich hoch belastet ist ein Vergleich der prozentualen Belastung der Einkommen aufschlussreich.

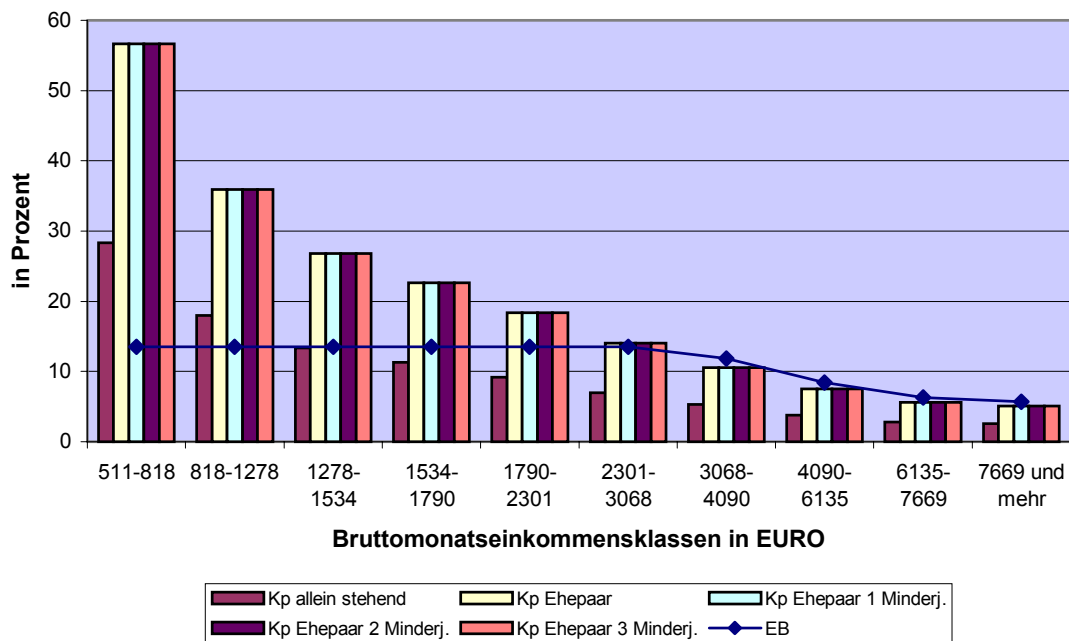
Abbildung 10: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Alleinverdiener und Kopfprämien (Kp) nach Familienstand und Bruttoeinkommensklassen, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Abbildung 11 zeigt, dass der prozentuale Anteil der Kopfpauschalen am Bruttomonatseinkommen für Alleinstehende bzw. Alleinerziehende in den unteren Einkommensklassen über der prozentualen Belastung aus einkommensbezogenen GKV-Beiträgen (AN- und AG-Anteil) liegt. Für allein stehende bzw. allein erziehende mit Durchschnitts- und hohem Einkommen würden sich bei einer Finanzierung durch pro-Kopf-Beiträge deutliche Entlastungen ergeben. Für Verheiratete würde sich erst ab einem Bruttomonatseinkommen von ca. 3000 EURO durch die Erhebung von Kopfprämien eine finanzielle Besserstellung gegenüber einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung ergeben. Insbesondere verheiratete Geringverdiener würden hingegen durch pro-Kopf-Beiträge belastet, wobei die Kopfprämien z.B bei einem Bruttoeinkommen von etwa 660 EURO über 50% des Bruttomonatseinkommens betragen können.

Abbildung 11: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Alleinverdiener und Kopfprämien (Kp) in Prozent des Bruttoeinkommens nach Familienstand und Bruttoeinkommensklassen, Angaben in Prozent



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

3.3.2.1.2 Prämienhöhe mit Prämiensubvention

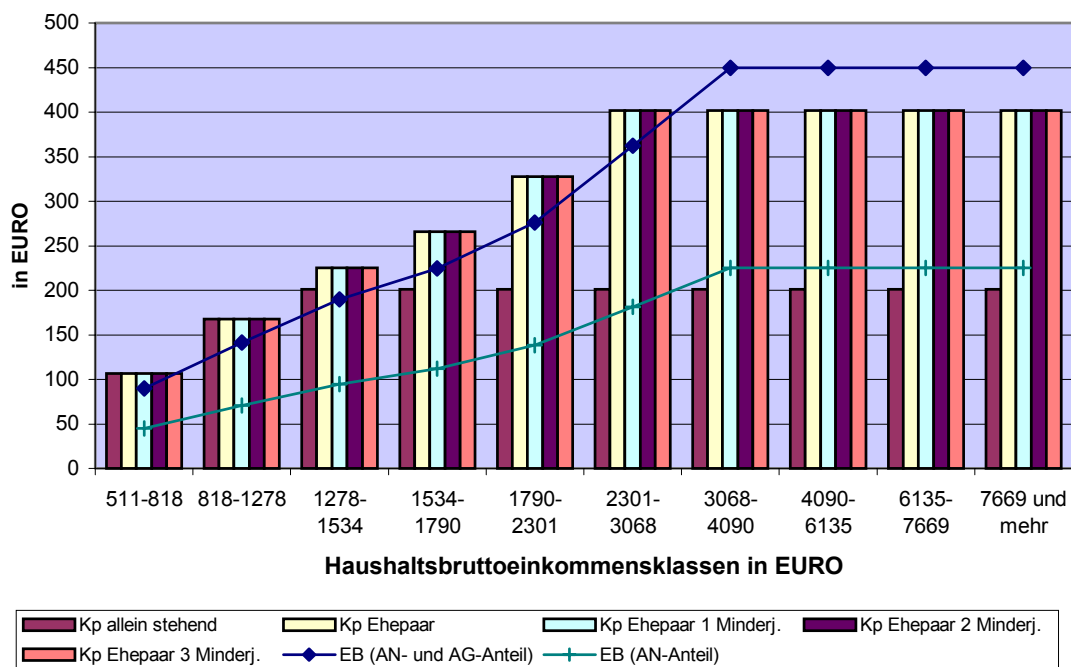
Da die Höhe der Prämien in einem Kopfpauschalensystem ohne Prämiensubvention – wie die obigen Beispiele zeigen – für viele Alleinstehende bzw. Familien zu unzumutbaren Belastungen führen würde, werden von Verfechtern von Kopfpauschalen Maßnahmen vorgeschlagen, den durch Kopfpauschalen entfallenden Teil der impliziten vertikalen Umverteilung der derzeitigen GKV-Prämien durch explizite Transfers zu ersetzen. Wie dies die Ergebnisse verändert, soll im Folgenden anhand einer Begrenzung der Kopfprämien auf 15 % des Bruttomonatseinkommens analysiert werden.

Abbildung 12 zeigt, dass Alleinstehende bzw. Alleinerziehende schon ab einem Haushaltsbruttoeinkommen von ca. 1500 EURO von einem Kopfprämiensystem profitieren würden. Sie benötigen dann auch keine Prämiensubvention, da ihre

Kopfprämien unter der Zahllast einkommensbezogener GKV-Beiträge (AN- und AG-Anteil) liegen. Für Alleinverdiener bzw. Alleinerziehende in den unteren Einkommensschichten wird hingegen durch die Prämiensubvention eine deutliche Absenkung der Kopfpauschalen erreicht. Verheiratete profitieren allerdings mehr als Alleinstehende bzw. Alleinerziehende von einer Kopfprämiensubvention, da sich bei ihnen die Entlastungswirkungen bis weit in die mittleren Einkommensklassen erstrecken.

Es wird deutlich, dass die Prämiensubventionierung bei entsprechender Ausgestaltung im unteren Einkommensbereich alles in etwa beim derzeitigen Stand belassen würde – vor allem bei Einverdienerehepaaren. Die Bezieher höherer Einkommen – bei Alleinstehenden etc. auch mittlerer Einkommen würden aber deutlich entlastet – es sei denn man würde sie wie etwa von KNAPE vorgesehen – durch hohe Steuern zusätzlich belasten.

Abbildung 12: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Alleinverdiener und subventionierte Kopfprämien (Kp) nach Familienstand und Bruttoeinkommensklassen, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Wie Abbildung 13 zeigt, liegt der Anteil der Kopfprämienbelastung am Bruttomonatseinkommen von Alleinstehenden bzw. Alleinerziehenden in den beiden untersten Einkommensklassen bei 15 %. Dies liegt an der Festlegung der 15%igen Belastungsgrenze, durch die a priori höhere Anteile der Kopfprämienbelastung am Bruttomonatseinkommen auf 15 % „heruntersubventioniert“ werden. Nimmt man an, dass die Belastungsgrenze bei einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfpauschalen in Höhe des durchschnittlichen GKV-Beitragsatzes festgesetzt werde, würden sich bei Alleinstehenden bzw. Alleinerziehenden für die beiden unteren Einkommensklassen keine zusätzlichen Belastungen ergeben. Ihre Kopfprämien würden durch die Prämienverbilligung die gleiche Höhe wie bei einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung aufweisen.³⁷

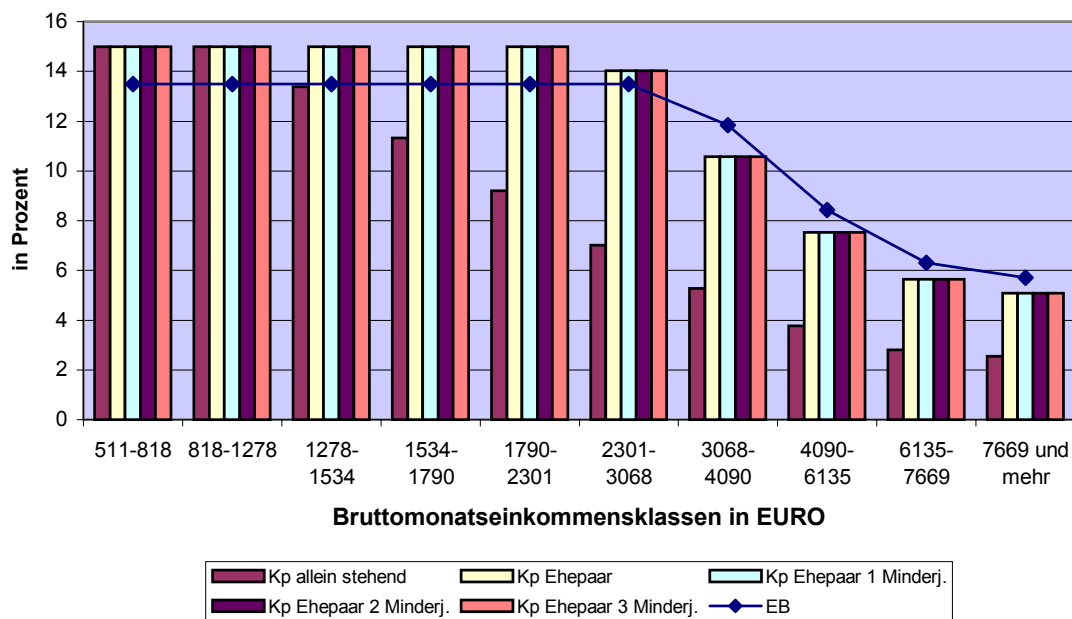
Für alle anderen Einkommensklassen müssten keine Subventionen des pro-Kopf-Beitrags erfolgen, würde doch die Kopfprämienbelastung von Alleinstehenden bzw. Alleinerziehenden auch ohne Prämienverbilligung unter einkommensbezogenen GKV-Beiträgen liegen. Dieser Effekt würde sich mit zunehmendem Einkommen sogar noch verstärken.

Für Verheiratete würden sich durch die Festlegung der Belastungsgrenze in den unteren und mittleren Einkommensklassen zum Teil deutliche Prämienreduktionen ergeben. Dadurch wäre in diesen Einkommensklassen die Belastung durch Kopfprämien analog zu einkommensbezogenen GKV-Beiträgen. Lediglich in den oberen Einkommensklassen würden Verheiratete von pro-Kopf-Beiträgen profitieren. Da aber in diesen Einkommensklassen bei einer GKV-Finanzierung durch einkommensbezogene Beiträge die prozentuale Entlastungswirkung der Beitragsbemessungsgrenze wirksam wird, ist der finanzielle Vorteil einer Kopfprämienfinanzierung nicht allzu groß. Insgesamt zeigt sich, dass für das unterstellte Kopfpauschalenmodell Alleinstehende bzw. Alleiner-

³⁷ Die Abweichung in den Berechnungen von 1,5 % ergibt sich aus der Differenz der Belastungsobergrenze von 15 % des Bruttomonatseinkommens bei der Erhebung von pro-Kopf-Beiträgen und des durchschnittlichen GKV-Beitragsatzes im Jahr 2001 von 13,5 % des Bruttomonatseinkommens.

ziehende mehr als Einverdienerfamilien von einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf pro-Kopf-Beiträge profitieren würden.

