

**Finanzierungsreform
in der
Krankenversicherung**

**Gutachten von
Bert Rürup und Eberhard Wille**

15. Juli 2004

Inhalt

1	Ziel und Anlass des Reformvorschlags	3
2	Mängel der geltenden Beitragsgestaltung in der GKV	4
3	Das Spektrum der Reformoptionen.....	6
4	Gemeinsamkeiten der Reformvorschläge	10
5	Grundzüge des Modells kassenspezifischer Gesundheitspauschalen.....	11
5.1	Umstellung auf Gesundheitspauschalen.....	11
5.2	Transparente Finanzierung des sozialen Ausgleichs.....	13
	Steuerfinanzierte Erstattung der Beiträge für Kinder	14
	Steuerfinanzierte Beitragszuschüsse für Erwachsene	15
	Organisatorische Lösung für die Zuschussgewährung	17
5.3	Finanzierung der Beitragszuschüsse über einkommensabhängige Beitragszuschläge („GKV-interne Lösung“)	18
6	Beschäftigungs- und Wachstumswirkungen	20
7	Fiskalische Effekte kassenspezifischer Gesundheitspauschalen.....	28
8	Die Verteilungswirkungen kassenspezifischer Gesundheitspauschalen.....	30

Finanzierungsreform in der Krankenversicherung

1 Ziel und Anlass des Reformvorschlags

Unser Reformkonzept zielt darauf ab, einen ökonomisch begründeten und politisch gangbaren Weg zu einer Finanzierungsreform des Gesundheitswesens aufzuzeigen. Unbeschadet der Notwendigkeit des gerade in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes erscheinen zur Bewältigung der anstehenden, insbesondere beschäftigungspolitischen, aber auch fiskalischen Probleme weitere konzeptionelle Reformschritte notwendig. Dies gilt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der absehbaren Ausgabendynamik als Folge des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts.

Der vorliegende Vorschlag knüpft an der Beitragsgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an und konzentriert sich auf Finanzierungsprobleme von GKV und Privater Krankenversicherung (PKV). Daneben bildet die Ausschöpfung des vorhandenen Rationalisierungspotentials ebenfalls eine wichtige Reformaufgabe. Diese bildet eine notwendige Ergänzung einer Finanzierungsreform.

Ökonomische Kriterien für den Reformvorschlag bilden gesamtwirtschaftliche, d. h. allokativen, fiskalische und distributive Gesichtspunkte. Die Interessen partikularer Gruppen auf Seiten der Krankenkassen und Krankenversicherungen oder der Leistungsanbieter spielen keine entscheidende Rolle. Neben seiner ökonomischen Fundierung stellt unser Vorschlag auf die politische Umsetzung ab. Dies setzt zwangsläufig gewisse Abstriche gegenüber theoretischen Idealvorstellungen voraus. Gleichwohl beanspruchen unsere Überlegungen, vor dem Hintergrund der gewählten Kriterien zu einer konsistenten Empfehlung zu führen.

2 Mängel der geltenden Beitragsgestaltung in der GKV

Die Beitragsgestaltung in der GKV weist eine Vielzahl von fiskalischen, allokativen und distributiven Schwachstellen auf. Ihre Beseitigung oder zumindest Abschwächung bildet die entscheidende Herausforderung der konkurrierenden Reformkonzepte. Die GKV leidet in fiskalischer Hinsicht zum einen an einer beitrags erhöhenden Erosion ihrer Finanzierungsbasis, zum anderen ist die Lohnzentrierung vor dem Hintergrund demographisch und technologisch steigender Gesundheitsausgaben strukturell beschäftigungs- und wachstumsfeindlich. Ein Blick auf die zu einem beachtlichen Teil strukturellen Determinanten der derzeitigen konjunkturanfälligen und wachstumsschwachen Beitragsbasis zeigt, dass hier auf absehbare Zeit keine Aussicht auf eine entscheidende Änderung besteht. Diese fiskalische Schwäche generiert erhebliche negative allokativen und distributiven Konsequenzen. Die Gesundheitspolitik steht bei drohenden Budgetdefiziten der GKV vor der Alternative, entweder die Beitragssätze steigen zu lassen und damit die negativen Beschäftigungswirkungen zu erhöhen oder Leistungskürzungen vorzunehmen bzw. eine Verschlechterung der Versorgung hinzunehmen und auf diese Weise die Patienten stärker zu belasten. Leistungskürzungen führen zudem zu einer überproportionalen Belastung unterer Einkommensschichten, die zum einen eine höhere Morbidität aufweisen und zum anderen über geringere finanzielle Möglichkeiten zum Abschluss einer privaten Zusatzversicherung verfügen. Darüber hinaus führt das geltende Beitragssatzsystem noch zu folgenden, vornehmlich verteilungspolitischen Verwerfungen:

- Die derzeitige Pflichtversicherungsgrenze in Höhe von monatlich 3.862,50 € (2004), die den Markt der PKV als substitutive Vollversicherung abgrenzt, hat sich historisch entwickelt. Sie geht wegen der bestehenden Preisrelationen und wegen der verschiedenen Versicherungsmodalitäten mit Selektionswirkungen zwischen GKV und PKV einher.
- Die eingeeengte und nicht mehr zeitgemäße Bemessungsgrundlage belastet bei Pflichtmitgliedern einseitig die Bezieher von Löhnen und Renten. So entrichtet ein Mitglied A mit einem Arbeitsentgelt von 3.000,- € im

Monat bei einem Beitragssatz von 14 % einen Gesamtbeitrag (einschl. Arbeitgeberanteil) von 420,- €. Ein Mitglied B mit einem monatlichen Arbeitsentgelt von 1.500,- € und Zinseinnahmen von 1.500,- € zahlt bei gleichem Gesamteinkommen wie Mitglied A nur einen entsprechenden Beitrag von 210,- €. Mitglied C weise dieselben Einkommenshöhe und Einkommensstruktur wie Mitglied B auf, unterliege aber infolge seiner Selbständigkeit als freiwilliges Mitglied mit allen Einkünften der Beitragspflicht, so dass sein Beitrag wie bei Mitglied A 420,- € pro Monat beträgt.

- Der Beitragstarif der GKV entspricht einer linearen Lohnsteuer mit Bemessungsgrenze und entfaltet bis zu dieser Grenze die entsprechenden allokativen Verzerrungen.
- Die beitragsfreie Mitversicherung steht teilweise im Widerspruch sowohl zum Leistungsfähigkeits- als auch zum Äquivalenzprinzip. So entrichtet eine Familie A, in der beide Partner ein monatliches Arbeitsentgelt in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (2004: 3.487,50 €) erzielen, mit 976,50 € pro Monat doppelt so hohe (Gesamt-)Beiträge wie eine Familie B, in der ein Partner monatlich 6.975,- € oder mehr verdient und der andere Partner kein beitragspflichtiges Einkommen bezieht. Verteilungspolitische Verwerfungen können sogar auftreten, wenn bei Familien mit gleichem Gesamtentgelt beide Partner einer beruflichen Tätigkeit nachgehen. Liegt z. B. bei Familie C das Arbeitsentgelt des einen Partners mit 5.500,- € deutlich über und das des anderen Partners mit 1.475,- € spürbar unter der Beitragsbemessungsgrenze, so erfährt diese Familie trotz gleichem Gesamtentgelt mit 694,75 € eine merklich niedrigere Beitragsbelastung als Familie A.
- Vor dem Hintergrund des zu erwartenden Wandels der demographischen Struktur führt die Umlagefinanzierung in der GKV zu intergenerativen Verteilungsproblemen, indem sie Belastungen von den Älteren auf die Jüngeren verschiebt.

- Die diversen Umverteilungsprozesse, die zwischen den einzelnen Komponenten des sog. Solidarprinzips ablaufen, weisen in intra- und intertemporaler Hinsicht eine hohe Intransparenz auf. Zudem existieren zahlreiche Überschneidungen mit dem Steuer- und Transfersystem sowie anderen Zweigen der sozialen Sicherung.

3 Das Spektrum der Reformoptionen

Obgleich sich im Anschluss an das Gutachten der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme die politisch orientierten Diskussionen über eine Reform der Beitragsgestaltung in der GKV auf die beiden Optionen „Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen“ und „Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich“ konzentrierten, gibt es im Prinzip eine Vielzahl von Reformalternativen.

Grundsätzlich kann eine Finanzierungsreform in der GKV an folgenden Elementen ansetzen:

- Pflichtversichertenkreis in der GKV,
- Bemessungsgrundlage,
- Beitragstarif,
- Mitversicherung von Familienangehörigen,
- Deckung der Ausgaben und
- Beteiligung des Arbeitgebers.

Von diesen Ansatzpunkten einer Finanzierungsreform in der GKV stehen der Pflichtversichertenkreis und die Bemessungsgrundlage derzeit im Mittelpunkt der kontroversen Diskussionen.

Wie bei der Kritik am geltenden System erwähnt, teilt die Pflichtversicherungsgrenze die Bürger auf zwei unterschiedliche Versicherungsmärkte auf. In dieser

Hinsicht bieten sich an Stelle der geltenden Regelung die folgenden Reformoptionen an:

- Absenkung der Pflichtversicherungsgrenze,
- Ausscheidegrenze,
- diskretionäre Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze, z. B. auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV),
- Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze (noch ohne Selbständige und Beamte) und
- Einbeziehung der gesamten Bevölkerung („Bürgerversicherung“).

Der Begriff „Bürgerversicherung“ bezieht sich somit in seiner eigentlichen Begrifflichkeit nur auf den Versichertenkreis einer sozialen Krankenversicherung und erlaubt noch keinerlei Aussagen über die anderen potentiellen Reformelemente, wie die Bemessungsgrundlage, die Tarifform, die Deckung der Ausgaben, die (Mit-) Versicherung von Familienangehörigen oder die Beteiligung des Arbeitgebers. Detailliertere Einblicke bietet erst die zusätzliche Heranziehung der Bemessungsgrundlage mit den folgenden Optionen:

- risikoadjustierte Prämien,
- kassenspezifische Gesundheitspauschalen,
- geltende Regelung, d.h. im wesentlichen Arbeitsentgelte und Renten,
- alle Einkünfte mit Freigrenzen oder Freibeträgen für Kapitaleinkünfte und
- alle Einkünfte ohne Freibetrag oder Freigrenze.

Kombinationen aus den Alternativen Pflichtversichertenkreis und Bemessungsgrundlage, die Tabelle 1 synoptisch aufzeigt, kennzeichnen mehrere Reformoptionen, die sich derzeit in Wissenschaft und Politik in der Diskussion befinden.

Dabei konzentriert sich das Interesse vor allem auf sechs Reformoptionen. Das Votum für risikoäquivalente Prämien geht mit einer Annahmeverpflichtung der Krankenversicherungen einher, damit eine Einbeziehung der Gesamtbevölkerung in die Krankenversicherung möglich ist (Feld 1). Kassenspezifische Gesundheitspauschalen harmonisieren im Prinzip sowohl mit der geltenden Pflichtversicherungsgrenze (Feld 2), als auch mit einer Bürgerversicherung (Feld 3). Eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage auf alle Einkünfte kann sowohl bei gegebener Pflichtversicherungsgrenze (Feld 4) als auch im Rahmen ihrer Erhöhung auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV erfolgen (Feld 5). Schließlich lässt sich eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage auch mit einer Bürgerversicherung verbinden (Feld 6).

Tabelle 1: Kombinationen aus Pflichtversicherungskreis und Bemessungsgrundlage

Bemessungsgrundlage	risikoadjustierte Prämien	kassenspezifische Pauschalbeiträge	geltende Regelung (im wesentlichen Arbeitsentgelte u. Renten)	alle Einkünfte, mit Freibeträgen oder -grenzen	alle Einkünfte
Pflichtversicherungsgrenze					
Absenkung der Pflichtversicherungsgrenze	X				
geltende Regelung (75% der BBG in der GRV)	X	2	Status quo	4	
diskretionäre Anhebung (z.B. auf 100% der BBG in der GRV)	X			5	
Aufhebung (aber ohne Selbständige und Beamte)					
Einbeziehung der gesamten Bevölkerung („Bürgerversicherung“)	1	3		6	

X) Es handelt sich hier um ausgeschlossene bzw. konzeptionell wenig sinnvolle Alternativen.

4 Gemeinsamkeiten der Reformvorschläge

Obgleich somit eine Vielzahl von Reformoptionen existiert, die an sechs verschiedenen Elementen der Finanzierung des Krankheitsrisikos ansetzen und hier jeweils unterschiedliche Varianten präsentieren, besteht doch eine beachtliche Schnittmenge an Gemeinsamkeiten. Diese erstreckt sich nicht nur auf die Analyse der Schwachstellen des geltenden Beitragssystems, sondern beinhaltet auch Gemeinsamkeiten hinsichtlich fiskalischer, allokativer und verteilungspolitischer Aspekte.

- Es existiert noch ein beachtliches Rationalisierungspotential im deutschen Gesundheitswesen.
- Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis ist nicht nur konjunkturell, sondern teilweise auch strukturell bedingt.
- Die Beitragssatzstabilität lässt sich ohne weitere Reformen mittelfristig nicht erreichen.
- Der Wettbewerb der Krankenkassen erfordert als faire Rahmenbedingung eine stärkere Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs.
- Der Wettbewerb auf der Ebene der Leistungserbringer bedarf noch einer Intensivierung.
- Die Pflichtversicherungsgrenze bildet eine mit Selektionswirkungen verbundene Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes.
- Hinsichtlich der tatsächlichen Belastung der Versicherten enthalten alle Modelle einen einkommensabhängigen und einen einkommensunabhängigen Bereich.
- Die angestrebte Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage ersetzt die lineare Lohnsteuer durch Elemente der Einkommensteuer.

- Leistungsfähigkeits- und Äquivalenzprinzip sprechen für eine Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung des Ehepartners.

5 Grundzüge des Modells kassenspezifischer Gesundheitspauschalen

5.1 Umstellung auf Gesundheitspauschalen

Kernelement der pauschalen Beitragsbemessung in der GKV ist die Trennung von gesundheitsbezogenem Risikoausgleich einerseits und nicht gesundheitsbezogenem Einkommensausgleich andererseits. Die GKV-Beiträge sind nicht mehr (lohn-) einkommensbezogen, sondern bemessen sich pauschal nach den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben der individuellen Krankenkasse.

Um eine Überforderung von Versicherten mit geringen Einkommen zu vermeiden, besteht bei Bedarf Anspruch auf individuelle Beitragszuschüsse. Idealerweise werden diese Zuschüsse über Steuern finanziert, denn das Steuer-Transfer-System ist der erstbeste Ort für Maßnahmen der Einkommensumverteilung. Die Trennung von Risiko- und Einkommensausgleich kann aber auch GKV-intern über einkommensbezogene Zuschläge auf die Pauschalbeiträge erfolgen. Die mit der Trennung entstehende Transparenz ist die zentrale Voraussetzung dafür, die Effektivität und die Effizienz sowohl des Versicherungsausgleichs als auch der Umverteilungspolitik beurteilen und erhöhen zu können.

Die Beibehaltung der PKV als substitutive Vollversicherung bildet eine Rahmenbedingung für die hier gemachten Reformvorschläge. Eine Abschaffung der PKV stößt auf hohe juristische Hürden. Zudem sollte man die zur Entlastung zukünftiger Generationen erforderlichen Kapitaldeckungselemente nicht leichtfertig opfern. Angesichts der institutionellen Gegebenheiten ist es daher zweckmäßig, bei Reformvorschlägen, die auf die tatsächliche Umsetzbarkeit abzielen, von einem Nebeneinander von GKV und substitutiver PKV auszugehen. Ein solcher, auch das Neugeschäft umfassender Bestandsschutz der PKV entbindet die privaten Versicherungsunternehmen nicht davon, sich selbst zu

verändern und z. B. Mechanismen zur Vermeidung von Risikoselektion zu entwickeln und die Portabilität der Alterungsrückstellungen herzustellen. Ein erster Schritt in diese Richtung wurde von der PKV jüngst unternommen. Dieser Weg muss weiter beschritten werden.