Abbildung 13: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Alleinverdiener und subventionierte Kopfprämien (Kp) in Prozent des Bruttoeinkommens nach Familienstand und Bruttoeinkommensklassen, Angaben in Prozent



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

3.3.2.2 Auswirkungen auf Zweiverdienerfamilien

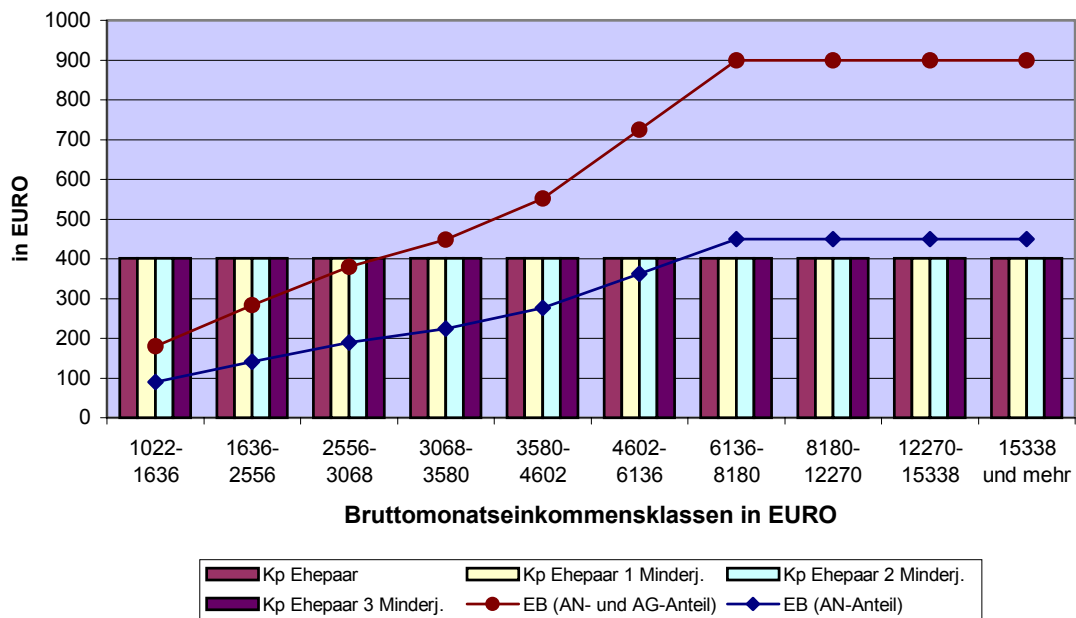
Die Erhebung einkommensbezogener GKV-Beiträge führt im Vergleich zum Einverdienererehepaar für einen Zweiverdienerhaushalt insofern zu einem Anstieg der Beiträge zur GKV, da nun zwei Einkommensbezieher GKV-Beiträge entrichten, obgleich bei einem Einkommensbezieher mit GKV-Mitgliedschaft auch der Ehepartner als mitversichertes Familienmitglied den fast gleichen Leistungsanspruch hätte wie als eigenständiges Mitglied. Des Weiteren kann es vorkommen, dass ein Zweiverdienererehepaar bei gleichem Einkommen höhere Beiträge zahlt als ein Einverdienererehepaar. Dies geschieht, wenn das gemein-

same Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt. In einem Kopfpauschalenmodell mit beitragsfreier Versicherung von Minderjährigen hat hingegen eine Verdoppelung der Zahl der Einkommensbezieher keinen Einfluss auf die Prämienhöhe, da auch für einen nicht-erwerbstätigen Erwachsenen Beiträge anfallen. Nachfolgend werden für einen Zweiverdienerhaushalt die Belastungswirkungen einkommensbezogener GKV-Beiträge im Vergleich zu Kopfprämien analysiert. Da das verwendete Kopfpauschalenmodell unterstellt, dass Minderjährige prämienfrei versichert sind und diese Personengruppe auch im jetzigen GKV-System keinen Finanzierungsbeitrag leisten muss, hat die Familiengröße keinen Einfluss auf die Bewertung der Vorteilhaftigkeit eines Kopfprämien systems im Vergleich zu einkommensbezogenen Beiträgen.

3.3.2.2.1 Prämienhöhe ohne Prämien subvention

Wie im Falle der Alleinstehenden bzw. Alleinerziehenden und Einverdienerhepaaren mit zwei Erwachsenen ergeben sich auch bei Zweiverdienerhepaaren ab einer Einkommenshöhe von etwa 3000 EURO Entlastungen, bei Einkommen darunter zusätzliche Belastungen (vgl. Abb. 14). Im Unterschied zu den Alleinverdienerhepaaren kann diese Entlastung allerdings bei Einkommen über der einfachen Beitragsbemessungsgrenze höher ausfallen. In Abbildung 14 ist der „Extremfall“ dargestellt, in dem bei Einkommen über der einfachen Bemessungsgrenze unterstellt wird dass beide Ehepartner individuell Einkommen unter der Beitragsbemessungsgrenze erzielen; Würde ein Partner über der Beitragsbemessungsgrenze erzielen, der andere nicht, so wäre die Beitragsbelastung entsprechend niedriger als in Abbildung 14 ausgewiesen.

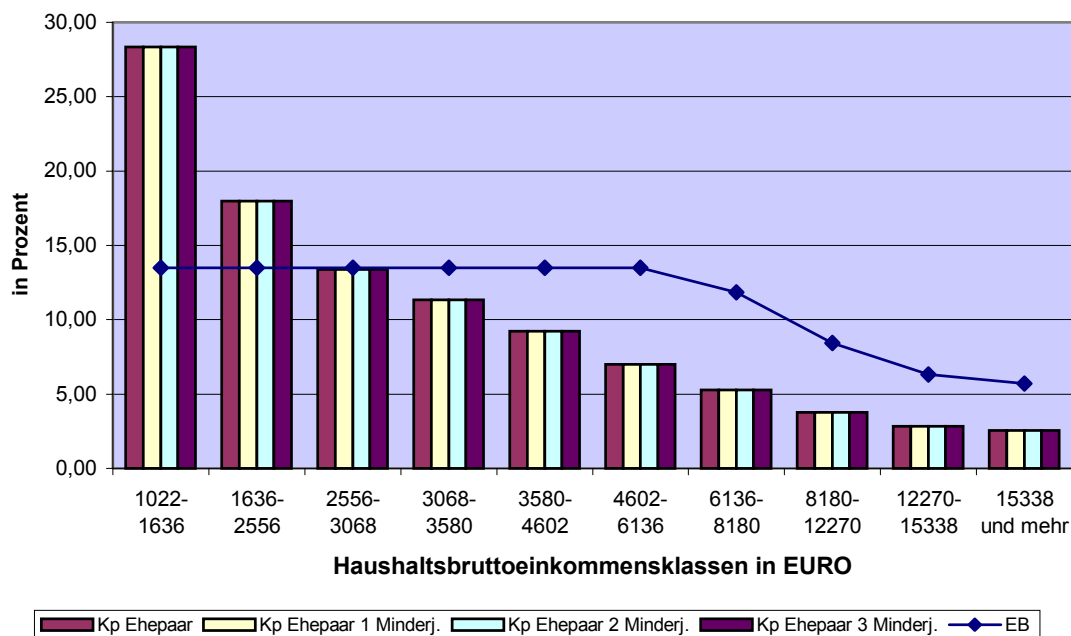
Abbildung 14: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Zweiverdienerpaare und Kopfprämien (Kp) mit prämienfreier Versicherung Minderjähriger nach Familienstand und Bruttomonatseinkommensklassen im Jahr 2001, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Die prozentuale Belastung der Einkommen durch einkommensproportionale Beiträge und Kopfprämien wurden in Abbildung 15 dargestellt. Es wird deutlich, dass, in einer Zweiverdienerfamilie der prozentuale Anteil der Kopfprämien am Bruttoeinkommen in den untersten Einkommensklassen höher als der Anteil einkommensbezogener Beiträge liegt. Gegenüber einer Einverdienerfamilie ist die prozentuale Belastung aus Kopfprämien nur halb so hoch. Trotzdem würde in einem Kopfpauschalensystem die Prämienbelastung eines Zweiverdienerhaushalts in den untersten Einkommensklassen immer noch knapp 30 % des Bruttoeinkommens betragen.

Abbildung 15: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Zweiverdiener und Kopfprämien (Kp) mit prämienfreier Versicherung Minderjähriger in Prozent des Bruttoeinkommens nach Familienstand und Bruttomonatseinkommensklassen im Jahr 2001, Angaben in Prozent

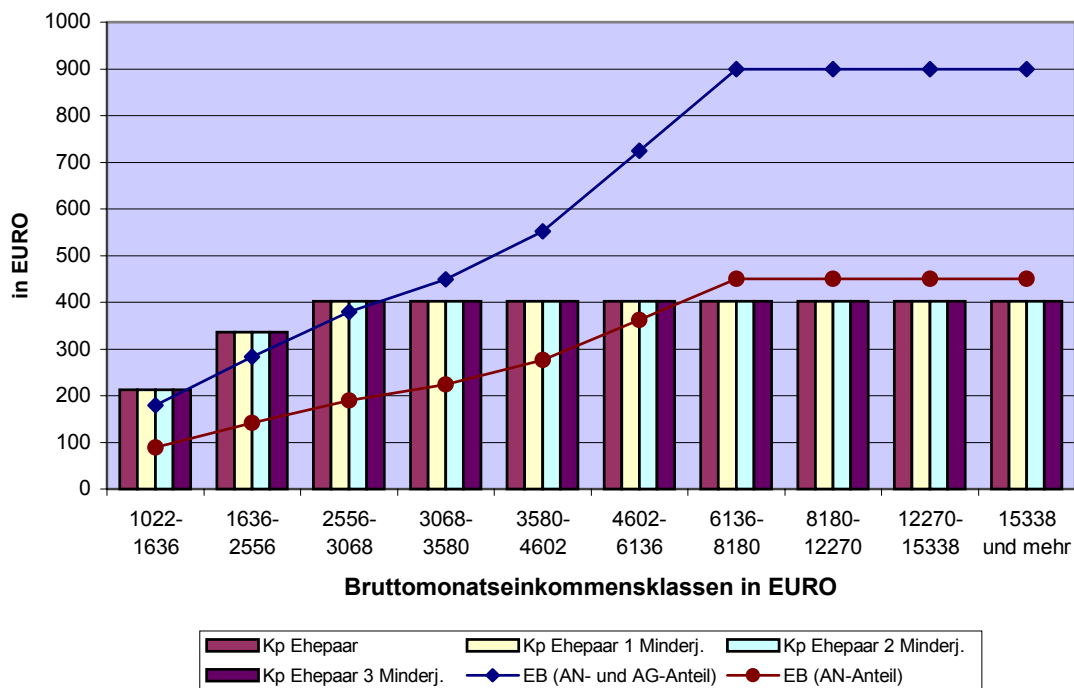


Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

3.3.2.2.2 Prämienhöhe mit Prämiensubvention

Da die aus einem Kopfpauschalensystem resultierenden Prämienbelastungen für Zweiverdienerfamilien mit geringem Einkommen über der aktuellen Beitragslast liegen würden, ist es sozialpolitisch notwendig, die anfallenden Kopfprämien zu subventionieren. Deshalb werden im Folgenden, wie schon bei der Analyse der Einverdiener, die Auswirkungen einer Begrenzung der Prämienhöhe auf 15 % des Bruttomonatseinkommens untersucht. Wie Abbildung 16 zeigt, wären die unteren zwei Einkommensklassen Nutznießer einer Prämiensubvention von Zweiverdienerfamilien, da deren Prämienbelastung nun deutlich sinkt. Die anderen Einkommensklassen erhalten keine Subvention, da ihre Prämienbelastung schon ohne Subvention teils weit unter 15 % des Bruttomonatseinkommens liegt.

Abbildung 16: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Zweiverdiener und subventionierte Kopfprämien (Kp) mit prämienvfreier Versicherung Minderjähriger nach Familienstand und – Bruttomonatseinkommensklassen, Angaben in EURO



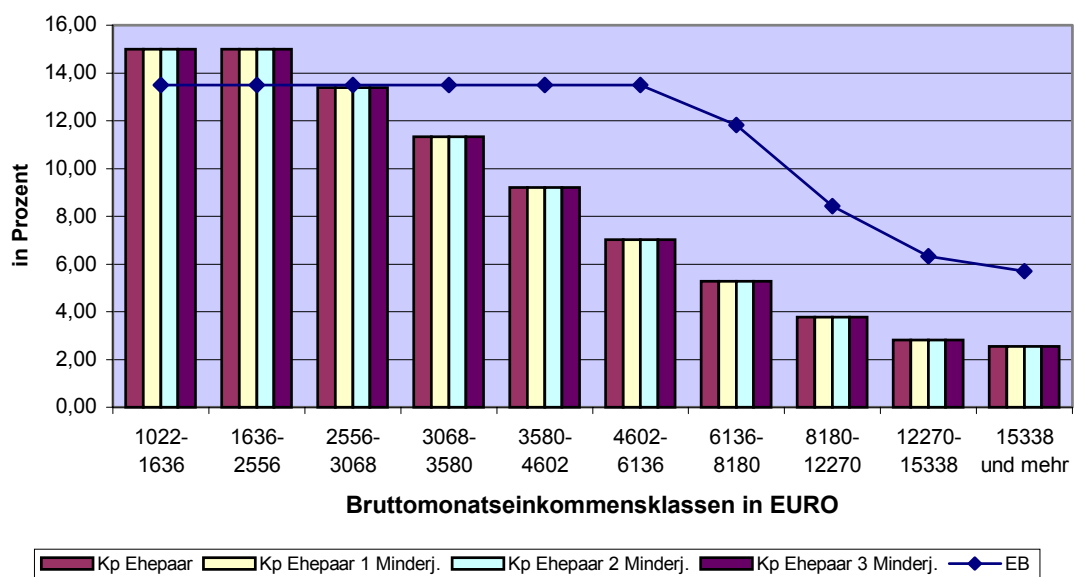
Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Aus Abbildung 17 geht hervor, dass der Anteil der Kopfprämienbelastung einer Zweiverdienerfamilie in den beiden unteren Einkommensklassen auf 15 % „heruntersubventioniert“ wurde. Unter der Annahme, dass die Belastungsgrenze bei einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfpauschalen in Höhe des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes festgesetzt würde, ergäben sich bei Zweiverdienern für die beiden unteren Einkommensklassen keine zusätzlichen Belastungen. Ihre Kopfprämien würden durch die Prämienverbilligung die gleiche Höhe wie bei einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung haben.³⁸ Für alle anderen Einkommensklassen würde keine Subvention des pro-Kopf-

³⁸ Die Abweichung in den Berechnungen von 1,5 % ergibt sich aus der Differenz der Belastungsgrenze von 15 % des Bruttomonatseinkommens bei der Erhebung von pro-Kopf-Beiträgen und des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes im Jahr 2001 von 13,5 % des Bruttomonatseinkommens.

Beitrags erfolgen, jedoch würde die Kopfprämienbelastung von Zweiverdienern auch ohne Prämiensubvention unter einem einkommensbezogenen GKV-Beitrag liegen. Mit steigendem Einkommen würde sich dieser Effekt sogar noch verstärken.