Das vorliegende Gutachten präsentiert daher Reformvorschläge, die sich auf die GKV in ihrer heutigen Abgrenzung beziehen und damit zeitnah umsetzbar sind.

In der GKV zahlen alle Erwachsenen eine kassenspezifische Gesundheitspauschale in Höhe der durchschnittlichen Gesundheitsausgaben. Für Kinder werden entsprechend niedrigere Pauschalbeiträge erhoben. Damit wird für jeden Erwachsenen und jedes Kind in der GKV ein Beitrag entrichtet, der den jeweils im Durchschnitt verursachten Gesundheitsausgaben entspricht. Die Beiträge zwischen den einzelnen Krankenkassen unterscheiden sich und sind Ergebnis des Leistungs- und Qualitätswettbewerbs.

- Geht man von einem voraussichtlichen Gesamtausgabenvolumen der GKV im Jahr 2004 aus, das sich an den Pflichtleistungen bemisst, beträgt der ausgabendeckende GKV-durchschnittliche Pauschalbeitrag für Erwachsene 169 €, für Kinder 78 €.
- Die Beiträge werden weiterhin von den Arbeitgebern bzw. den Rentenversicherungsträgern oder der Bundesagentur für Arbeit an die Krankenkassen abgeführt.
- Krankengeldleistungen werden durch die Pauschalbeiträge nicht abgedeckt. Statt dessen ist, wie bereits im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), eine eigenständige Krankengeldversicherung mit weiterhin einkommensabhängiger Beitragsbemessung vorgesehen.
- Die formal paritätische Finanzierung der GKV-Beiträge wird aufgegeben. Die bisherigen Arbeitgeberbeiträge werden für alle abhängig Beschäftigten in reguläre Bruttolohnbestandteile umgewandelt und unterliegen der Besteuerung bzw. Sozialversicherungsbeitragspflicht. Aus Gleichbe-

handlungsgründen werden die bisher steuerfreien Arbeitgeberzuschüsse an PKV-Versicherte ebenfalls versteuert. Für Beamte und Pensionäre wird – ebenfalls aus Gleichbehandlungsgründen – ein fiktiver Arbeitgeberzuschuss angesetzt und versteuert.

- Aufgrund der infolge der Ausschüttung der Arbeitgeberanteile erhöhten Bruttolöhne muss, damit derselbe Personenkreis der Versicherungspflicht unterliegt, die Versicherungspflichtgrenze von derzeit 3.862 € auf 4.105 € monatlich angehoben werden.
- Bei den in der GKV versicherten abhängig Beschäftigten führt die Verbeitragung der zusätzlichen Bruttolohnbestandteile in den anderen Sozialversicherungszweigen zu Mehreinnahmen. Die Versicherten würden hierdurch stärker belastet. Um Aufkommensneutralität sicher zu stellen, sind die Beitragssätze in den anderen Sozialversicherungszweigen entsprechend zu senken, und zwar insgesamt um 1,5 Beitragssatzpunkte (GRV: 1,07 Beitragssatzpunkte, ALV: 0,36 Beitragssatzpunkte, GPV: 0,09 Beitragssatzpunkte).

5.2 *Transparente Finanzierung des sozialen Ausgleichs*

Die Gesundheitspauschalen für Kinder werden vollständig von den Familienkassen erstattet und sind damit komplett steuerfinanziert. Die verbleibenden Belastungen durch die Erwachsenenbeiträge werden durch individuelle Beitragszuschüsse in Abhängigkeit von der finanziellen Leistungsfähigkeit ausgeglichen. Für die Finanzierung dieser Zuschüsse werden drei Modellvarianten vorgestellt: eine Steuerfinanzierung über einen Gesundheitsaufschlag auf den Solidaritätszuschlag in Höhe von 11,9 Prozentpunkten, eine Steuerfinanzierung über eine Anhebung des Normalsatzes der Umsatzsteuer um 2,5 Prozentpunkte sowie eine GKV-interne Finanzierung über einkommensabhängige Zuschläge auf die bisherigen beitragspflichtigen Einkommen bis zur erhöhten Versicherungspflichtgrenze von 2,9 Prozentpunkten.

Steuerfinanzierte Erstattung der Beiträge für Kinder

Die Abkehr von der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen (Ehepartner und Kinder ohne beitragspflichtige Einkommen) erhöht die individuelle Beitragsäquivalenz und entlastet die GKV von einer weiteren, der Zielsetzung nach gesamtgesellschaftlich ausgerichteten, Umverteilungsfunktion. Hierdurch wird nicht das Ziel der Familienförderung an sich in Frage gestellt, sondern in einer ordnungspolitisch korrekten Form durchgeführt.

- Eltern bekommen die Pauschalbeiträge, die sie für ihre Kinder entrichten, aus allgemeinen Steuermitteln erstattet. Dies impliziert eine strukturell stärkere Belastung der kinderlosen Versicherten.
- Abgewickelt wird die Erstattung über die Familienkassen bei den Arbeitsämtern bzw. den öffentlich-rechtlichen Arbeitgebern. Die Erstattungen der Kinderpauschalen fließen unmittelbar von den Familienkassen an die Krankenkassen. Um die Familienkassen hierzu in die Lage zu versetzen, ist die Krankenkassenmitgliedschaft der Kinder zukünftig in den Kindergeldanträgen anzugeben.
- Die Finanzierung der Kinderbeiträge erhöht das Defizit der öffentlichen Haushalte nicht: Sie beläuft sich insgesamt auf ca. 15,8 Mrd. €. Dieser Betrag deckt sich in etwa mit dem zusätzlichen Aufkommen in Höhe von 15,6 Mrd. €, das sich aus der Versteuerung der ausgeschütteten Arbeitgeberbeiträge als Bruttolohn ergibt.
- Eine ordnungspolitisch konsistente Steuerfinanzierung der Kinderpauschalen verlangt, dass auch PKV-Versicherte Anspruch auf eine Erstattung in Höhe von 78 € pro versichertem Kind erheben können. Von den 15,8 Mrd. €, die insgesamt für die Erstattung von Kinderbeiträgen gezahlt werden, entfallen 1,9 Mrd. € auf PKV-Versicherte.

Steuerfinanzierte Beitragszuschüsse für Erwachsene

Mit Blick auf die Verteilungswirkungen durch die Gesundheitspauschalen für Erwachsene wird der Einkommensausgleich auf Grundlage einer Belastungsgrenze in Höhe von 12,5 % der jährlichen Bruttoeinnahmen organisiert. Ziel ist, dass sich Bezieher niedriger Einkommen durch einen Übergang von einkommensabhängigen zu pauschalen Beiträgen nicht schlechter stellen.

- Die Belastungsgrenze ist als Anteil des Gesamteinkommens definiert, in dessen Höhe ein erwachsener Versicherter den pauschalen GKV-Beitrag maximal zu tragen hat. Das Gesamteinkommen wird nicht nach Steuerrecht, sondern nach dem sozialrechtlichen Begriff der „Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“ abgegrenzt, auf dessen Grundlage bereits gegenwärtig entschieden wird, ob ein Versicherter im Rahmen der Härtefallregelung von Zuzahlungen oder Eigenanteilen ganz oder teilweise befreit wird. Zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zählen alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind. Durch diese Abgrenzung wird die finanzielle Leistungsfähigkeit eines Versicherten umfassender abgebildet als durch die Bruttoarbeitseinkommen. Die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt umfassen zusätzlich u. a. Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Einkünfte aus Kapitalvermögen (z. B. Zinsen, Dividenden) sowie Miet- und Pachteinnahmen. Im Gegensatz zum Steuerrecht ist eine Verrechnung zwischen positiven und negativen Einnahmen der verschiedenen Einkommensarten (horizontaler Verlustausgleich) nicht zulässig.
- Zum GKV-Pauschalbeitrag wird zur Ermittlung des möglichen Zuschusses die Belastung durch die eigenständige Krankengeldversicherung – mit einem Beitragssatz von 1,5 % des Bruttoarbeitseinkommens angesetzt – hinzugerechnet. Übersteigt die Gesamtbelastung aus Pauschalbeitrag plus einkommensabhängiger Krankengeldversicherung die Belastungsgrenze, erhält der Versicherte in Höhe der Differenz einen Beitragszuschuss. Die Pauschalbeiträge für Kinder werden für die Feststel-

lung, ob die Belastungsgrenze überschritten wird, nicht berücksichtigt, da sie gesondert und vollständig erstattet werden (s. o.).

- Der Feststellung, ob die Belastungsgrenze überschritten wird, liegt nicht der tatsächlich zu zahlende, kassenspezifische, sondern die GKV-durchschnittliche Gesundheitspauschale zugrunde. Ansonsten verlören zuschussberechtigte Versicherte den Anreiz, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.
- Zuschüsse nach Maßgabe dieser Belastungsgrenze allein können nicht vollständig gewährleisten, dass es in einer Durchschnittsbetrachtung zu Belastungen in einigen Einkommensgruppen kommt. Sie erklären sich primär durch die Versteuerung der ausgeschütteten (und bis dahin unversteuerten) Arbeitgeberanteile und für die höheren Einkommen auch durch den Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehepartnern. Der Status quo stellt zwar aufgrund seiner inkonsistenten Verteilungswirkungen keinen angemessenen Vergleichsmaßstab dar. Dennoch wird aus (umsetzungs)politischen Gründen ein zusätzlicher steuerlicher Abzugsbetrag im Rahmen der Vorsorgeaufwendungen zur Kompensation im Bereich der Bezieher niedriger, aber schon steuerpflichtiger Einkommen eingeführt.

Der gesamte Transferbedarf durch Beitragszuschüsse auf Grundlage der Belastungsgrenze beläuft sich auf 18,8 Mrd. €. Hinzu kommen Steuerausfälle von schätzungsweise 3,7 Mrd. € infolge der Anpassung der Vorsorgepauschalen. Der gesamte Finanzierungsbedarf beträgt folglich 22,5 Mrd. €.

- Um diese Mittel zu generieren, wird der Solidaritätszuschlag um einen „Gesundheitsaufschlag“ in Höhe von 11,9 Prozentpunkten auf die Lohn- und Einkommensteuer erhöht.
- Dieser Zuschlag wird als Prozentsatz der Steuerschuld erhoben. Da die Einkommensteuer progressiv ausgestaltet ist sowie keine Beitragsbemessungsgrenze kennt und sich auf das gesamte steuerpflichtige Ein-

kommen bezieht, belastet der Zuschlag Versicherte mit niedrigerem Einkommen nicht nur absolut, sondern auch relativ schwächer.

- Wie bereits heute der Solidaritätszuschlag steht auch der Gesundheitszuschlag vollständig dem Bund zu, so dass sich keine Probleme mit der Steuerverteilung zwischen den Gebietskörperschaften ergeben.
- Alternativ kann der gesamte Finanzierungsbedarf in Höhe von 22,5 Mrd. € über eine Anhebung des Normalsatzes der Umsatzsteuer um 2,5 Prozentpunkte auf 18,5 % gedeckt werden.

Organisatorische Lösung für die Zuschussgewährung

Die Umstellung auf Pauschalbeiträge stieße vermutlich auf Akzeptanzprobleme unter den Versicherten, wenn sie ihre Zuschussberechtigung gegenüber einer staatlichen Fürsorgebehörde (z. B. Sozialamt) geltend machen müssten. Auch aus verfassungsrechtlicher Sicht wäre eine solche Lösung bedenklich.

Aus diesen Gründen erhält die GKV einen Bundeszuschuss in Höhe des (voraussichtlichen) Gesamtumfangs der Beitragszuschüsse. Dieser Bundeszuschuss wird aus dem zusätzlichen Steueraufkommen, das sich aus dem Gesundheitszuschlag auf den Solidaritätszuschlag ergibt, finanziert. Die Verteilung des Bundeszuschusses auf die einzelnen Krankenkassen übernimmt das Bundesversicherungsamt.

Die Beweislast für das Vorliegen einer Zuschussberechtigung liegt bei den einzelnen Versicherten. Sie haben auf Grundlage ihrer Einkommensteuerbescheide oder vergleichbarer Einkommensnachweise (z. B. Leistungsbescheide der Bundesagentur für Arbeit) gegenüber ihrer Krankenkasse zu belegen, dass ihre Belastung durch die GKV-Pauschalbeiträge zuzüglich der Krankengeldversicherung die Belastungsgrenze übersteigt.

Die zuständige Krankenkasse gewährt daraufhin den individuellen Beitragszuschuss in Höhe der Differenz zur Belastungsgrenze und reduziert um diesen Betrag den von den Versicherten zu zahlenden, kassenspezifischen Pauschal-

beitrag. Die Krankenkassen können dann im Umfang der insgesamt gewährten Zuschüsse monatlich oder quartalsweise Ansprüche auf entsprechende Anteile aus dem Bundeszuschuss gegenüber dem Bundesversicherungsamt geltend machen.

5.3 Finanzierung der Beitragszuschüsse über einkommensabhängige Beitragszuschläge („GKV-interne Lösung“)

In der aktuellen Diskussion werden Bedenken hinsichtlich einer Verlagerung des nicht gesundheitsbezogenen Einkommensausgleichs aus der GKV in das Steuer-Transfer-System geäußert. Aufgrund der Konjunkturabhängigkeit sowie der Aufkommensschwäche des gegenwärtigen Steuersystems wird bezweifelt, dass hierdurch ein höheres Maß an verteilungspolitischer Konsistenz erreicht werden kann. Eine Verlagerung des sozialen Ausgleichs in das Steuersystem könnte dort allerdings den Reformdruck sogar erhöhen, gerade auch um bestehende verteilungspolitische Inkonsistenzen in Steuerrecht- und -praxis zu beseitigen.

Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit des sozialen Ausgleichs gilt es zu bedenken, dass eine politische Einflussnahme auf seinen Umfang bei steuerfinanzierten Zuschüssen wesentlich offensichtlicher wird, während sich im gegenwärtigen System eine politisch gewollte Rücknahme des Umverteilungsvolumens nur weit weniger transparent äußern kann, z. B. in Form von Leistungskürzungen und sog. „Verschiebebahnhöfen“ (insbesondere Verringerungen von Bemessungsgrundlagen und beitragspflichtigen Einnahmen). Auch die beachtlichen politischen Widerstände, an denen jüngst der Versuch einer Kürzung des Bundeszuschusses zur Gesetzlichen Rentenversicherung gescheitert ist, zeigen – zumal wenn sie gut begründet sind –, dass eine Steuerfinanzierung nicht zwangsläufig zu einer Reduzierung sozialversicherungsbezogener Leistungen führt.

Den Bedenken gegen eine Steuerfinanzierung kann durch eine Modellvariante Rechnung getragen werden, die die Finanzierung des nicht gesundheitsbezogenen Einkommensausgleichs in der GKV belässt („GKV-interne Lösung“).