Abbildung 17: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Zweiverdiener und subventionierte Kopfprämien (Kp) in Prozent des Bruttoeinkommens nach Familienstand und Bruttomonatseinkommensklassen, Angaben in Prozent



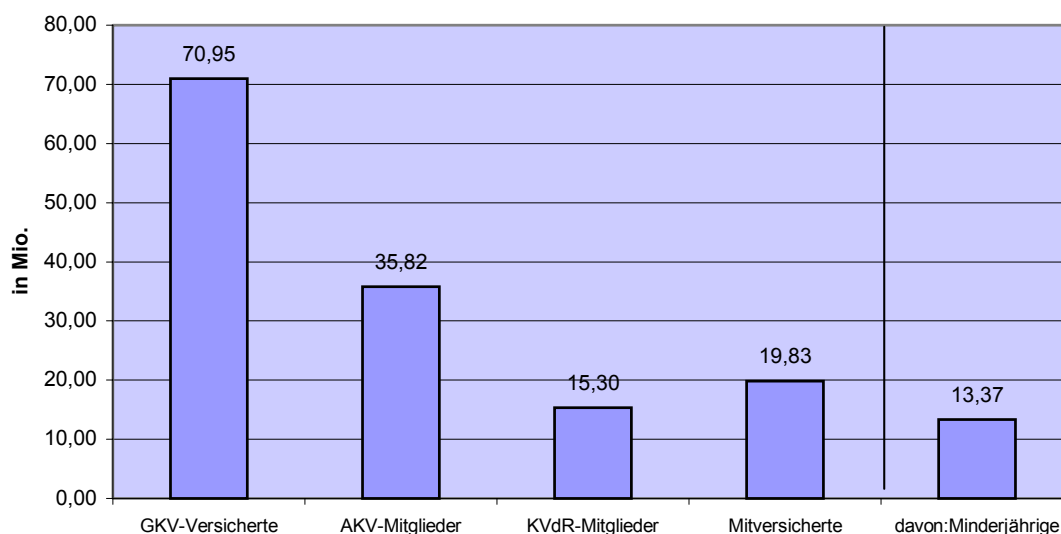
Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

3.4 Verteilung der versicherten Gruppen auf Einkommensklassen

Zur Beurteilung der Relevanz der Be- und Entlastungswirkungen der vorgestellten Kopfpauschalenmodelle, für die GKV insgesamt und den Subventionsbedarf ist es notwendig, die Anteile dieser Versichertengruppen an der GKV-Population zu bestimmen. Darüber hinaus gibt die Einkommensverteilung bestimmter Versichertengruppen Aufschluss über die Relevanz von Be- und Entlastungswirkungen für einzelne Einkommensklassen.

Abbildung 18 zeigt, dass die GKV im Jahr 2001 70,95 Mio. Versicherte umfasste. Davon waren 35,82 Mio. AKV-Mitglieder, 15,30 Mio. KVdR-Mitglieder sowie 19,83 Mio. Familienmitversicherte. Von den Familienmitversicherten waren etwa zwei Drittel, nämlich 13,37 Mio. Versicherte minderjährig.

Abbildung 18: Verteilung der verschiedenen Versichertengruppen im Jahr 2001, Angaben absolut in Mio.

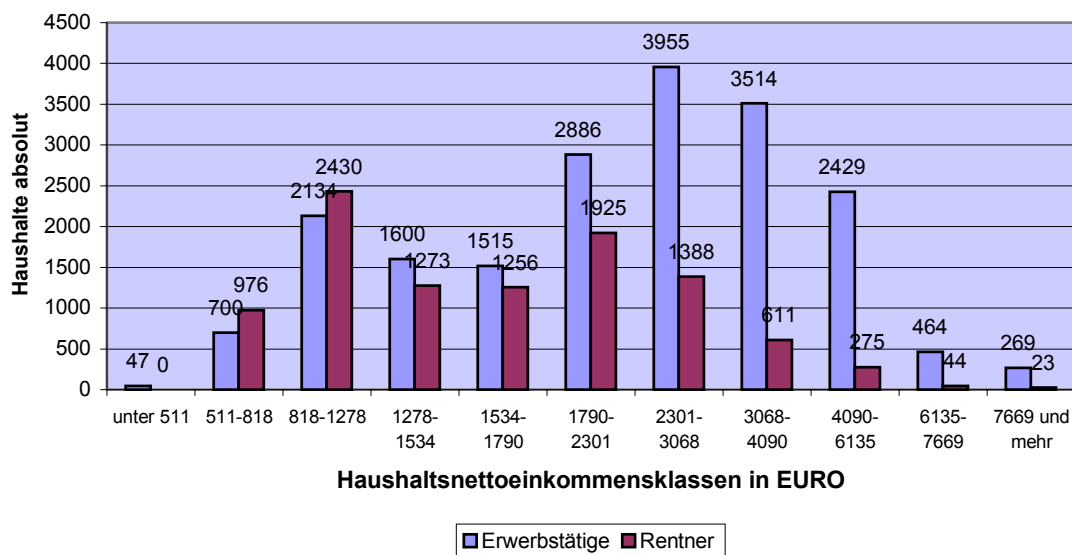


Quelle: BMG (2001)

Wie aus Abbildung 19 hervorgeht, findet sich die Mehrzahl Rentnerhaushalte in den unteren und mittleren Einkommensklassen. Dabei dürfte die starke Häufung in der Einkommensklasse von 818-1278 EURO tendenziell sehr viele RentnerInnenhaushalte umfassen, wohingegen die zweite starke Häufung in der Einkommensklasse von 1790-2301 EURO sehr viele Rentnerhaushalte bzw. Rentnerhepaare betreffen dürfte. Die ArbeiterInnen- und Angestelltenhaushalte finden sich gegenüber den Rentnerhaushalten vermehrt in höheren Einkommensklassen. Dies ist auch nicht weiter verwunderlich, da ArbeiterInnen und Angestellte deutlich bessere Einkommensverhältnisse als Rentner aufweisen. Die Umstellung auf eine Kopfpauschalenfinanzierung, die besonders Per-

sonen in unteren Einkommenschichten benachteiligt,³⁹ würde deshalb RentnerInnen besonders stark treffen.

Abbildung 19: ArbeiterInnen- und Angestellten- sowie Rentnerhaushalte nach Haushaltsnettoeinkommensklassen im Jahr 1998, Angaben absolut



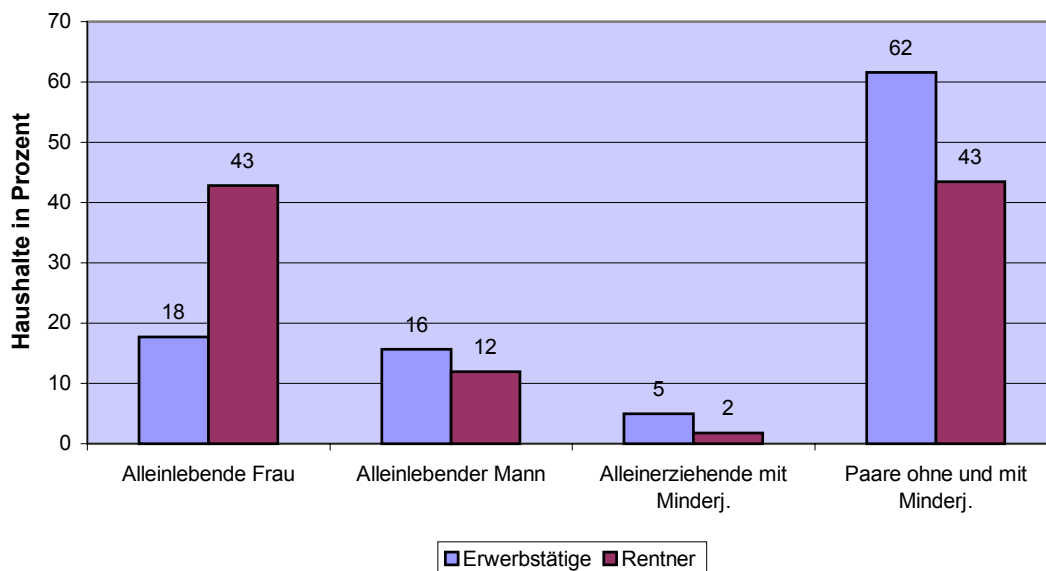
Quelle: Statistisches Bundesamt (2001)

In Bezug auf den Familientyp weisen ArbeiterInnen- und Angestellten- bzw. Rentnerhaushalte unterschiedliche Muster auf. Wie Abbildung 20 zeigt, sind nur 18 % der Arbeiter und Angestellten allein stehende Frauen, wohingegen dieser Familientyp bei den Rentnern mit 43 % deutlich stärker vertreten ist. 16 % der Arbeiter und Angestellten und nur 12 % der Rentner sind allein stehende Männer. Der Anteil von Alleinerziehenden an den ArbeiterInnen und Angestellten liegt bei 5 %. Bei RentnernInnen beträgt dieser Anteil sogar nur 2 %. 62 % der ArbeiterInnen und Angestellten und 43 % der Rentner leben mit einem Partner zusammen. Allein stehende bzw. allein erziehende ArbeiterInnen und Angestell-

³⁹ Personen in unteren Einkommenschichten werden durch die Prämiensubvention zwar nicht direkt benachteiligt, da Personen in höheren Einkommenschichten aber durch pro-Kopf-Beiträge entlastet werden, ergibt sich trotzdem eine Umverteilung von unten nach oben.

te würden vom dargestellten Kopfprämienmodell mehr als allein stehende bzw. allein erziehende Rentner profitieren, da bei Rentnern vor allem der Anteil an allein stehenden Frauen, die im allgemeinen sehr niedrige Renten erhalten, überproportional hoch ist. Bei den Paaren würden die ArbeiterInnen und Angestellten ebenfalls weitaus stärker als Rentner von pro-Kopf-Prämien profitieren, da sie zum einen höhere Einkommen und darüber hinaus auch noch eine größere Anzahl als Rentnerpaare aufweisen.

Abbildung 20: ArbeiterInnen-/Angestellten- und Rentnerhaushalte nach Familientyp im Jahr 1998, Angaben in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt (2001)

3.5 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Die Analyse einer Finanzierung von Krankenversicherungsleistungen über einkommensunabhängige Kopfprämien hat gezeigt, dass in Abhängigkeit vom sozialpolitisch gewollten Belastungsgrad einzelner Versichertengruppen mindestens eine Kopfpauschale von 163 EURO (Modell 1) monatlich notwendig ist, um das aktuelle Leistungsniveau der GKV zu finanzieren. Dieser Betrag würde sich bei einer 50%igen Prämienreduzierung für Familienversicherte und Rentner

(Modell 2) auf 217 EURO monatlich erhöhen, da der Finanzierungsbeitrag der restlichen Versichertengruppen ansteigt. Eine prämienfreie Versicherung von Minderjährigen (Modell 3) würde zu einer Kopfpauschale von 201 EURO monatlich führen.

In Modell 3 mit einer beitragsfreien Mitversicherung von Minderjährigen würden Alleinstehende bzw. Alleinerziehende ab einem Bruttomonatseinkommen von ca. 1500 EURO von der Einführung einer Kopfprämienfinanzierung profitieren. Bei einem niedrigeren Einkommen würde ein derartiger Familientyp dagegen durch Kopfpauschalen zum Teil deutlich schlechter gestellt werden. Eine Prämiensubvention auf 15 % des Bruttomonatseinkommens verringert die Kopfpauschalenbelastung für Alleinstehende bzw. Alleinerziehende in den unteren Einkommensklassen. In allen anderen Einkommensklassen erhalten Alleinstehende bzw. Alleinerziehende zwar keine Prämienverbilligung, trotzdem liegt ihre Kopfpauschalenbelastung zum Teil deutlich unter einkommensbezogenen GKV-Beiträgen. Diese Effekte verstärken sich mit zunehmendem Einkommen.

Speziell Alleinstehende würden von der Erhebung einer für alle Versicherten einheitlichen Kopfprämie von monatlich 163 EURO (vgl. Punkt 2.2.1) anstatt eines Kopfprämienmodells mit einer beitragsfreien Versicherung von Minderjährigen profitieren. Für Alleinerziehende wäre hingegen durch den Wegfall der beitragsfreien Versicherung Minderjähriger mit deutlichen Mehrbelastungen zu rechnen.

Verheiratete Einverdiener würden zwar bis in mittlere Einkommensklassen von einer Prämiensubvention profitieren. Trotzdem wäre ihr pro-Kopf-Beitrag aber lediglich in den oberen Einkommensklassen niedriger als einkommensbezogene GKV-Beiträge. Demgegenüber würden sich kinderlose Einverdienerfamilien durch ein Kopfprämienystem ohne Minderjährigenkomponente finanziell zwar besser stellen, jedoch wäre die Prämienbelastung gerade bei kinderreichen Einverdienerfamilien höher als in einem Kopfpauschalensystem mit Beitragsfreiheit Minderjähriger.

Zweiverdienerfamilien mit einem gemeinsamen monatlichen Bruttoeinkommen von über 3000 EURO würden in einem Kopfprämiensystem mit einer beitragsfreien Mitversicherung von Minderjährigen gegenüber einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung eine niedrigere Zahllast aufweisen. Die Berücksichtigung von im Haushalt lebenden Kindern ändert nichts an den Belastungswirkungen, da Minderjährige in einem Kopfprämiensystem mit Minderjährigenkomponente keine Beiträge zu leisten hätten. In einem Kopfprämiensystem ohne Minderjährigenkomponente würden einkommensstarke kinderlose Zweiverdienerfamilien durch die Reduktion ihrer Kopfprämien (von 402 EURO auf 326 EURO) gegenüber einer GKV-Finanzierung durch einkommensbezogene Beiträge weiter profitieren. Für kinderreiche Zweiverdienerfamilien wäre diese Finanzierungsvariante allerdings unvorteilhaft, da durch die Kopfpauschalen für Minderjährige die Prämienbelastung insgesamt doch stark ansteigen dürfte.

BREYER (2001) schätzten für das Jahr 1999, dass bei einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopf-Beiträge 35,7 Mio. GKV-Versicherte mit Krankenversicherungsbeiträgen von über 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens belastet wären. Insbesondere bei Personen im untersten Einkommensquintil würde die Prämienbelastung zum Teil das gesamte Haushaltsbruttoeinkommen übersteigen. In den von den Gutachtern durchgeführten Simulationsrechnungen würden 75 % aller Haushalte von einer 15%igen Belastungsgrenze profitieren.⁴⁰

⁴⁰ Vgl. Breyer et al. (2001), S. 192f.

4 Das Schweizer Modell der Kopfprämien

Die in Deutschland diskutierte Umstellung der Finanzierung der GKV auf versichertenbezogene Kopfprämien orientiert sich am so genannten „Schweizer Modell“,⁴¹ mit dem in der Schweiz durch Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 das freiwillige, private Krankenversicherungssystem von einem System aus obligatorischer Grund- und freiwilliger Zusatzversicherung abgelöst wurde. Die Grundversicherung sieht eine generelle Versicherungspflicht sowie einen einheitlichen Leistungskatalog vor. Die Finanzierung des Grundleistungskatalogs erfolgt über eine risikounabhängige einheitliche Kopfprämie, die von den jeweiligen Krankenkassen für die Kantone bestimmt wird. Infolge der einheitlichen Kopfprämie entstehen für Versicherte zwischen 26 und 55 Jahren durchschnittlich Überschüsse und für Versicherte über 55 Jahren durchschnittlich Defizite.