- Die Belastungsgrenze bleibt in dieser Variante mit 12,5 % unverändert. Die Finanzierung der Beitragszuschüsse erfolgt über einen Zuschlag in Höhe von 2,9 % auf die bisherigen beitragspflichtigen Einkommen, der bis zur auf 4.105 € erhöhten Versicherungspflichtgrenze erhoben wird. Der einkommensabhängige Zuschlag wird, wie auch der Pauschalbeitrag, vom Arbeitgeber eingezogen.
- Bei der Feststellung einer Zuschussberechtigung wird dieser einkommensabhängige Beitragszuschlag als Teil der Belastung berücksichtigt, weil er nur von den GKV-Versicherten aufzubringen ist, insofern also – im Fall der Pflichtmitgliedschaft – eine obligatorische Sozialversicherungsabgabe darstellt. Dementsprechend wird ein Zuschuss in der Höhe gezahlt, in der die Belastung aus Pauschalbeitrag, Krankengeldversicherung und einkommensabhängigem Zuschlag die Belastungsgrenze überschreitet.
- Analog zur oben beschriebenen Regelung für den Bundeszuschuss fließt das Gesamtaufkommen aus den einkommensabhängigen Beitragszuschlägen an das Bundesversicherungsamt, und die einzelnen Krankenkassen können im Ausmaß der von ihnen an ihre Mitglieder gewährten Beitragszuschüsse Ansprüche auf diese Mittel geltend machen.

Das gesamte Transfervolumen beläuft sich in dieser Variante auf 26 Mrd. €. Die Verteilungswirkungen gestalten sich weniger progressiv, weil der Zuschlag proportional ausgestaltet ist und die PKV-Versicherten über das Steuersystem nur an der Finanzierung der Kinderpauschalen (Familienleistungsausgleich), nicht aber am Einkommensausgleich beteiligt werden.

Eine Finanzierung der Beitragszuschüsse durch einkommensabhängige Zuschläge auf die Pauschalbeiträge belässt die gesundheitsunabhängige Ein-

kommensumverteilung – mit Ausnahme des Kinderausgleichs – in der GKV. Dem potentiellen Vorteil, dass hierdurch die mit einer steuerfinanzierten Beitragsbezuschussung verbundenen Probleme (insbesondere ein Anstieg der Grenzsteuerbelastung) vermieden werden können, steht der verteilungspolitische Nachteil gegenüber, dass sich die PKV-Versicherten weiterhin an diesem Teil der Einkommensumverteilung nicht beteiligen. Dem stehen allerdings die Überzahlungen der PKV im Gesundheitswesen gegenüber. Die Vorteile einer größeren Transparenz und der dauerhaften beschäftigungsfreundlichen Abkopplung der Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitskosten bleiben in dieser Modellvariante erhalten: Das Finanzvolumen, das in der GKV dem Zweck der gesundheitsunabhängigen Einkommensumverteilung dient, wird voll sichtbar. Dies ist die Grundlage für eine effiziente, weniger arbeitsmarktbelastende und konsistente Umverteilungspolitik.

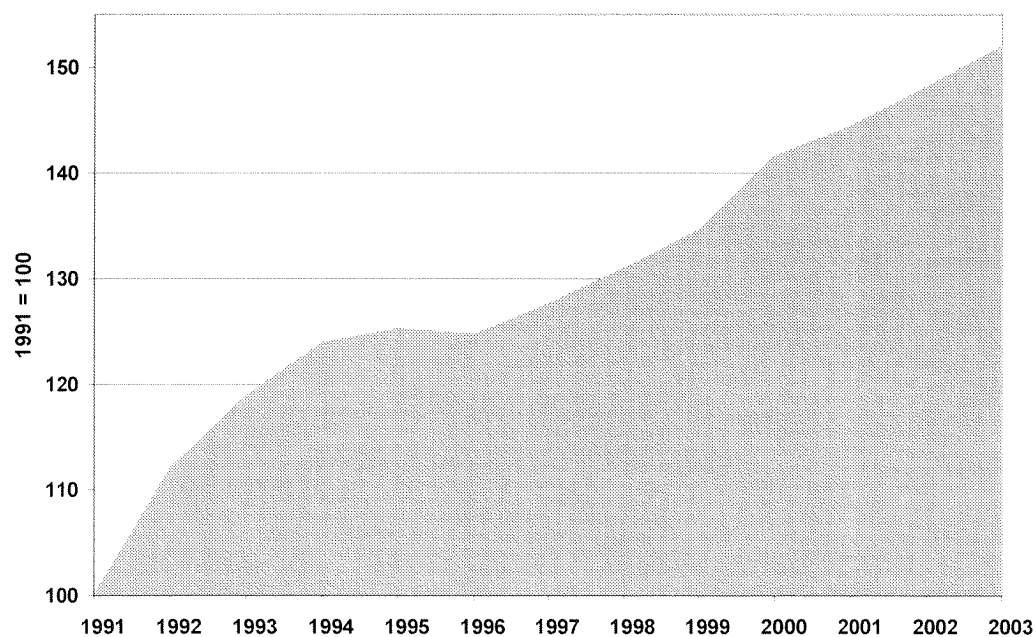
6 Beschäftigungs- und Wachstumswirkungen

Eine Umstellung der GKV-Finanzierung auf Gesundheitspauschalen geht mit einer Entkopplung der GKV-Beiträge von den Arbeitseinkommen einher. Diese Entkopplung wirkt für sich genommen positiv sowohl auf die Arbeitsnachfrage als auch auf das Arbeitsangebot. Von daher sind von einer Umstellung auf Pauschalbeiträge auch positive Beschäftigungseffekte zu erwarten. Unabhängig davon, in welchem konkreten Umfang sich diese positiven Beschäftigungseffekte realisieren lassen, ist es richtig, die bestehenden Anreizverzerrungen und beschäftigungsschädlichen Einflüsse der gegenwärtigen Finanzierungsform zu beseitigen.

- Dass die GKV-Beiträge in ihrer gegenwärtigen Form verzerrende Wirkungen auf den Arbeitsmarkt haben, hängt mit ihrem lohnsteuerähnlichen Charakter zusammen. Da sich ihre Höhe nach einem Leistungsfähigkeitsprinzip bestimmt, stehen die individuellen Beiträge in keinem systematischen Zusammenhang mit den individuell empfangenen Versicherungsleistungen (fehlende Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung).

- Das Verhältnis von Bruttolohn zuzüglich Arbeitgeberanteil, den der Arbeitgeber auszahlt (Produzentenlohn), und dem Lohn, der den Arbeitnehmern nach Abzug von Steuern und Arbeitnehmeranteil verbleibt und damit „frei“ konsumierbar ist (Konsumentenlohn), wird als „Abgabenkeil“ bezeichnet. Dieser Abgabenkeil hat sich in den letzten Jahren stark vergrößert. Die Entwicklung der Beiträge zur GKV trugen hierzu bedeutend bei. Während sich das Arbeitnehmerentgelt im Zeitraum 1991 bis 2003 um knapp 34 % (preisbereinigt 9,8 %) erhöhte, nahm die Summe der von Arbeitgebern und Arbeitnehmern geleisteten Beiträge zur GKV in demselben Zeitraum um 52 % (preisbereinigt knapp 25 %) zu (Abbildung 1).

Abbildung 1: Entwicklung des GKV-bedingten Abgabenkeils



Quelle: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen des Statistischen Bundesamtes

Im Zeitpunkt der Umstellung auf Pauschalbeiträge, also allein durch die Herausnahme des GKV-Beitrags aus den Lohnzusatzkosten durch (vollständige) Ausschüttung der bisherigen Arbeitgeberanteile, verändert sich die Gesamthöhe der Arbeitskosten nicht. Folglich sind hiervon keine Beschäftigungseffekte zu

erwarten. Auch führen zukünftige Lohnerhöhungen zu demselben Anstieg der Arbeitskosten wie im gegenwärtigen System der lohnbezogenen Beitragsbemessung, weil die Lohnsteigerung auf einem entsprechend höheren Brutto-lohnniveau aufsetzt. Entscheidend ist jedoch, dass sich durch die Umstellung auf Dauer der Gesamtabgabenkeil verringert, da die unmittelbare Anbindung der GKV-Beiträge an die Arbeitseinkommen aufgegeben wird und der aus den lohnabhängigen Krankenversicherungsbeiträgen erwachsende Keil entfällt.