Da ein derartiges Finanzierungssystem aber zu hohen finanziellen Belastungen für einkommensschwache Personen führt, soll ein komplexes System zur Subventionierung der Kopfprämien den sozialen Ausgleich gewährleisten. Der Umfang der Subventionen wird von den Kantonen bestimmt. Die Prämiensubvention wird zu zwei Dritteln aus Bundesmitteln und zu einem Drittel aus Kantonsmitteln finanziert. Zur Vermeidung von Risikoselektion seitens der Krankenkassen wurde ein bis zum 01.01.2006 befristeter Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Da er aber nur mit Hilfe der Variablen Alter und Geschlecht versucht die Morbidität der Versicherten abzubilden, kann er den Selektionsanreizen nicht wirksam begegnen.⁴²

Für die Schweiz wird im Ergebnis festgestellt, dass die Ziele des KVG:

- Solidarität zwischen den Versicherten,

⁴¹ Vgl. Henke (2002), S. 6.

⁴² Vgl. Stillfried (2003), S. 3f. Deshalb konnten Versicherer mit Risikoselektion ihre Prämie um 40 % senken, während Versicherer ohne Selektion einen Prämienanstieg um 20 % zu verzeichnen hatten. Der RSA weist demnach in der Schweiz ähnliche Probleme wie in Deutschland auf (zu den Problemen des RSA in Deutschland vgl. Jacobs et al. (2001)).

- Sicherstellung einer hoch stehenden, finanziell tragbaren medizinischen Versorgung, sowie
- eine maßvolle Kostenentwicklung

teilweise erreicht wurden. Gerade in Bezug auf das Ziel der Solidarität sind jedoch Defizite zu konstatieren. So entlastet die Prämienverbilligung zwar die unteren Einkommensschichten. In Kantonen mit hohen Versicherungsprämien sind die Entlastungen jedoch nur ungenügend.⁴³ Zudem wird die Information der Bevölkerung über das Recht auf Prämienverbilligung zum Teil als mangelhaft erachtet. Darüber hinaus gelten die Ausgestaltungen der Prämienverbilligungen als Einflussfaktor für die Motivation der Versicherten, einen günstigen Versicherer und ein günstiges Versicherungsmodell zu wählen.⁴⁴

4.1 Ausgestaltung der Kopfprämien

Jeder Bürger der Schweiz bezahlt eine eigene Prämie, die so genannte Kopfprämie, die jährlich vom Bundesamt für Sozialversicherung neu zu genehmigen ist.⁴⁵ Diese wird unabhängig vom Einkommen, dem Eintrittsalter und dem Geschlecht einer Person bestimmt. Zugleich besteht eine Kostenbeteiligung, die sich zusammensetzt aus der „ordentlichen“ für Krankenbehandlung in Höhe von 230 sFr. pro Jahr und dem Selbstbehalt in Höhe von 10% des verbleibenden Rechnungsbetrages bis zu einer Höchstgrenze von 600 sFr. pro Jahr.⁴⁶ Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre entfällt die Franchise, der Selbstbehalt beträgt 300 sFr. Freiwillig kann eine höhere Franchise vereinbart werden. Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre und junge Erwachsene im Alter zwischen 19 und 25 Jahren haben die Krankenkassen reduzierte Prämien zu gewähren.

⁴³ Vgl. BSV (2001), S. 113.

⁴⁴ Vgl. BSV (2001), S. 113.

⁴⁵ Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht jeweils im Oktober jeden Jahres eine Übersicht über die Grundversicherungsprämien pro Kanton.

⁴⁶ Wenn die Behandlungskosten (Arzt, Arzneimittel, Krankenhaus oder Hilfsmittel) 2000 . in einem Jahr betragen, so sind vom Versicherten 230 . und 10 % des Restbetrages von 1770 . zu tragen, d.h. insgesamt 407 .

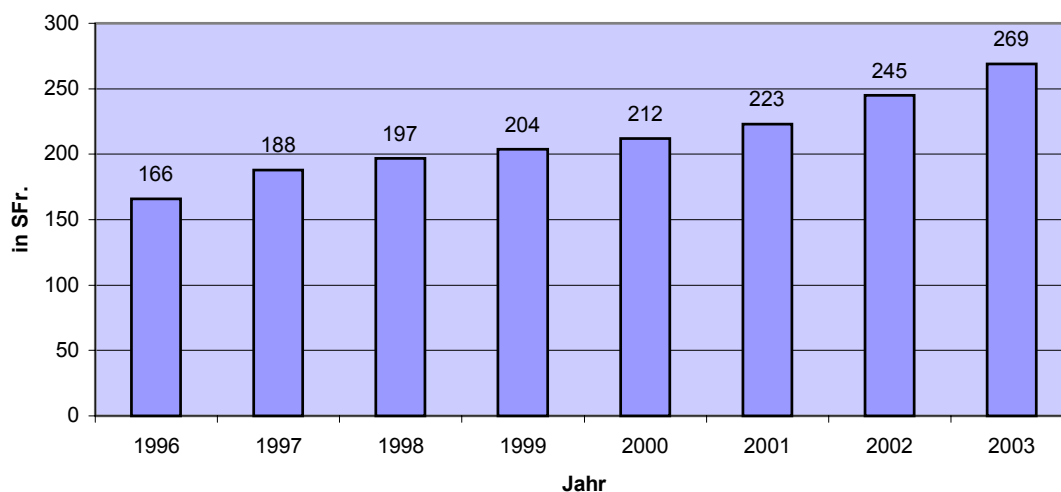
Personen, die nicht über ausreichende finanzielle Mittel zur Finanzierung der Kopfprämie verfügen, haben Anspruch auf eine Verbilligung der Krankenversicherungsprämie (Kap. 4.1.2).

Die Prämien variieren zwischen den Kantonen und zwischen den Krankenkassen zum Teil erheblich. Innerhalb eines Kantons können höchstens drei regionale Abstufungen von den Krankenkassen vorgenommen werden. Es fällt jedoch der regionale Unterschied in den Kopfprämien zwischen den Kantonen auf.⁴⁷ Bei einer durchschnittlichen Prämienhöhe im Jahr 2003 von 269 sFr. (Im Jahr 2002: 245 sFr.) beläuft sich die höchste Prämie auf 389 sFr. in Genf (Im Jahr 2002: 364 sFr.).⁴⁸ Dabei ist auch zu beobachten, dass sich die durchschnittliche Monatsprämie zwischen 1996, dem Jahr des Inkrafttretens des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sowie dem System der Kopfpauschalen, und dem Jahr 2003 von 166 sFr. kontinuierlich auf 269 sFr. erhöht hat. Die Entwicklung der Höhe der durchschnittlichen Kopf-Monatsprämie ist in Abbildung 18 dargestellt.

⁴⁷ Zu den Spannweiten der inter- und intrakantonalen Durchschnittsprämien vgl. Wasem et al. (2003), S. 2.

⁴⁸ Günstigste Prämie im Jahr 2002 im Kanton Appenzell-Innerrhoden (AI) mit 159 ., vgl. o.V. (2003b), S. 41; im Jahr 2003 betrug die Prämienhöhe 173 ., vgl. Hebermann (2003).

Abbildung 21: Anstieg der monatlichen Durchschnittsprämie 1996 bis 2003, Angaben in sFr.



Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung, Schweizerische Sozialversicherungsstatistik, KV 6.5

Aus dieser Entwicklung wird auch deutlich, dass das Ziel des KVG, eine Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu bewirken, nicht realisiert werden konnte. Vielmehr ist festzustellen, dass die Prämien im Jahr 2002 im Vergleich zum Vorjahr um rund 10 %, die Gesundheitskosten jedoch nur um rund 5 % stiegen.⁴⁹

4.2 System der Prämienverbilligung

4.2.1 Berechnung der Prämienverbilligung

Die Ermittlung der Anspruchsberechtigung erfolgt in der Regel auf Basis der Daten aus der Steuerveranlagung, lediglich im Kanton Basel-Stadt dienen die aktuellen Einkommensverhältnisse⁵⁰ als Berechnungsgrundlage. Darüber hinaus unterscheiden sich die kantonalen Berechnungsmethoden in diversen Ab-

⁴⁹ Vgl. o.V. (2003b), S. 6.

⁵⁰ Bei Unselbständigen dient die Lohnsteuerkarte und bei Selbständigen die Erfolgsrechnung als Datengrundlage.

zugsmöglichkeiten⁵¹, der Berücksichtigung des Vermögens⁵², der sozialen Stellung⁵³ und der Haushaltsgröße. Darüber hinaus hat jeder Kanton noch diverse Sonderregelungen für bestimmte Personengruppen (z. B. Sozialhilfeempfänger, Quellenbesteuerte). Im Kanton Solothurn kommt eine Härtefallregelung zur Anwendung, die Personen mit niedriger Zahlungsfähigkeit eine Prämienverbilligung in Höhe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zuerkennt.⁵⁴

Die Ermittlung der Einkommensgrenzen erfolgt in den Kantonen auf zwei unterschiedliche Arten. Beim Einkommensstufenmodell erhalten die Anspruchsberechtigten beim Überschreiten der jeweils relevanten Einkommensgrenzen einen festen Betrag an Prämienverbilligung. Dieses Modell wird in 12 Kantonen angewendet. Das von 14 Kantonen verwendete Prozentmodell legt einen bestimmten Anteil der Prämie am maßgeblichen Einkommen fest, bei deren Überschreiten ein Anspruch auf Prämienverbilligung eintritt.⁵⁵

Es wird inzwischen allerdings vorgeschlagen, zur Ermittlung der Prämienverbilligung generell auf Daten aus der Steuerveranlagung zurückzugreifen, da dies den administrativen Aufwand senkt. Darüber hinaus sollte die Berechnung der Prämiensubventionen nur auf Basis des Einkommens und der Haushaltszusammensetzung erfolgen.⁵⁶

⁵¹ Im Kanton Obwalden kann bspw. ein Zweitverdienerabzug, ein Lehrlingsabzug oder ein Abzug von Renten aus beruflicher Vorsorge und privater Versicherung geltend gemacht werden (vgl. SDK (2001), S. 8).

⁵² Im Kanton Basel-Stadt bspw. wird die Bemessungsgrundlage um 10 % des steuerbaren Vermögens über 50000 sFr. erhöht (vgl. SDK (2001), S. 14).

⁵³ Bspw. verringert sich das für die Prämienverbilligung maßgebende Einkommen von Familien mit Kindern oder Jugendlichen in Ausbildung im Kanton Appenzell Ausserrhoden um je 5500. (vgl. SDK (2001), S. 18).

⁵⁴ Vgl. SDK (2001), S. 13. Hier zeigen sich Parallelen zur Härtefallregelung in der GKV, allerdings nicht auf der Leistungs-, sondern auf der Finanzierungsseite (vgl. Pfaff et al. (2002)).

⁵⁵ Vgl. BSV (2001), S. 28, Balthasar et al. (2001), S. 29f.

⁵⁶ Vgl. BSV (2001), S. 33.

4.2.2 Gewährung und Auszahlung der Prämienverbilligung

Für die Ermittlung der Berechtigten der Prämienverbilligungen existieren in der Schweiz drei je nach Kantonen unterschiedliche Formen. Im System der automatischen Ermittlung und Auszahlung werden die Berechtigten von den jeweils zuständigen Behörden auf der Basis von Steuerdaten ermittelt. Die Auszahlung der Subventionen erfolgt ebenfalls ohne weitere Formalitäten. Dieses Modell wird in fünf Kantonen angewendet.

Im System der individuellen Benachrichtigung werden die Anspruchsberechtigten von den zuständigen Behörden angeschrieben. Anschließend müssen von den Berechtigten Anträge auf Prämienverbilligung gestellt werden. Dieses System ist das am weitesten verbreitete in der Schweiz und wird von 19 Kantonen angewendet.

Im System ohne individuelle Benachrichtigung erfolgt die Information der Anspruchsberechtigten über die Medien, öffentliche Plakate oder den Versand an alle Haushalte. Dieses System kommt in zwei Kantonen zur Anwendung.⁵⁷

Da in den beiden letztgenannten Modellen keine automatische Subventionsgewährung verankert ist, spielen Informationsdefizite der Anspruchsberechtigten eine wichtige Rolle für die Antragstellung und Auszahlung der Prämienverbilligung.⁵⁸ Der im Rahmen einer repräsentativen Haushaltsbefragung ermittelte Bekanntheitsgrad der Prämienverbilligung in der Schweiz liegt bei 85 %. Jedoch weisen gerade die Kantone mit einem Antragssystem einen unterdurchschnittlichen Bekanntheitsgrad der Prämienverbilligung in der Bevölkerung (Basel-Stadt) bzw. eine Nichtantragstellung möglicherweise berechtigter Personen (Basel-Stadt und Luzern) auf. Vertiefte Analysen für das Jahr 2000 haben gezeigt, dass gerade in diesen Kantonen im Vergleich zu Kantonen ohne Antragsystem die Quote der Nichtantragsteller mit Berechtigung mit 24 % (Luzern)

⁵⁷ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 29ff.

⁵⁸ Dabei sind Parallelen zu den Härtefallregelungen in der GKV erkennbar, wo der Informationsstand der Versicherten ebenfalls ein wichtiges Kriterium für die Inanspruchnahme ist (vgl. Pfaff et al. (2002), S. 26ff.).

bzw. 21 % (Basel-Stadt) überdurchschnittlich hoch liegt.⁵⁹ Als wichtigste Gründe einer Nichtantragstellung wurden in den beiden Kantonen die Nachlässigkeit, der Wunsch nach Eigenständigkeit sowie der ungenügende Informationsstand der potentiell Berechtigten ermittelt. In beiden Kantonen werden berechnete Personen in unteren Altersklassen sowie Rentner von der Prämienverbilligung gut erfasst, wohingegen Erfassungsdefizite bei über 50-Jährigen bis zur Pensionierung festgestellt wurden.⁶⁰ Zur Beseitigung der angesprochenen Defizite werden von BALTHASAR ET AL. (2001) ein für alle Kantone einheitliches Antragssystem mit individueller Benachrichtigung vorgeschlagen.

Hinsichtlich der Möglichkeit der Antragstellung haben sich in den Kantonen zwei unterschiedliche Systeme etabliert. Bei dem von 15 Kantonen angewendeten Modell einer fixen Antragstellung können während des Jahres keine neuen Anträge auf Prämienverbilligung gestellt werden. In 12 Kantonen können hingegen während des ganzen Jahres Anträge auf Prämienverbilligung gestellt werden.⁶¹ Dieses System gewährleistet am besten die Forderung des Gesetzgebers⁶² nach einer Berücksichtigung der aktuellen wirtschaftlichen und familiären Verhältnisse, gleichzeitig ist es aufgrund der laufenden Antragsbearbeitung sehr kostenintensiv.⁶³

Die Auszahlung der Prämienverbilligungen erfolgt in der Schweiz auf zwei Arten. Eine Auszahlung an die Versicherer erfolgt in 16 Kantonen. 10 Kantone zahlen die Subventionsleistungen an die Versicherten aus.⁶⁴ Da Krankenversicherer und Gemeinden über eine zunehmende Zahl an Privatinsolvenzen berichten, steigt die Gefahr, dass bei einer Auszahlung der Prämienverbilligung an

⁵⁹ Aufgrund der bestehenden Automatismen bei der Antragstellung liegt die Zahl der Anspruchsberechtigten ohne Subventionsbezug in den Kantonen Genf, Zürich, Neuenburg und Appenzell Ausserrhoden unter 5 % (vgl. Balthasar et al. (2001), S. 79).

⁶⁰ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 66f.

⁶¹ In den zwei Kantonen Bern und Schaffhausen sind laufende Anträge nur bei neuer Steueranlagung (Bern) bzw. bei veränderten Steuerfaktoren (Schaffhausen) möglich.

⁶² Vgl. Art. 65, Abs. 3, Satz 1 des revidierten KVG.

⁶³ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 31f. bzw. S. 103ff., SDK (2001), S. 2 bzw. S. 17.

⁶⁴ Vgl. BSV (2001), S. 29.

die Versicherten die Subventionsleistungen nicht zielgerichtet verwendet werden und dadurch die Prämienverbilligung im Rahmen der Sozialhilfe noch einmal bezahlt werden muss.⁶⁵ Deshalb wird eine Auszahlung der Subventionsleistungen an die Versicherer befürwortet.⁶⁶ Bei einer Abwicklung der Zahlungen über die Krankenversicherer erhalten diese für ihre im Zusammenhang mit der Abwicklung stehenden Aufwendungen eine finanzielle Entschädigung. Allerdings haben Vertreter der Versicherungswirtschaft auf die den Versicherungsunternehmen dann zusätzlich entstehenden Kontrollkosten hingewiesen, welche die Höhe der Ausgleichszahlungen übersteigen würden.⁶⁷

4.2.3 Kosten des Prämienverbilligungssystems

Für die Beurteilung der ökonomischen Effizienz eines Prämienverbilligungssystems ist es notwendig, die Höhe der Abwicklungskosten eines derartigen Systems zu kennen. Eine Untersuchung in den Kantonen Basel-Stadt und Luzern ermittelte für einen Antrag eine durchschnittliche Bearbeitungszeit von ca. 20 Minuten. Die Berücksichtigung aller Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit dem Prämienverbilligungsgesuch stehen, führt sogar zu einer durchschnittlichen Bearbeitungszeit von ca. 40 Minuten. Die kantonalen Vollzugssysteme unterscheiden sich beträchtlich hinsichtlich der Abwicklungskosten. Generell wenden die Kantone zwischen 1,3 und 2,9 % der Prämien subventionen für die Abwicklung auf. Auch die Kosten pro Bezieher, pro bewilligtes Gesuch bzw. pro eingereichtes Gesuch differieren zwischen den Kantonen ganz erheblich. Die Kosten hängen stark von der Flexibilität der Vollzugssysteme in den einzelnen Kantonen ab, wobei laufende Antragsbearbeitungen kostensteigernd wirken.⁶⁸ Daneben sind die Anzahl der involvierten Behörden, die EDV-technische Vernetzung sowie der Informationsaufwand weitere Kriterien für kantonal unterschiedliche

⁶⁵ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 123.

⁶⁶ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 131.

⁶⁷ Vgl. (BSV), S. 31.

⁶⁸ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 113ff.

Kostenbelastungen.⁶⁹ Auf Basis von fünf Kantonen⁷⁰ errechnen sich pro Subventionsbezieher durchschnittliche gewichtete Vollzugskosten in Höhe von 18,4 sFr.⁷¹ Bezogen auf die von BREYER ET AL. (2001) geschätzte Zahl von 35,7 Mio. GKV-Subventionsempfängern wäre bei ähnlichen Kostenstrukturen in Deutschland mit Abwicklungskosten für ein Prämienverbilligungssystem in Höhe von rund 434 Mio. EURO zu rechnen.

4.2.4 Sozialpolitische Wirksamkeit

Für die Beurteilung der sozialpolitischen Wirksamkeit der Prämienverbilligung sind vor allem zwei Fragen relevant:

1. Sind die Haushalte durch die Kopfprämien nicht übermäßig belastet?

Schon 1991 wurde in der Schweiz vorgeschlagen, eine individuelle Prämienverbilligung zu gewähren, wenn die Prämienbelastung einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens übersteigt.⁷² In der politischen Debatte kam schnell die Forderung auf, die Kopfprämienbelastungen auf 8 % des steuerbaren Einkommens zu begrenzen.⁷³ Gesetzlich verankert wurde diese Forderung allerdings nicht. Da die Steuerbelastung in der Schweiz kantonal sehr unterschiedlich ausfällt, ist es besser, als Wirksamkeitsindikator das verfügbare Einkommen (Steuerbares Einkommen abzüglich anfallender Bundes-, Kantons- und Gemeindesteuern) zu verwenden.⁷⁴ Auf Basis dieses Indikators liegt im Jahr 2000 in fast der Hälfte aller Kantone die mittlere verbleibende Prämienbelastung nach Abzug der Subventionsleistungen über der sozialpolitisch angestreb-

⁶⁹ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 110ff.

⁷⁰ Im Einzelnen sind dies die Kantone Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Zürich, Luzern und Appenzell Ausserrhoden.

⁷¹ Diese Kosten beinhalten die Kosten der Kantone, Gemeinden und Versicherer (vgl. Balthasar (2001a), S. 114).

⁷² Vgl. BBl. (1992), Teil I, S. 198f.

⁷³ Vgl. BSV (2001), S. 31.

⁷⁴ 8 % des steuerbaren Einkommens entsprechen durchschnittlich 6 % des verfügbaren Einkommens (vgl. BSV (2001), S. 32).

ten 8%-Marke.⁷⁵ In den Kantonen Zürich, Genf und Tessin liegen die Prämienbelastungen sogar bei über 10 % des steuerbaren Einkommens. Da nur ein Drittel der Bevölkerung eine Prämiensubvention erhält, wurde die vom Bundesrat bei der Einführung des KVG formulierte Zielsetzung nicht erreicht, wonach 50 Prozent der Bevölkerung von der Prämienverbilligung profitieren sollten.⁷⁶

2. Profitieren alle anspruchsberechtigten Personengruppen in gleichem Maße von der Prämienverbilligung?

Alle untersuchten Personengruppen (Rentner, Alleinerziehende, vierköpfige Familien, Großfamilien) profitieren vom System der Prämienverbilligung, allerdings verbilligen sich die Prämien der Alleinerziehenden und der Großfamilien in allen Kantonen weitaus mehr als bei den übrigen Personengruppen. Insbesondere für Rentner hat sich die Situation zwischen 1998 und 2000 verschlechtert, da sich ihre Prämienbelastung im genannten Zeitraum in 22 Kantonen erhöht hat. Mitttelgroße Familien konnten ihre Prämienbelastungen gegenüber 1998 zwar verringern, jedoch liegen die Belastungen in 20 Kantonen immer noch über der 8%-Marke. Obwohl Alleinerziehende wie schon 1998 von der Prämienverbilligung stark profitieren, hat sich ihre finanzielle Belastung als Anteil am steuerbaren Einkommen doch deutlich erhöht.⁷⁷

Die Festlegung einer verbindlichen Obergrenze der Prämienbelastung würde zu einer Erhöhung der sozialpolitischen Wirksamkeit beitragen.⁷⁸ Andererseits könnten die Subventionsleistungen an den Prämien für eine beschränkte Wahl der Leistungserbringer (HMO-Konzepte, Hausarztmodelle) orientiert werden, wodurch Anreize insbesondere für Geringverdiener geschaffen werden könnten, kostengünstige Versicherungen zu wählen.⁷⁹

⁷⁵ Vgl. o.V. (2003b), S. 9, BSV (2001), S. 32.

⁷⁶ Vgl. o.V. (2003b), S. 9.

⁷⁷ Vgl. BSV (2001), S. 32.

⁷⁸ Vgl. BSV (2001), S. 34.

⁷⁹ Vgl. BSV (2001), S. 119.

4.2.5 Schlussbetrachtung

Im Jahr 2000 wurden in der Schweiz zur Reduktion der Prämienbelastungen insgesamt 1,7 Mrd. sFr. vom Bund und 850 Mio. sFr. von den Kantonen aufgewendet. Das System der Prämienverbilligung sorgt zwar für spürbare Prämienreduktionen, insgesamt bleibt die Belastung für bestimmte Versichertengruppen dennoch hoch. Unter sozialpolitischen Gesichtspunkten ist die Situation in sechs Kantonen besonders bedenklich. Dort liegen die durchschnittlichen Prämienbelastungen über der bundesrätlich angestrebten 8 % Belastungsobergrenze, obwohl noch Bundesmittel zur Prämienverbilligung verfügbar wären.⁸⁰ Wie das BSV (2001) feststellt, ist in diesen Kantonen“ die Solidarität zwischen Arm und Reich auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen steuerrechtlichen Regelungen vergleichsweise unterdurchschnittlich.“⁸¹

Insgesamt muss festgestellt werden, dass die Prämienverbilligung ihrer Zielsetzung einer sozialen Abfederung der Belastungen aus der Kopfprämienfinanzierung nicht gerecht werden konnte, vor allem bei Haushalten mit mittleren Einkommen und Versicherten in Kantonen mit hoher Prämienbelastung. Trotz dieser Probleme wird von Experten empfohlen, am System der Prämienverbilligung festzuhalten, dabei allerdings bestimmte Modifikationen vorzunehmen.⁸² Im Einzelnen bestehen diese Vorschläge aus folgenden Elementen:⁸³

- Festlegung eines verbindlichen Anteils der Kopfprämienbelastung am steuerbaren Einkommen nach direkter Bundessteuer;
- Einheitliche Auszahlung der Beiträge direkt an die Versicherer;
- Einheitliche Verwendung der Steuerveranlagung als Datengrundlage der Prämienverbilligung;

⁸⁰ Vgl. BSV (2001), S. 75.

⁸¹ BSV (2001), S. 75.

⁸² Vgl. BSV (2001), S. 128.

⁸³ Vgl. BSV (2001), S. 33f. bzw. S. 128f.

- Abschaffung des Antragsystems in den betroffenen Kantonen und Einführung eines in allen Kantonen einheitlichen Systems mit individueller Benachrichtigung;
- Für bestimmte Veränderungen familiärer Gegebenheiten sollte in allen Kantonen die Möglichkeit einer ganzjährigen Antragsstellung geschaffen werden.

Die Vorschläge zielen auf eine Verringerung der Unterschiede in den kantonalen Vollzugssystemen ab, da ein Hauptproblem des Schweizer Subventionssystems in kantonal völlig zersplitterten Prämienverbilligungssystemen liegt. Das zweite große Problem der bisher nicht ausreichend realisierten sozialpolitischen Zielgerechtigkeit soll durch die einheitliche und verbindliche Vorgabe einer Obergrenze der Prämienbelastung gelöst werden. Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG hat der Ständerat beschlossen, eine Belastungsobergrenze von 8 % des Haushaltseinkommens gesetzlich zu verankern. Als Bemessungsgrundlage sollte das reine Einkommen gemäß direkter Bundessteuer - ergänzt um 10 % des nach kantonalem Recht zu versteuernden Vermögens - dienen. Da dieses System für den Bund jedoch mit Belastungen in Höhe von 2,7 bis 2,8 Mrd. sFr. verbunden gewesen wäre, wurde diese Zielsetzung inzwischen wieder aufgegeben.⁸⁴ Stattdessen soll die maximale Prämienbelastung in Abhängigkeit vom Einkommen und Familienstand in Zukunft zwischen 2 und 12 Prozent des Einkommens betragen.⁸⁵ Es bleibt zu hoffen, dass die angestrebten Neuregelungen zu spürbaren Verbesserungen für die Anspruchsberechtigten führen werden.

⁸⁴ Vgl. <http://www.nzz.ch/2003/01/28/il/page-newzzDBHTICJT-12.html>[24.04.2003].

⁸⁵ Vgl. o.V. (2003c).

5 Zusammenschau und Schlussfolgerungen

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Zunächst ist festzuhalten, dass die Vorschläge einer Beitragserhebung mittels Kopfpauschalen sowohl von HENKE ET AL. als auch von KNAPPE ET AL. darauf beruhen, die **gesamte** Bevölkerung in den GKV-Versicherungsschutz einzubeziehen. Insoweit würde das Nebeneinander von Privater Krankenversicherung und Gesetzlicher Krankenversicherung aufgehoben. Dies erscheint erforderlich, um die Systematik einer Prämiensubventionierung über den Steuer-Transfer-Mechanismus, an dem alle Bundesbürger teilnehmen sollen, zu ermöglichen.

Für Deutschland konnte in drei Modellrechnungen für Kopfprämien gezeigt werden, dass eine Kopfpauschale bezogen auf die in der GKV versicherte Bevölkerung von mindestens 163 EURO monatlich (Modell 1 mit versicherteneinheitlicher Kopfprämie) erforderlich ist, um das aktuelle Leistungsniveau der GKV zu finanzieren. Dieser Betrag würde sich bei einer 50%igen Prämienreduzierung für Familienangehörige und Rentner auf 217 EURO monatlich (Modell 2) erhöhen, da durch die relative Begünstigung dieser Gruppen der Finanzierungsbeitrag der restlichen Versichertengruppen ansteigen müsste, um das derzeitige Leistungsspektrum finanzieren zu können. Eine beitragsfreie Versicherung von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre (Modell 3) würde eine Kopfpauschale von 201 EURO monatlich erfordern.

In dem vorgestellten Modell 3 einer Kopfpauschale bei beitragsfreier Mitversicherung von Minderjährigen würde – berücksichtigt man die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile zusammen - ein Alleinstehender, Alleinerziehender oder Alleinverdiener bereits ab einem Bruttomonatseinkommen von rund 1500 EURO von der Einführung einer Kopfprämienfinanzierung profitieren. Bei einem geringeren Einkommen würde dagegen ein derartiger Haushalt durch Kopfpauschalen deutlich schlechter gestellt werden. Eine Prämiensubvention, die die Belastung auf 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens begrenzt, mildert die Kopfpauschalenbelastung für die Alleinstehenden, Alleinerziehenden oder Alleinverdiener mit Einkommen unter 1500 EURO. Allerdings liegt bei dem gewählten Bei-

spiel der Belastungsgrenze von 15 % die Belastung bei einem Einkommen von unter 1500 EURO über der 2001 vorhandenen Belastung einkommensbezogener Beiträge. Dies liegt daran, dass der GKV-durchschnittliche Beitragssatz in diesem Jahr unter 15 % lag. Die Erhebung einer für alle Versicherten einheitlichen Kopfprämie von monatlich 163 EURO an Stelle einer beitragsfreien Versicherung von Minderjährigen würde im Wesentlichen Kinderlosen bzw. Zweiverdienerhepaaren zugute kommen. Dadurch würde sich die Einkommensgrenze, von der an die Belastung durch Kopfprämien niedriger ist als durch einkommensbezogene Beiträge, auf ein Haushaltsbruttoeinkommen für Singles von ca. 1200 EURO reduzieren.