- Aus Arbeitnehmersicht verlieren die GKV-Beiträge damit ihren Lohnsteuercharakter: Eine Erhöhung des Arbeitseinkommens hat keine zusätzlichen Belastungen mit GKV-Beiträgen zur Folge, die Grenzbelastungen des Arbeitseinkommens sinken. Zudem stärkt die Umfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Belange die Beitragsäquivalenz. Gesundheitspauschalen führen im Gegensatz zu lohnbezogenen Beiträgen nicht mehr zu Verzerrungen des Arbeitsangebots. In Analogie zur Steuertheorie entspricht die Entkopplung der GKV-Beiträge von den Arbeitseinkommen dem Übergang von einer Lohnsteuer zu einer Pauschalsteuer (Lump sum-Steuer). Unter Effizienz- und Anreizgesichtspunkten ist eine Pauschalsteuer einer proportionalen oder gar progressiven Einkommensteuer überlegen. Im Gegensatz zu einer Lohnsteuer hat sie nämlich keinerlei beschäftigungsmäßig nachteiligen Verzerrungseffekte, denn die besteuerten Personen können den zu zahlenden Steuerbetrag nicht durch ihr Verhalten beeinflussen. Verzerrungen bleiben allerdings für die Gruppe der zuschussberechtigten Versicherten erhalten, denn hier führt eine Erhöhung des Einkommens zu einer Verringerung des Zuschusses. Zu berücksichtigen sind zudem mögliche, das Arbeitsangebot verzerrende Effekte infolge einer Einkommensteuerfinanzierung der Beitragszuschüsse.
- Aus Arbeitgebersicht führt eine Erhöhung der Gesundheitskosten über steigende GKV-Beiträge nicht mehr automatisch zu höheren Lohnzusatz- und damit Arbeitskosten. Steigen die Pauschalbeiträge in der GKV, kann es allenfalls mittelbar zu einer Zunahme der Arbeitskosten kommen, in-

soweit die höheren Beitragsbelastungen der Arbeitnehmer in den Lohn- und Tarifverhandlungen Berücksichtigung finden. Inwieweit dies geschieht, lässt sich kaum zuverlässig prognostizieren. Die Arbeitnehmervertreter werden dabei auch die aktuelle Arbeitsmarktlage zu beachten haben. In die Tarifverhandlungen gehen GKV-Pauschalbeiträge als eine Determinante unter mehreren Bestimmungsfaktoren der Lebenshaltungskosten ein.

Die Abkopplung der GKV-Beiträge von den Arbeitseinkommen bewirkt zudem eine zeitliche Verzögerung von Anpassungen der Löhne an gestiegene Beitragsbelastungen. Ursächlich hierfür sind bestehende Lohnrigiditäten. Im Vordergrund der GKV-Finanzierung über Pauschalbeiträge steht aber nicht das Ziel, die Kompensation steigender Beiträge über die (Tarif-)Lohnpolitik zu erschweren, sondern den sozialen Ausgleich steigender Beitragsbelastungen möglichst unabhängig von den Arbeitskosten zu organisieren.

Insgesamt hat eine Finanzierung der GKV durch pauschale Beiträge eindeutig positive Wirkungen auf den Arbeitsmarkt. Sie beseitigt den lohnsteuerähnlichen Charakter der Beiträge und damit Verzerrungen des Arbeitsangebots für einen Großteil der Versicherten, und sie beendet den automatischen Anstieg der Lohnzusatzkosten infolge steigender GKV-Beiträge. Das positive Vorzeichen bei den Beschäftigungswirkungen ist eindeutig. In welchem konkreten Umfang die positiven Effekte pauschaler GKV-Beiträge auf Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage zu einem Anstieg der Beschäftigung führen, ist allerdings von einer Reihe weiterer Faktoren abhängig, insbesondere von der Gestaltung und Finanzierung des flankierenden sozialen Ausgleichs durch Beitragszuschüsse.

Das alternativ diskutierte „Einfrieren“ des Arbeitgeberanteils des Beitragssatzes – unter Beibehaltung der (lohn)einkommensbezogenen Finanzierung – stellt im Vergleich zum hier vorgeschlagenen Modell keine gleichwertige Lösung dar. Dadurch würde lediglich der Automatismus durchbrochen, dass steigende GKV-Beitragssätze die Lohnzusatzkosten erhöhen. Steigende Arbeitseinkommen würden dagegen auch bei unverändertem Arbeitgeber-Beitragssatz zu einem

Anstieg der Lohnzusatzkosten führen, denn für die Arbeitgeber erhöht sich zwar der Abgabenkeil nach dem Einfrieren nicht mehr, er bleibt jedoch in voller Höhe erhalten und verschiebt sich zu Lasten der Arbeitnehmer. Im Hinblick auf Beschäftigungseffekte sind aber die Veränderungen des gesamten GKV-bedingten Abgabenkeils relevant, die Arbeitnehmerseite ist also ebenso zu berücksichtigen. Für sie erhöhen sich durch das „Einfrieren“ des Arbeitgeberanteils sogar die verzerrenden Wirkungen, weil Beitragssatzerhöhungen den Abgabenkeil noch stärker vergrößern, der lohnsteuerähnliche Charakter der GKV-Beiträge nimmt zu.

Zur Umwandlung der bisherigen Arbeitgeberbeiträge in Bruttolohn

Die Auszahlung der bisherigen Arbeitgeberbeiträge als zusätzliche Bruttolohnbestandteile, die mit einer Umstellung auf Pauschalbeiträge verbunden ist, wirft eine Reihe von Fragen auf. Vordringlich ist zu klären, wie eine vollständige Auszahlung unter Beachtung der Tarifautonomie gewährleistet werden kann.

Notwendig ist eine gesetzliche Regelung, die nicht nur die Arbeitgeber von ihrer bisherigen Pflicht zur paritätischen Mitfinanzierung der GKV-Beiträge entbindet, sondern ihnen gleichzeitig die Pflicht auferlegt, die eingesparten Sozialbeiträge in voller Höhe den Bruttolöhnen ihrer Arbeitnehmer zuzuschlagen. Erst mit dem zweiten Schritt ist die Tarifautonomie unmittelbar berührt, weil er eine gesetzliche Vorgabe bezüglich der Lohnhöhe enthält. In der Konsequenz „nötigt“ eine solche gesetzliche Regelung den Tarifparteien eine entsprechende Anpassung der laufenden Tarifverträge auf.

Die Tarifautonomie ist jedoch nicht unantastbar. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 27. April 1999 zu Lohnabstandsklauseln bei Zuschüssen zu Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen verfassungsrechtliche Kriterien genannt, unter denen eine Einschränkung der Tarifautonomie zulässig ist. Ein wesentliches Kriterium ist, dass eine solche Einschränkung dem Schutz von Gemeinwohlbelangen dient, denen gleichermaßen verfassungsrechtlicher Rang gebührt, und dass der Eingriff dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ent-

spricht.

Die dauerhafte Finanzierbarkeit der GKV als ein wesentliches Teilsystem der Sozialen Sicherung ist ein gemeinwohlorientiertes Ziel, das von seiner Bedeutung her als hinreichend erscheint, um einen Eingriff in die Tarifautonomie der beschriebenen Art zu rechtfertigen. Im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit sind dabei folgende Aspekte zu bedenken:

- Der Gesetzgeber greift weder in das bestehende Tariflohngefüge ein, noch nimmt er Einfluss auf Tarifverhandlungen. Er verpflichtet lediglich die Arbeitgeber, bislang gesetzliche Lohnbestandteile vollständig in tarifliche Lohnbestandteile umzuwandeln. Es handelt sich damit um einen einmaligen Akt. Der zusätzliche Tariflohn ist ab der Umstellung Gegenstand autonomer Tarifverhandlungen. Das bedeutet selbstverständlich auch, dass in Folgeperioden jede Art der Lohnentwicklung prinzipiell möglich ist. Das Lohnniveau des Umstellungszeitpunkts kann durch den Gesetzgeber nicht für immer als Untergrenze festgeschrieben werden, denn damit würde er quasi „durch die Hintertür“ einen gesetzlichen Mindestlohn einführen. Dies wäre ein deutlich schwerwiegenderer Eingriff in die Tarifautonomie.
- Für die Frage der Verhältnismäßigkeit ist zudem bedeutend, dass die Umwandlung der bisherigen Arbeitgeberbeiträge in Bruttolohnbestandteile dem Interesse der betroffenen Parteien entspricht. Die Arbeitgeber haben sich durch ihre Verbandsorganisationen bereits dezidiert für eine Umstellung auf Gesundheitspauschalen in der GKV ausgesprochen, weil sie an einer dauerhaften Abkopplung der Beiträge von den Arbeitskosten interessiert sind. Im Interesse der Arbeitnehmer bzw. der Gewerkschaften ist es wiederum, dass die bisherigen Arbeitgeberbeiträge vollständig den Bruttolöhnen zugeschlagen werden, wenn der Gesetzgeber die Richtungsentscheidung für Pauschalbeiträge getroffen hat.