Die Berücksichtigung von im Haushalt lebenden Kindern ändert nach Modell 3 nichts an den Belastungswirkungen, da für Minderjährige in einem Kopfprämiensystem mit einer solchen Minderjährigenkomponente keine Beiträge zu leisten wären. In einem Kopfprämiensystem ohne Minderjährigenkomponente würden vor allem einkommensstarke Alleinstehende bzw. Zweiverdienerhepaare ohne im Haushalt lebende Minderjährige durch die Reduktion ihrer Kopfprämien (von 402 EURO bei Modell 3 auf 326 EURO) gegenüber einer GKV-Finanzierung durch einkommensbezogene Beiträge weiter profitieren. Für kinderreiche Zweiverdienerhaushalte wäre diese Finanzierungsvariante allerdings unvorteilhaft, da durch die Kopfpauschalen für Minderjährige die Prämienbelastung insgesamt doch stark ansteigen dürfte.

Der Blick in die Schweiz, die als einziges Land eine Kopfpauschalenfinanzierung umgesetzt hat, zeigt beispielhaft, welche technischen und administrativen Details vor einer Einführung in Deutschland zu berücksichtigen sind. So wurden im Jahr 2000 in der Schweiz zur Reduktion der Prämienbelastungen insgesamt 1,7 Mrd. sFr. vom Bund und 850 Mio. sFr. von den Kantonen aufgewendet. Das System der Prämienverbilligung sorgt zwar für spürbare Prämienreduktionen bei bedürftigen Gruppen, insgesamt bleibt die Belastung für bestimmte Versicherungsguppen dennoch hoch. Unter sozialpolitischen Gesichtspunkten ist die Situation insbesondere in sechs Kantonen nach wie vor besonders bedenklich. Dort liegen die durchschnittlichen Prämienbelastungen über der angestrebten

8%-Belastungsobergrenze.⁸⁶ Wie das BSV (2001) feststellt, ist in diesen Kantonen "die Solidarität zwischen Arm und Reich auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen steuergesetzlichen Regelungen vergleichsweise unterdurchschnittlich."⁸⁷ Bezüglich einer Übertragung auf die Bundesrepublik ist allerdings zu bedenken, dass hier der Föderalismus weniger stark ausgeprägt ist, so dass eine so starke Zersplitterung mit der damit verbundenen regionalen Differenzierung eher unwahrscheinlich wäre.

Insgesamt ist festzustellen, dass in der Schweiz die Prämienverbilligung ihrer Zielsetzung einer sozialen Abfederung der Belastungen aus der Kopfprämienfinanzierung nicht im angestrebten Maße gerecht werden konnte. Vor allen Dingen bei Haushalten mit mittleren Einkommen und Versicherten in Kantonen mit hoher Prämienbelastung sind die Entlastungswirkungen unzureichend. Trotz dieser Probleme wird von Experten empfohlen, am System der Prämienverbilligung festzuhalten, dabei allerdings bestimmte Modifikationen vorzunehmen.⁸⁸ Im Einzelnen bestehen diese Vorschläge aus folgenden Elementen:⁸⁹

- Festlegung eines verbindlichen Anteils der Kopfprämienbelastung am steuerbaren Einkommen nach direkter Bundessteuer;
- Einheitliche Auszahlung der Beiträge direkt an die Versicherer;
- Einheitliche Verwendung der Steuerveranlagung als Datengrundlage der Prämienverbilligung;
- Abschaffung des Antragssystems in den betroffenen Kantonen und Einführung eines in allen Kantonen einheitlichen Systems mit individueller Benachrichtigung;

⁸⁶ Vgl. BSV (2001), S. 75.

⁸⁷ BSV (2001), S. 75.

⁸⁸ Vgl. BSV (2001), S. 128.

⁸⁹ Vgl. BSV (2001), S. 33f. bzw. S. 128f.

- Für bestimmte Veränderungen familiärer Gegebenheiten sollte in allen Kantonen die Möglichkeit einer ganzjährigen Antragsstellung geschaffen werden.

Die Vorschläge zielen auf eine Verringerung der Unterschiede in den kantonalen Vollzugssystemen ab, da ein Hauptproblem des Schweizer Subventionssystems in kantonal völlig zersplitterten Prämienverbilligungssystemen liegt. Das zweite große Problem des bisher nicht vorhandenen sozialpolitischen Wirkungsziels soll durch die einheitliche und verbindliche Vorgabe einer Obergrenze der Prämienbelastung gelöst werden.

Kopfpauschalen vs. einkommensproportionale Beiträge zur Stärkung der Äquivalenz

Bei Gründung der GKV in den 80'er Jahren des 19. Jahrhundert war die wichtigste Funktion, den Ausfall des Arbeitseinkommens im Krankheitsfall zu ersetzen. Die Ausgaben für diese Leistung betragen damals mehr als 50 % der gesamten Leistungsausgaben der GKV. Die Einkommensproportionalität des Beitrags korrespondierte mit der Lohnbezogenheit des Krankengeldes – es bestand ein gewisses Maß an Äquivalenz.

Mit dem Anstieg des Anteils von Behandlungsausgaben und der Einführung der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber als teilweise Ersatz des Krankengeldes beträgt der Anteil dieser Leistung an den GKV-Leistungsausgaben gerade noch etwa ein Zehntel. Die Behandlungskosten, die bedarfsabhängig gewährt werden und somit nicht grundsätzlich mit dem Einkommen ansteigen, dominieren die Ausgaben. Grundsätzlich wird das derzeitige System der GKV inzwischen längst als solidarisches - nicht als ein am Äquivalenzsystem orientiertes - angesehen, da durch die unterschiedlichen Prinzipien der Leistungsgewährung und Finanzierung eine Umverteilung impliziert wird: von hohen zu niedrigen Einkommen und von Mitgliedern ohne bzw. mit wenigen unterhaltsberechtigten Angehörigen zu solchen mit mehr Unterhaltsberechtigten – vor allem Kinder und Ehepartner/innen oder neuerdings auch eingetragene Partner. Eine Umverteilung von Gesunden zu Kranken ist in jeder Versicherung systemimmanent. In

der GKV ist allerdings auch – und das wohl von Anbeginn an - als Ausdruck eines sozialen Ausgleichs eine Umverteilung zwischen guten und schlechten Gesundheitsrisiken vorgesehen. Beiträge waren und sind in der GKV anders als in der PKV nicht vom spezifischen Gesundheitsrisiko des Einzelnen abhängig. Wollte man diesen Ausgleich erhalten, die Umverteilung zwischen Einkommensgruppen und Familientypen aber (wieder) abschaffen, so wären einheitliche Kopfprämien sicher der Ausdruck einer solchen Form des Äquivalenzprinzips.

Dennoch ist auch das heute verwirklichte Solidarsystem mindestens in zweifacher Weise inkonsistent: Insbesondere in Kombination mit dem Ausschluss der einkommensstarken Gruppen aus der Versicherungspflicht ergeben sich aus dem spezifisch deutschen System regressive Umverteilungswirkungen, die einer sozialpolitischen Rechtfertigung entbehren. Die einkommensstarken Gruppen sind aus der Solidarpflicht entbunden. Die gut verdienenden Arbeitnehmer können sich zudem aufgrund ihrer Versicherungsberechtigung, gerade wenn sie wegen schlechter Gesundheit oder einer größeren Zahl von Unterhaltsberechtigten einen höheren Leistungsbedarf aufweisen, unter den für sie im Vergleich zur PKV günstigeren Bedingungen in der GKV versichern. Außerdem führt die Beitragsbemessungsgrenze – ganz abgesehen davon, dass sie mit einer oberen Versicherungspflichtgrenze zusammenfällt – zu einer eher willkürlichen Begrenzung des Solidarprinzips.

Deshalb erscheint die heute bestehende Form der Trennung und des Nebeneinanders (vor allem die Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter und Angestellte mit Versicherungsberechtigung höher Verdienender) zwischen den Systemen der GKV und der PKV sowie die Beitragsbemessungsgrenze künstlich und dem Solidargedanken der Finanzierung von Gesundheitsleistungen abträglich. Die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Versicherungspflicht würde diese Inkonsistenz überwinden. Zum einen würde bestimmten „guten Risiken“ nicht einseitig der Ausstieg aus der Solidargemeinschaft ermöglicht, während ein Teil der „schlechten Risiken“ die GKV wählen kann, wenn es für sie günstiger ist. Die Finanzierung durch Kopfprämien würde gleichzeitig eine geringere

Beitrags- oder Prämienbelastung bewirken als einkommensbezogene Beiträge ohne Beitragsbemessungsgrenze.

Zu diskutieren bliebe die Frage, ob ein solches System nur mit einer Versicherungspflicht aller oder weiterer Personenkreise als bisher in der GKV zu realisieren wäre oder ob eine Pflicht zur Versicherung in der GKV und/oder in der PKV eingeführt werden kann. Im ersteren Fall würde man die PKV auf ein Angebot an Zusatzversicherungen begrenzen (wobei lange Übergangszeiten zu wahren wären), im letzteren Fall stellt sich die Frage, inwieweit über eine Pflicht zur Versicherung eine komplette oder eingeschränkte Wahl zwischen GKV und PKV zu ermöglichen ist. Nur schwer vorstellbar wäre in einem solchen Fall allerdings, dass die PKV weiter das Morbiditätsrisiko in den Prämien erhalten könnte und dürfte – ein Kontrahierungszwang wäre auch für die PKV notwendig. Ebenso müsste die PKV in einen insgesamt modifizierten Risikostrukturausgleich eingebunden sein.

In der Schweiz ist das Kopfprämienmodell nicht als Antwort auf Systemmängel einer GKV-ähnlichen Versicherungsstruktur wie in Deutschland entwickelt worden. Vielmehr entstand es als Reaktion auf die unerwünschten Effekte eines im deutschen Sinne PKV-ähnlichen Systems. Die Beurteilung der Systems geht dort also von einem anderen Vergleich aus als in Deutschland.

In der Schweiz bestehen Bestrebungen, Solidarität auch in der Finanzierung der Krankenversicherung zu erreichen und deshalb eine einkommensorientierte Finanzierung an Stelle der Kopfprämie einzuführen. Für Deutschland würde die Einbeziehung der **gesamten** Bevölkerung in die Finanzierung der GKV bei Beibehaltung der einkommensbezogenen Beitragsbestimmung eine mögliche Synthese darstellen.

Veränderte Verteilungswirkungen durch Kopfpauschalen und Subventionsbedarf

Die Modellrechnungen zu den Auswirkungen von Kopfpauschalen verdeutlichen, dass eine solche Finanzierungsänderung in der GKV sehr nachhaltige und sehr unterschiedliche Belastungseffekte bei verschiedenen Gruppen nach

sich ziehen würde. Dabei spielt zunächst die Höhe der beitragspflichtigen Einkommen, aber auch die Zahl der nach geltendem Recht beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, eine Rolle.

Eine solche Finanzierungsänderung würde eine **vertikale Umverteilung** von Beziehern niedrigerer zu Beziehern höherer Einkommen wie auch eine **horizontale** Umverteilung von Alleinverdienerehepaaren an Alleinstehende oder Zweiverdienerehepaare nach sich ziehen. Des weiteren würden Rentnerinnen und Rentner mindestens ohne volle Prämiensubvention in den Modellen 1 und 3 mehr belastet als nach geltendem Recht. Nach Modell 2 würden sie dagegen weniger belastet.

Nach geltendem Recht ist die GKV, wie oben ausgeführt, ein **solidarisches** System. In diesem Kontext stellt sich zunächst die Frage, **inwieweit** die Abkehr von diesen Prinzipien und die Hinwendung in **Richtung Äquivalenz** bereits in der Ausgestaltung der Kopfpauschalen erfolgen soll. Eine einheitlichen Kopfpauschale für alle Versicherten inkl. der Kinder und Jugendlichen würde eine weitest gehende Abkehr bedeuten. Knappe versteht solch einheitliche Kopfpauschalen sogar als risikoäquivalente Beiträge, wenn man von einer Versicherungspflicht für alle ab Geburt ausgeht. Eine Ausnahme von der so definierten Risikoäquivalenz müsste eventuell für die von Geburt an Behinderten oder chronisch Kranken gemacht werden. Da diese Gruppe aber eindeutig auf die Solidarität der Gesellschaft angewiesen ist, bietet es sich an sie bei einer generellen Versicherungspflicht zu gleichen Konditionen in die Versicherung aufnehmen. Letztlich wäre es eine Definitionsfrage, ob man solche Prämien als risikoäquivalent bezeichnet oder ob man, wie oben angesprochen gezielt das Morbiditätsrisiko durch die einheitlichen Kopfprämien ausgleicht. Bei einer relativ kurzfristig angelegten Umstellung müsste man davon ausgehen, dass die Prämien absichtlich nicht risikoäquivalent gestaltet wären.

Im Vergleich zum Status quo entstünden exorbitant hohe Belastungen durch versicherteneinheitliche Kopfpauschalen für die Bezieher niedriger Einkommen: Diese werden am Beispiel der Versicherten mit beitragspflichtigem Einkommen

an der Härtefallgrenze deutlich. Ähnliche Belastungen entstehen generell für Familien mit Kindern. Beide Effekte würden natürlich auch den höchsten „expliziten“, d.h. in Form von Prämienzuschüssen zu gestaltenden, Subventionsbedarf nach sich ziehen.

Zugleich führt die im Vergleich zu den anderen diskutierten Modellen niedrige Kopfpauschale von 163 Euro auch zu den höchsten Entlastungen für die Alleinstehenden generell und in der Tendenz für die Mitglieder mit hohen beitragspflichtigen Einkommen.

Die alternativen Kopfpauschalenmodelle – sowohl die oben im Detail dargestellten Modelle 1 bis 3 wie auch andere denkbare Varianten – gehen jeweils von unterschiedlich hohen Prämien für verschiedene Gruppen aus. Eine solche Differenzierung könnte entweder durch ein höheres Ausmaß an Äquivalenz oder durch den Erhalt von Elementen des sozialen Ausgleichs motiviert sein.

Man könnte dem Äquivalenzprinzip – mindestens bezogen auf den Zeitpunkt der Umstellung – beispielsweise zu stärkerer Geltung verhelfen, indem man den Rentnerinnen und Rentnern höhere Kopfpauschalen auferlegt als den AKV-Versicherten. Ein mögliches Ausgestaltungsmodell könnte eine Kopfpauschale vorsehen, die eine Eigenfinanzierung der Rentnerinnen und Rentner umfasst, so dass die Kopfpauschale den durchschnittlichen GKV-Ausgaben pro Rentner/in entspräche und die Prämie der AKV-Versicherten deren durchschnittlichen Leistungsausgaben. Angesichts der heute hohen und in der Vergangenheit angestiegenen Querfinanzierung von der AKV in Richtung KVdR von etwa 4 Beitragssatzpunkten würde eine derartige Ausgestaltung die Rentner deutlich höher belasten als nach geltendem Recht. (Die KVdR-Prämie belief sich auf den etwa 2,5-fachen Betrag der AKV-Prämie, die in diesem Fall natürlich niedriger ausfallen würde als die in der berechneten Modellvariante 2 dargestellten AKV-Prämien.)

Bei dieser Form der Finanzierung würde somit ein weit höherer Subventionsbedarf in der KVdR entstehen als durch die oben errechneten Werte des Modells 3, weil durch diese hohen Beiträge viele Rentnereinkommen in Richtung Sozi-

alhilfeniveau abgesenkt würden. Die AKV-Mitglieder würden in der Tendenz sogar besser gestellt als bei Modell 1. Die Bezieher hoher Einkommen und die Alleinstehenden würden in besonderem Maße begünstigt. Ein solches Modell wird z.Z. jedoch von keinem der Befürworter von Kopfpauschalen favorisiert, würde es doch angesichts des niedrigeren Einkommensniveaus in der KVdR eine noch radikalere Belastungssteigerung bei den Rentnerinnen und Rentnern auslösen als GKV-einheitliche Kopfpauschalen oder Kopfpauschalen gemäß Modell 3. Modellrechnungen hierzu wurden deshalb auch nicht vorgestellt.

Eine Differenzierung der Kopfpauschalen kann jedoch auch dazu dienen, einen bedarfsbezogenen sozialen Ausgleich in den Kopfprämien zu erhalten. Dies bedeutet, dass zwar die vertikale Umverteilung zwischen Einkommensgruppen weitgehend reduziert oder im Extremfall abgeschafft würde, die horizontale Umverteilung im Rahmen der GKV-Finanzierung jedoch (teilweise) erhalten bliebe. Die oben ausgeführten Modelle 2 und 3 stellen eine solche Ausgestaltung dar. In Modell 2 wird z.B. der geringeren Zahlungsfähigkeit der Rentner beispielsweise durch einen Beitragssatz Rechnung getragen, der halb so hoch festgelegt würde wie für AKV-Versicherte. (Alternativ hätte man z.B. von den bestehenden Unterschieden in den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen in AKV und KVdR ausgehen können, was KVdR-Prämien in Höhe von etwa zwei Drittel der AKV-Prämien erfordern würde.)

Die Gruppe der Minderjährigen bzw. der Unterhaltspflichtigen wurde in Modell 2 wie ebenfalls auch in Modell 3 im Vergleich zu den einheitlichen Kopfpauschalen begünstigt. Während für sie gemäß Modell 2 ein halb so hoher Beitrag wie für Erwachsene AKV-Versicherte zu entrichten wäre, wären sie nach Modell 3 gänzlich beitragsfrei versichert. Auch eine Variation von Modell 2 wäre denkbar, wonach die einheitlichen Prämien für die Minderjährigen an den durchschnittlichen Ausgaben für diese Gruppe orientiert würden. Sie lägen in diesem Fall bei nur etwa 65 Euro pro Monat (im Vergleich zu Modell 2 mit 108 Euro), was natürlich zu höheren Kopfprämien für die Erwachsenen Versicherten führen müsste als in dem berechneten Modell 2, um die Kosten insgesamt zu decken.

In beiden Modellen wäre ein geringerer Prämiensubventionsbedarf – der gegebenenfalls über Steuern zu finanzieren ist - erforderlich als in Modell 1. Ansatzweise wird dies verdeutlicht, indem man für verschiedene Familientypen die Kopfpauschalen mit den einkommensbezogenen Beiträgen bei verschiedenen Einkommenshöhen vergleicht (Tab. 2 und 3 im Vergleich zu Tab. 1 wie auch die Abbildungen 5 und 8 im Vergleich zu Abbildung 2). Diese Modelle, insbesondere Modell 3, würden Familien mit Kindern im Vergleich zu Kinderlosen generell weniger belasten als Modell 1. In besonderem Maße gilt dies für Familien mit niedrigerem Einkommen.

Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags bei der Umstellung auf Kopfpauschalen

Der Vergleich verschiedener Modelle muss hinsichtlich der Arbeitgeberbeiträge mit Bedacht geschehen. In diesem Zusammenhang muss unterschieden werden, ob man die derzeitigen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge heranzieht und sie mit Kopfprämien vergleicht oder ob man für einen Vergleich nur Arbeitnehmerbeiträge heranzieht. In letzterem Fall müsste man die heutigen Arbeitgeberbeiträge als Zuschuss zu den Arbeitnehmerbeiträgen betrachten. Analog dazu würden die Arbeitgeberbeiträge auch als Zuschuss zu den Kopfprämien ausbezahlt. Ein Vergleich muss dann die Beiträge/Prämien in beiden Finanzierungsformen einheitlich mit oder ohne diese „Zuschüsse“ gegenüberstellen. Des weiteren spielt für die Ermittlung der prozentualen Belastung der Einkommen eine Rolle, ob sie auf das derzeitige Bruttoeinkommen inkl. oder exklusive der Arbeitgeberbeiträge bezogen wird. In den obigen Darstellungen wurden die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge überwiegend zusammengefasst.

Wenn man berücksichtigt, dass auch in der gesetzlichen Rentenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung und der Arbeitslosenversicherung eine paritätische Beitragsfinanzierung erfolgt, muss die „Auszahlung“ der Arbeitgeberbeiträge in der GKV auch auf die Gegebenheiten dieser Versicherungszweige Rücksicht nehmen. Es fragt sich nämlich, ob im Zusammenhang mit einer Umstellung der Finanzierung auf Kopfpauschalen in der GKV auch in den anderen

Sozialversicherungszweigen der Arbeitgeberanteil dem Bruttolohn zugeschlagen wird. Wenn dieser Weg nicht begangen wird, müsste das Bruttoarbeitsentgelt wie bisher erfasst werden. Die Arbeitgeberbeiträge müssten dann als Zuschuss zu der Kopfprämie ausgezahlt werden.

Besteuerung der Arbeitgeberbeiträge

Für die Besteuerung der Arbeitgeberbeiträge, wie sie in den meisten Vorschlägen nicht zuletzt wegen der Gegenfinanzierung vorgesehen ist, spielt die Behandlung der Arbeitgeberbeiträge als Zuschuss zur Kopfprämie oder als normaler Bruttolohnbestandteil ebenfalls eine Rolle: Nur ein Lohnbestandteil kann sinnvoller Weise der Einkommensbesteuerung unterworfen werden. Die Auszahlung eines (progressiv steuerbelasteten) Zuschusses zur Prämie scheint dagegen etwas kompliziert. Einigermäßen handhabbarer wäre das erforderliche Verfahren allenfalls, wenn der Arbeitgeber nur einen reduzierten Arbeitgeberbeitrag als Zuschuss auszahlen und die „Besteuerung“ an die Kasse oder einen GKV-Prämiensubventionsfonds überweisen würden.

In einigen Vorschlägen werden die Veränderungen im Verwaltungsaufwand im Zusammenhang mit der Umstellung auf Kopfprämienfinanzierung angesprochen. Einerseits werden die damit verbundenen Steigerung der Verwaltungskosten, andererseits der Rückgang der Kosten thematisiert. Beide Aspekte können je nach Ausgestaltung zutreffen. Nach geltendem Recht erheben die Krankenkassen auch die anderen Sozialversicherungsbeiträge im Auftrag. Dabei führt die Differenzierung des Erhebungsverfahrens eher zu steigendem Verwaltungsaufwand. Von den Arbeitgebern müssen die anderen Sozialversicherungsbeiträge weiter abgeführt werden – vor allem wenn man die Arbeitgeberbeiträge zu normalen Lohnbestandteilen umwandelt. Unstrittig ist auch, dass – egal welche Stelle für die Verwaltung der Prämiensubventionen zuständig erklärt wird – ein erheblicher Verwaltungsaufwand entsteht. Insbesondere wenn die Höhe der Subvention vom gesamten Einkommen, oder jedenfalls mehr als dem bislang sozialversicherungspflichtigen Einkommen, abhängig gemacht wird, muss eine gesonderte Einkommensprüfung und Einkommenserfassung

vorgenommen werden. Sollte dies im Zusammenhang mit der Einkommensteuererklärung erfasst werden, so ergeben sich außerdem deutliche Verzögerungen.

Alternativen zur Auszahlung des individuellen Arbeitgeberbeitrags

Alle Vorschläge – wie auch die Modellrechnungen – sehen vor, den eigenen individuellen Arbeitgeberbeitrag bzw. den KV-Beitrag der Rentenversicherung dem Lohn oder der Rente in der einen oder anderen Form zuzuschlagen. Dies wäre dies die einzige einfach durchführbare Möglichkeit. Allerdings führt sie zwingend zu einem nicht unbedingt erwünschten Verteilungseffekt, wie für Modell 3 gezeigt wurde. Die (Netto-)Einkommen der Bezieher höherer Einkommen würden dadurch teils erheblich ansteigen, weil ihr Lohn um mehr steigt, die Prämie jedoch niedriger als der bisherige Beitrag ausfällt. Ab welchem Einkommen dies geschieht hängt von der Zahl der Prämienpflichtigen in der Familie ab. Dagegen werden die Bezieher niedriger Einkommen zunächst höher belastet, auch wenn durch eine entsprechende Ausgestaltung der Obergrenze der Belastung eine Verschlechterung der Einkommensposition vermieden werden kann. (Fraglich ist vor allem bei einer Steuerfinanzierung, wie lange das Niveau einer solchen Prämiensubventionierung dann auch wirklich gehalten wird.)

Um einen sehr hohen zusätzlichen Finanzierungsbedarf zu vermeiden wäre es grundsätzlich wünschenswert, statt des individuellen Arbeitgeberbeitrags einen einheitlich durchschnittlichen Arbeitgeberbeitrag bzw. KV-Beitrag der Rentenversicherung an die Versicherten als Prämienzuschuss auszusahlen. Dies könnte allerdings nur einheitlich, nicht direkt vom Arbeitgeber erfolgen, da die beitragspflichtigen Einkommen bei einzelnen Arbeitgebern und in verschiedenen Branchen sehr unterschiedlich hoch sind. Eine solche Umgestaltung der Arbeitgeberbeiträge hätte den Vorteil, dass der zusätzlich zu finanzierende Steuersubventionsbedarf deutlich geringer wäre. Zudem würde der nach Meinung vieler sicher unerwünschte regressive Verteilungseffekt unterbunden werden.

Würde man hingegen die Bezahlung eines bundeseinheitlichen durchschnittlichen Arbeitgeberbeitrags von den einzelnen Arbeitgebern fordern, so wäre damit eine erhebliche Verzerrung der Wettbewerbsbedingungen verbunden, da das Lohnniveau der einzelnen Branchen und der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in verschiedenen Branchen sehr unterschiedlich ist.

Unabhängigkeit der Finanzierung der GKV von einer schrumpfenden Beitragsbasis

Wie u.a. von SVRKAIG in seinem Gutachten 2003 betont wurde, besteht das Finanzierungsproblem der GKV nicht in überproportionalen Steigerungen der Ausgaben sondern in einer Erosion der Beitragsbasis, des versicherungspflichtigen Einkommens. Zum einen hat sich die personelle und die funktionelle Einkommensverteilung Beschäftigter ungünstig entwickelt, zum anderen verursacht die hohe Arbeitslosigkeit einen Rückgang in den Beitragseinnahmen bei Personen, die arbeitslos werden. Da Kopfprämien vom Einkommen unabhängig gestaltet sind und nur von der Ausgabenentwicklung abhängen, führt eine zunehmende Verschlechterung der Einkommenssituation nicht zu einem Rückgang der Prämien. Bei entsprechender Ausgestaltung könnte dies allenfalls einen steigenden Bedarf an Prämiensubventionen nach sich ziehen. Setzt man stärker steigende Prämien ins Verhältnis zu weniger stark steigenden Einkommen, so ergibt sich grundsätzlich eine sehr ähnliche Ausgangsposition wie bei Steigerungen der Beitragssätze. Mindestens die Versicherten – vor allem die mit niedrigeren Einkommen - würden bei einer solchen Entwicklung gleichermaßen belastet. Eine Entlastung könnte sich für Arbeitgeber dann ergeben, wenn es in Lohnverhandlungen nicht gelingt die gestiegenen Kopfprämienkosten – etwa als Bestandteil eines entsprechenden Preisindex in die Lohnsteigerungen zu überwälzen.

Wenn die Entlastung der Arbeitgeber – neben der Begünstigung der Alleinstehenden und der Bezieher höherer Einkommen - die wesentliche Motivation einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien ist, so könnte dieses Ziel allerdings mit einem geringeren Aufwand durch ein Auszahlen oder Einfrie-

ren des Arbeitgeberbeitrags an die Arbeitnehmer und der Beibehaltung einkommensproportionaler Beiträge erreicht werden.

Demographieresistenz von Kopfpauschalen

Auch hinsichtlich der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung wird seit Jahren befürchtet, dass die Alterung der Gesellschaft – vor allem die Zunahme der Lebenserwartung – zu einem doppelten Problem wird: Steigende Pro-Kopf-Kosten stehen voraussichtlich sinkenden Pro-Kopf-Beiträgen gegenüber, da der zunehmende Anteil der Rentner/innen nach geltendem Recht zu einer sinkenden Beitragsbasis führen würde. Verschärft wird diese Entwicklung durch die hohe Arbeitslosigkeit, die eine Anhebung des Rentenzugangsalters erschwert, und durch Rentenreformen, die das Rentenniveau senken.