Eine gesetzliche Regelung der vollständigen Umwandlung der bisherigen Arbeitgeberbeiträge hat gegenüber einer rein tarifvertraglichen Lösung außerdem

den Vorteil, dass hierdurch auch nicht tarifgebundene Arbeitgeber erfasst werden.

Häufig wird die Befürchtung geäußert, die mit einer Umstellung auf Pauschalbeiträge ausgeschütteten Arbeitgeberanteile könnten anschließend von den Arbeitgebern durch entsprechende Lohnsenkungen, zumindest bei Neueinstellungen, (teilweise) wieder „kassiert“ werden. Da der Gesetzgeber, wie oben dargelegt, die Ausschüttung nur „einmalig“ erwirken kann, ist in den Folgeperioden im Rahmen der Tarifautonomie theoretisch auch eine Senkung der Bruttolöhne im Ausmaß der vorigen Anhebung prinzipiell möglich. Eine solche Bruttolohnsenkung erscheint aber äußerst unwahrscheinlich. Schließlich werden die Arbeitgeber im Hinblick auf ihre Arbeitskostensituation durch die Umstellung nicht schlechter gestellt. Eine nominale Bruttolohnsenkung oder eine Senkung der tariflichen Monatsverdienste hat es im übrigen in den letzten Jahrzehnten in Deutschland nicht gegeben. Gegen eine „Diskriminierung“ bei Neueinstellungen spricht, dass Arbeitgeber häufig aus betriebswirtschaftlichen und personalpolitischen Gründen an der Beständigkeit ihrer innerbetrieblichen Lohnstrukturen interessiert sind.

Eine weitere Frage betrifft die Höhe des auszuschüttenden Arbeitgeberbeitrags. Die nächstliegende Lösung ist, dass die Bruttolöhne um die jeweiligen Arbeitgeberanteile in aktueller Höhe angehoben werden. Allerdings könnte eine solche Regelung Versicherte dazu ermuntern, vor der Umstellung in Krankenkassen mit überdurchschnittlich hohen Beiträgen zu wechseln, um mit der Umstellung einen möglichst hohen Bruttolohnzuschlag zu erhalten. Eine solche unerwünschte Verhaltensreaktion könnte dadurch vermieden werden, dass die gesetzliche Regelung die Arbeitgeberbeiträge eines zurückliegenden Zeitpunkts als Referenzhöhe bestimmt (Stichtagsregelung). Damit haben zwar die Kassenwahlentscheidungen, die zu Arbeitgeberbeiträgen in der Höhe genau dieses Zeitpunkts geführt haben, dauerhafte Nachwirkungen, ohne dass dies sachlogisch zu begründen wäre. Die Alternative, allen Arbeitnehmern den zum Umstellungszeitpunkt durchschnittlichen Arbeitgeberbeitrag auszuzahlen, würde jedoch zu teilweise gravierenden Belastungsverschiebungen bei Arbeitneh-

mern, Arbeitgebern und Krankenkassen führen. Einigen Arbeitgebern würden hiermit faktisch Lohnerhöhungen aufgenötigt; dies wäre mit der Tarifautonomie sehr viel schwieriger zu vereinbaren.

Die Umstellung sollte zudem im Hinblick auf die anderen Sozialversicherungszweige aufkommensneutral gestaltet werden. Die ausgeschütteten bisherigen Arbeitgeberbeiträge unterliegen als Bruttolohn der Beitragspflicht der Gesetzlichen Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung, wodurch zusätzliche Beitragseinnahmen entstehen. Die Finanzierungsreform der GKV dient aber nicht der Einnahmeverbesserung in den anderen Sozialversicherungszweigen. Eine gesetzliche Regelung für die Umstellung muss daher enthalten, dass die Beitragssätze dort entsprechend nach unten angepasst werden.

Die Ausschüttung des Arbeitgeberanteils erfordert weiterhin eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze, wenn sichergestellt werden soll, dass derselbe Personenkreis der Versicherungspflicht unterliegt.

Schließlich ist die Frage des Beitragseinzugs zu klären. Aus technischen Gründen und im Hinblick auf die organisatorischen Kosten erscheint es sinnvoll, die GKV-Beiträge wie bisher über die Arbeitgeber bzw. die Sozialversicherungsträger einzuziehen. Ein ähnliches Verfahren hat der Gesetzgeber, zumindest für die Arbeitnehmer, bei der Neuregelung des Zahnersatzes und des Krankengeldes durch das GMG gewählt: Obwohl die Arbeitnehmer die Absicherung dieser Leistungen zukünftig allein zu finanzieren haben, werden ihre Beiträge weiterhin von den Arbeitgebern eingezogen. Nun werden die Arbeitgeber mit dem Übergang auf Pauschalbeiträge komplett aus der paritätischen Finanzierung in der GKV entlassen. Allerdings bleibt es in den anderen Sozialversicherungszweigen (Gesetzliche Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung) beim bisherigen Einzugsverfahren, weshalb sich der Aufwand der Arbeitgeber für den Einzug der GKV-Beiträge in Grenzen halten sollte.

7 Fiskalische Effekte kassenspezifischer Gesundheitspauschalen

Gegenüber der geltenden Beitragsgestaltung, aber überwiegend auch im Vergleich mit der Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen weisen kassenspezifische Gesundheitspauschalen vor allem folgende komparative Vorzüge auf:

- Da die Gesundheitspauschalen nicht mehr vom Lohn oder von Rentenzahlungen abhängen, überwinden sie die Konjunktur- und Arbeitsmarktabhängigkeit der heutigen Beiträge. Insoweit Konjunktur- und Arbeitsmarktprobleme den Zuschussbedarf zu den Gesundheitspauschalen ansteigen lassen, findet allerdings teilweise eine Verlagerung von sozialen Aufwendungen ins Steuersystem statt.
- Die Trennung der Gesundheitsversorgung von einer strukturell wachstumsschwachen Finanzierungsbasis verschafft Gesundheitspauschalen eine höhere Nachhaltigkeit sowohl gegenüber dem geltenden Beitragsystem als auch gegenüber der Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen.
- Das Konzept kassenspezifischer Gesundheitspauschalen finanziert die Gesundheitsversorgung ebenso wie die Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen im Umlageverfahren. Vor dem Hintergrund des absehbaren Wandels der demographischen Struktur weisen beide Konzepte eine geringere Nachhaltigkeit als das kapitalgedeckte System der PKV auf. Im Gegensatz zur Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen besitzen Gesundheitspauschalen aber insofern eine Resistenz gegenüber negativen einnahmeseitigen Effekten des demographischen Wandels, als durch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben keine Beitragseinbußen entstehen. Gesundheitspauschalen vermögen auf diese Weise ca. 30 % der fiskalischen Effekte des Wandels der demographischen Struktur aufzufangen.