Mit einheitlichen Kopfpauschalen wird die Finanzierung der GKV von solchen Entwicklungen unabhängig. Wie das Beispiel der Schweiz zeigt, bedeuten Kopfpauschalen aber nicht konstante Kopfpauschalen über Zeit. So würden sich wohl die Verteilungswirkungen, wie wiederholt betont wurde, verändern. Die Gesundheitskosten würden jedoch durch Kopfpauschalen nicht sinken. Betrachtet man wiederum den Anteil der Kopfpauschalen am Einkommen, so würde dieser Anteil ebenso steigen wie einkommensproportionale Beiträge. Selbst wenn im Zuge der Umstellung das Referenzeinkommen der heutigen beitragspflichtigen Einkommen seine Bedeutung verliert und man die Kosten zu einem anderen (höheren) Einkommen in Beziehung setzen würde, wird sich am Ausmaß der Belastung der Arbeitnehmer/innen und Rentner/innen wohl nichts verändern.

Kopfprämien und ihre Vereinbarkeit mit Selbstbeteiligungen

In der PKV sind im Rahmen von Vollversicherungstarifen Selbstbeteiligungen insbesondere in Form von Abzugsfranchisen durchaus verbreitet. Aufgrund der Prämienkalkulation lässt sich eine Jahresprämie durch die Franchise in etwa um den Betrag der Franchise senken. Insbesondere gesunde Versicherte finden somit einen solchen Tarif vorteilhaft.

Für die GKV wurden immer wieder erhöhte Selbstbeteiligungen oder auch Wahltarife gefordert, insbesondere um Kostendämpfung zu erreichen. Gegen eine solche Forderung kann aber ins Feld geführt werden, dass sich bei einkommensproportionalen Beiträgen eine solche Maßnahme nur für Bezieher höherer Einkommen rechnet, es sei denn, man würde verbunden mit einer bestimmten absoluten Selbstbeteiligung den Betrag der Beitragsleistung um einen bestimmten absoluten Betrag vermindern.

Da Kopfpauschalen eine gewisse Verwandtschaft zu risikoäquivalenten Beiträgen aufweisen, ließen sich höhere Selbstbeteiligungen mit Kopfpauschalenmodellen eher verbinden als mit den bestehenden einkommensbezogenen Beiträgen.

Eine Gefahr ist dabei nicht auszuschließen: Um eine starke Steigerung der Kopfprämien zu verhindern besteht die Möglichkeit die (allgemeine) Selbstbeteiligung sukzessive auszudehnen, so dass schleichend der Versicherungsschutz immer mehr reduziert wird. Für die Bezieher niedriger Einkommen, vor allem aber für Personen mit schlechter Gesundheit würde damit aber eine sehr deutliche Mehrbelastung entstehen. Dies gilt umso mehr als die Prämiensubvention wohl kaum auf die Selbstbeteiligung ausgedehnt würde. Der Umstand, dass sich gerade unter den älteren Menschen viele Personen mit niedrigerem Einkommen und schlechter Gesundheit befinden würde bei einer solchen Entwicklung zu einer Verschärfung der Verteilungseffekte führen.

Kopfprämien und Kassenwettbewerb

In den Gesundheitsreformen seit dem GSG 1993 wurde Wert auf die Stärkung des Kassenwettbewerbs gelegt. Will man die gegliederte GKV und den Wettbewerb beibehalten, was im Interesse eines Wettbewerbs zwischen Kassen und eventuell zwischen PKV und GKV durchaus wünschenswert ist, so würde dies bedeuten, dass die Kopfprämien nach Kassen unterschiedlich hoch sein könnten und müssten.

Da die Versichertenstruktur der Kassen nach Alter und Geschlecht – wie auch die Morbidität – durchaus unterschiedlich sein kann bleibt ein Risikostrukturgleich erforderlich. Er wäre allerdings um die heute dominanten Einkommenskomponenten reduziert. Geht man von einer schicht- und Einkommensabhängigkeit der Gesundheitsrisiken aus, so ist damit allerdings eine geringere Berücksichtigung der tatsächlichen Risikounterschiede verbunden, da die Einkommensdifferenzierung heute vielleicht einen Teil dieser Risiken miterfasst. Selbst in der heutigen Situation werden diese Unterschiede wie auch Morbiditätsunterschiede allerdings nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt.

Abschließendes Resumee

Zieht man aus den vielen verschiedenen Argumenten ein Fazit, so ist nicht von der Hand zu weisen, dass man mit einer Finanzierung der GKV durch Kopfprämien das derzeitige System mindestens nach einer gewissen Übergangszeit ablösen könnte.

In allen Konstellationen ist jedoch festzustellen, dass erhebliche – nach überwiegender Meinung wohl negative – Umverteilungseffekte mit diesen Maßnahmen verbunden sind. Je nach Ausgestaltungsform ist das Ausmaß dieser Effekte unterschiedlich. In dem Maße in dem man diese Effekte zu korrigieren versucht, entstehen jedoch zusätzlich erhebliche administrative Kosten.

Wenn alle Auswirkungen berücksichtigt werden, so ist nicht ganz von der Hand zu weisen, dass insgesamt neben einer „kosmetischen Veränderung“ durch sinkende Sozialversicherungsbeiträge und damit Lohnnebenkosten im wesentlichen drei Ergebnisse auftreten:

- Arbeitgeber werden im Vergleich zu Arbeitnehmern in der Tendenz entlastet.
- Bezieher höherer Einkommen werden entlastet und Bezieher niedriger Einkommen werden belastet.

- Will man die negativen Effekte erfolgreich konterkarieren, so bleiben unter erheblichen zusätzlichen Verwaltungskosten im Endeffekt ähnliche Belastungen und Probleme wie im bestehenden System.

Gibt es eine verborgene Agenda?

Literaturverzeichnis

- Balthasar, A.; Bieri, O.; Furrer, C. (2001): Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung – Eine Untersuchung in den Kantonen Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Zürich, Luzern und Appenzell Auserrhoden, BSV-Forschungsbericht Nr. 5, Luzern
- Beske, F. (2003): Gesundheitspolitik ist mehr, in: Deutsches Ärzteblatt 100, S. A-818
- BMG (2001): Bundesministerium der Gesundheit (Hrsg.): Statistiken KJ1 und KM 6 für das Jahr 2001, Bonn
- Breyer, F.; Grabka, M. M.; Jacobs, K.; Meinhardt, V.; Ryll, A.; Schulz, E.; Spieß, C. K.; Wagner, G. G. (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen: Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Berlin
- BSV (2001): Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz – Synthesebericht, Bern
- DGB (2003): Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.): Eckpunkte des DGB zur Gesundheitsreform 2003, Berlin
- Hebermann, J. D. (2003): Billig ist es in Appenzell, in: Die Zeit, online im www unter http://www.zeit.de/2003/03/Gesundheit_schweiz[28.01.2003]
- Henke, K.-D. (2002): Revolution oder Evolution im Gesundheitswesen, Vortrag auf dem Kongress der Union der leitenden Angestellten am 27.02.2002 in Berlin
- Henke, K.-D.; Johannßen, W.; Neubauer, G.; Rumm, U.; Wasem, J. (2002): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, Vereinte Krankenversicherung AG (Hrsg.), München
- Jacobs, K.; Reschke, P.; Cassel, D.; Wasem, J. (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
- Knappe, E.; Arnold, R. (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung, Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (Hrsg.), München
- Mönig-Raane, M. (2003): Pro und Contra – Kopfprämien anstelle paritätischer Finanzierung, in: Die Ersatzkasse, Nr. 3, S. 95
- o.V. (2003a): Rürup-Kommission erwägt Patienten-Selbstbeteiligung, in: Financial Times Deutschland, Ausgabe vom 01.01.2003, online im www unter <http://www.ftd.de/pw/de/1041353700157.html?nv=se>[23.04.2003]

- o.V. (2003b): Sozialdemokratische Partei, Schweizer Gewerkschaftsbund, Verein „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ (Hrsg.): Argumentarium Gesundheitsinitiative – Gesundheit muss bezahlbar sein, online im www unter http://www.gesundheit-sante.ch/d/argumentarium_dt.pdf [23.04.2003]
- o.V. (2003c): Neuer Anlauf zur KVG-Revision - Ständeratskommission zählt auf Sukkurs aller Akteure, Pressemitteilung des Schweizer Parlaments vom 24.02.2003, online im www unter http://www.parlament.ch/D/Pressemitteilungen/03_02/PM27_24_02_03_D.htm?servlet=get_content[23.04.2003]
- Pfaff, M.; Pfaff A. B.; Langer, B.; Mielck, A.; Eller, M. (2002): Härtefall-Regelungen nach §§ 61 ff.: Art, Umfang und Folgen von tatsächlicher Inanspruchnahme und potentieller Berechtigung, Endbericht des Teilantrages C6 des Bayerischen Forschungsverbundes Public Health-Öffentliche Gesundheit, Augsburg
- Schneider, W. (2003): Kopfprämien zur Kassenfinanzierung – Ein Rückschritt, in: Gesundheit und Gesellschaft, Nr. 2, S. 42-48
- SDK (2001): Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (Hrsg.): Kantonale Prämienverbilligungssysteme: Synoptische Übersicht 2001, Bern
- Statistisches Bundesamt (2001): Wirtschaftsrechnungen – Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998, Fachserie 15, Heft 4, Wiesbaden
- Stillfried, D. G. v. (2003): Bericht über eine Studienreise zum Stand des Schweizer Gesundheitssystems, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Köln
- SVR (2002): Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum - Jahrgutachten 2002/2003, Stuttgart
- SVRKAIG (2003): Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003 Langfassung, Bonn
- Wagner, G. G. (2003): Pro und Contra – Kopfprämien anstelle paritätischer Finanzierung, in: Die Ersatzkasse, Nr. 3, S. 94
- Wasem, J.; Greß, S.; Rothgang, H. (2003): Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Perspektive für die Zukunft? Unveröffentlichtes Manuskript, S. 2
- Zweifel, P. (2003): Interview mit Prof. Zweifel, in: Ärzte Zeitung, Ausgabe vom 09.04.2003, online im www unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2003/04/09/067a0701.asp>[23.04.2003]

Anhang

Anhang 1: Modellvorschläge zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Nummer	Bereich	Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung (SVR), Jahresgutachten 2002/2003	Knappe	Henke
0	Allgemeine Anmerkungen	Pro-Kopf-Pauschale	Pro-Kopf-Pauschale	Pro-Kopf-Pauschale
1	Versichertenkreis			
1.1	Versicherungspflichtgrenze	wie GKV	-	-
1.2	Versicherungspflichtiger Personenkreis	wie GKV	Gesamte Bevölkerung	Gesamte Bevölkerung
1.2.1	Nach Beruf abgegrenzt	wie GKV	-	-
1.2.2	Beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen	Nein	Kinder - volle Prämie (150/150) - geringere Prämie (80/170) - keine Prämie (0/200)	Personen unter 21 Jahren frei
1.2.3	Nach sonstigen Kriterien abgegrenzt	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
1.3	Sonstiges			
2	Finanzierungsseite			
2.1	Pauschale Beiträge und Kopfpauschalen oder prozentuale Beiträge	Kopfpauschalen, 200 € pro Person (je nach Kasse)	siehe 1.2.2. (150/170/200)	€ 200
2.2	Umlage oder Kapitaldeckung	k.A. im Grundmodell	schrittweiser Aufbau eines Kapitalstocks	Kapitaldeckung (stufenweise)
2.3	Beitragsschuldner (paritätä-)	nur Versicherte (steuerfrei)	nur Versicherte (steuer-	Keine Angaben

	tisch oder nicht)		pflichtig)	
2.4	Bemessungsgrundlage	entfällt	entfällt	entfällt
2.4.1	Ausgestaltung	pro Kopf	pro Kopf	pro Kopf
2.4.2	Beitragsbemessungsgrenzen bzw. Entlastungsoptionen	0	0	0
2.5	Selbstbeteiligungen	Selbstbehalte (Optionen): <ul style="list-style-type: none"> • Ausgleichszahlungen • Beitragsrückerstattungen (ungeeignet für GKV) 		
2.5.1	Regel oder Wählbarkeit	nur Grundleistungen	Zu- und Abwahlleistungen möglich	Keine Angaben
2.5.2	Ausgestaltung	Keine Angaben		
2.5.3	Härtefallregelungen	Transfersystem	Transfersystem	Transfersystem
2.6	Sonstiges			
3	Leistungsseite	Einheitlicher aber reduzierter Grundleistungskatalog, für alle Kassen verbindlich. Keine Wahlleistungen in der GKV.		
3.1	Völlige Leistungsausschlüsse	nur Grundleistungen	nur Grundleistungen	nur Grundleistungen
3.2	Selbstbeteiligungen	im Grundmodell nicht vorgesehen	Keine Angaben	Keine Angaben
3.2.1	Regel oder Wählbarkeit	Zusatzleistungen privat	wählbare Zusatzleistungen	wählbare Zusatzleistungen
3.2.2	Ausgestaltung	Keine Angaben		
3.2.3	Härtefallregelungen	Ausnahmen von der Praxisgebühr: <ul style="list-style-type: none"> • Chronisch Kranke 	über Transfers	über Transfers

		<ul style="list-style-type: none"> • Unfallopfer • Kinder • Präventionsleistungen 		
3.3	Auslagerung in andere Systeme	Versicherungsgemeinschaften Leistungen ins Steuersystem	Steuersystem	
3.4	Sonstiges			
4	Sonstige Spezifika			
4.1	Finanzierungswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten für Zahnbehandlung: 3,5 Mrd. € p.a. • Kosten für Unfälle: 10,4 Mrd. € p.a. 	-	-
4.2	Umverteilungsvolumina	ca. 25 Mrd. €	ca. 20 Mrd. €	ca. 25 Mrd. €
4.3	Einfluss auf Beitragssatz	<ul style="list-style-type: none"> • Modellversuch Beitragsrückerstattungen: Erhöhung des Beitragssatzes um 0,2 Beitragsprozentpunkte • Beitragswirkung Zahnbehandlung: 0,4 Punkte • Beitragswirkung Unfälle: 1,1 Punkte 	-	-
4.4	Verhältnis GKV zu PKV	Ergänzung der Grundleistungen der GKV durch die zusätzliche Versicherung durch PKV, d.h. private Absicherung von nicht gesetzlich versicherten Risiken (Zahn, Unfall)	nur ein System	nur ein System

4.5	Sonstiges	<ul style="list-style-type: none">• Freie Vertragsgestaltung zwischen Kassen und Leistungserbringern• Stärkung der Prävention• Morbiditätsorientierung des RSA• Ergebnisorientiertere Vergütung der Ärzte• Verschärfung des Wettbewerbs in der PKV	<ul style="list-style-type: none">• Rückversicherungspflicht für teure Krankheiten• geringe Nettobelastung des Haushaltes (-1 bis 4,2 Mrd.)• RSA nach Alter und Geschlecht	
-----	-----------	--	--	--