- Die Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen schafft die PKV in ihrer heutigen Form, d. h. als substitutive Vollversicherung, ab. Da die Versicherten der PKV für nahezu gleiche Leistungen vielfach höhere Preise als die GKV zahlen, gehen dem gesamten Gesundheitswesen Einnahmen in Höhe von mehreren Mrd. Euro verloren. Die Leistungserbringer dürften dann wohl nach einer entsprechenden Kompensation verlangen.
- Bei einer externen Finanzierung der Einkommensumverteilung und des Familienlastenausgleichs aus dem Steueraufkommen entfällt in der GKV im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) der Finanzkraftausgleich. Der RSA reduziert sich dann auf ca. 40 % seines derzeitigen Volumens und kann sich auf einen Ausgleich der unterschiedlichen Morbiditäten konzentrieren.
- Wenn die Umverteilung weitgehend über das Steuer- und Transfersystem erfolgt, entfallen für die politischen Entscheidungsträger die Anreize, die GKV über sog. Verschiebebahnhöfe zugunsten anderer Zweige der sozialen Sicherung zu belasten.
- Der administrative Aufwand von Gesundheitspauschalen bleibt deutlich unter jenem der Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen. Im Unterschied zur Bürgerversicherung liegt die Beweislast hier umgekehrt, denn derjenige, der den Zuschuss erhalten möchte, muss die Berechtigung nachweisen. Der mit Einkommensnachweisen verbundene Aufwand betrifft überdies nur die Gruppe der Zuschussempfänger. Die Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen erfordert dagegen für alle Mitglieder, die nicht den Höchstbeitrag entrichten, eine „Finanzamtslösung“.

8 Die Verteilungswirkungen kassenspezifischer Gesundheitspauschalen

Während im Vergleich mit der Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen die Vorzüge kassenspezifischer Gesundheitspauschalen in allokativer und beschäftigungspolitischer Hinsicht offenkundig und unter Ökonomen unstrittig sind, scheinen verteilungspolitische Aspekte prima vista eher für diese Art der Bürgerversicherung zu sprechen. Die kassenspezifischen Gesundheitspauschalen liegen über (unter) den Beiträgen, die die Mitglieder mit niedrigem (hohem) Arbeitsentgelt bzw. Einkommen heute entrichten. Diese verengte Perspektive blendet aber die externe Finanzierung und damit die distributiven Wirkungen aus, die mit der Bezuschussung der Pauschalen, der Besteuerung des Arbeitgeberbeitrags und der Aufbringung der zusätzlichen Finanzmittel einhergehen. Eine verteilungspolitische Wirkungsanalyse zeigt, dass sich beim Übergang zu kassenspezifischen Gesundheitspauschalen die unteren Einkommenschichten keineswegs schlechter und die mittleren deutlich besser stellen als im geltenden System. Bei einer Finanzierung der Einkommensumverteilung über einen „Gesundheitsaufschlag“ zur Einkommensteuer würden Versicherte (im ungünstigsten Fall) ab einem monatlichen Einkommen von über 4.500,- € und Einverdiener-Ehepaare mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze Einbußen im Nettoeinkommen erleiden. In Kombination mit der Einkommensteuer lassen sich die Umverteilungsprozesse im Konzept kassenspezifischer Gesundheitspauschalen wesentlich transparenter, effizienter und vielfach auch gerechter gestalten als bei der Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen.

Die Gesundheitspauschale basiert vom Grundsatz her auf einer alle Einkommensarten umfassenden Bemessungsgrundlage und behandelt damit alle Einkünfte gleich. Für die Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen gilt dies nur begrenzt, und zudem benötigt sie eine sehr weitgehende Finanzamtslösung. Insoweit die Bürgerversicherung bei den Einkünften aus Kapitalvermögen Freibeträge oder Freigrenzen vorsieht, diskriminiert sie weiterhin – wenn auch weniger als im geltenden System – die Arbeitseinkünfte. Die Einbe-

ziehung von Mieten und Pachten verlangt eine völlige Abkehr vom bisher in der GKV geltenden Bruttoprinzip und damit auch eine Ungleichbehandlung der einzelnen Einkunftsarten.

Die Gesundheitspauschalen ersetzen die distributiven Verteilungswirkungen innerhalb der GKV, die auf dem lohnsteuerähnlichen Charakter der Beiträge mit Bemessungsgrenze beruhen, im Zuge einer externen Umverteilung durch die progressive Einkommensteuer oder die Mehrwertsteuer. Letztere weist infolge ihres gespaltenen Satzes ebenfalls eine (indirekte) Progression auf. Die Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen orientiert sich innerhalb der GKV zwar auch am Gesamteinkommen, vermag aber bei Einkommen jenseits der Bemessungsgrenze im Unterschied zum Konzept der Gesundheitspauschalen nicht mehr zu differenzieren.

Die kassenspezifischen Gesundheitspauschalen beseitigen die Ungleichbehandlung von Zwei- gegenüber Einverdienerfamilien im Rahmen der derzeitigen beitragsfreien Mitversicherung. Im System der Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen könnte lediglich das Splitting-Verfahren die Benachteiligung von Zweiverdienerfamilien beheben, was aber auf eine Diskriminierung von Familien gegenüber unverheirateten Paaren hinausläuft. Die Einbeziehung von Zinsen in die Beitragsbemessungsgrundlage kann die Benachteiligung von Zweiverdiener- gegenüber Einverdienerhepaaren sogar noch verschärfen. So entrichtet derzeit eine Zweiverdienerfamilie mit jeweils 3000,- € Arbeitsentgelt pro Monat einen Gesamtbeitrag von 840,- €, während eine Einverdienerfamilie mit 6.000,- € Lohn nur 488,25 € zahlt. Sofern nun in der Zweiverdienerfamilie jeder Partner aus einer Erbschaft monatlich 500,- € Zinsen bezieht, erhöht sich ihr Beitrag von 840,- € auf 976,50 €, während ein Zinseinkommen von 1.000,- € bei der Einverdienerfamilie den Gesamtbeitrag unverändert lässt. Eine gerechte Belastung von Familienvermögen nur die Gesundheitspauschalen sicherzustellen.

Die Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen hebt, vornehmlich mit verteilungspolitischer Intention, die Pflichtversicherungsgrenze auf. Un-

beschadet der Willkür dieser Grenze, die ein idealtypisches System nicht vorsehen würde, sprechen folgende Argumente gegen einen solchen Schritt:

- schwerwiegende verfassungsrechtliche Bedenken,
- drohende Prämienerrhöhungen für den verbleibenden Versichertenbestand infolge Wegfall des Umlageelements innerhalb der PKV,
- Notwendigkeit einer Kompensation der Überzahlungen und
- vor dem Hintergrund des demographischen Wandels intergenerative Aspekte wegen Auflösung des Kapitalstocks.

In unserem Konzept der Gesundheitspauschalen werden die PKV-Versicherten am Solidarausgleich durch die Ausschüttung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags beteiligt. Die darüber hinausgehende Verlagerung der Einkommensumverteilung ins Steuer- und Transfersystem verringert den Beitrag zur GKV an der Pflichtversicherungsgrenze erheblich und eröffnet ihr dadurch gegenüber der PKV erheblich bessere Wettbewerbschancen. Andererseits entfällt die Rechtfertigung für einen aus den Überzahlungen resultierenden Finanzierungsanteil der PKV, wenn die Einkommensumverteilung von der GKV auf das Steuersystem verlagert wird. Aufgrund der veränderten Preisrelationen stellt die GKV nun auch für einen jungen Alleinstehenden eine interessante Option dar. Umgekehrt bildet wegen der externen Finanzierung der Kinder die PKV auch für Familien mit Kindern eine ernsthafte Alternative. Da sich die PKV inzwischen prinzipiell dazu bereit erklärt hat, Versicherte der GKV mit Kontrahierungszwang und ohne morbiditätsorientierte Diskriminierung aufzunehmen, entfallen im System der Gesundheitspauschalen die, bisher berechtigten, zentralen distributiven und wettbewerblichen Einwände gegen die Pflichtversicherungsgrenze.