

Kifmann, Mathias; Wambach, Achim; Wigger, Berthold U.

Article

Die Vorschläge der Kommission zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen: Bürgerversicherung oder Kopfprämien?

ifo Schnelldienst

Provided in Cooperation with:

Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich

Suggested Citation: Kifmann, Mathias; Wambach, Achim; Wigger, Berthold U. (2003) : Die Vorschläge der Kommission zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen: Bürgerversicherung oder Kopfprämien?, ifo Schnelldienst, ISSN 0018-974X, ifo Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, Vol. 56, Iss. 10, pp. 3-10

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/163911>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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

Die Vorschläge der Kommission zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen: Bürgerversicherung oder Kopfprämien?

Das gegenwärtige Finanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steht auf der Kippe. Die »Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme«, besser bekannt als Rürup-Kommission, hat zwei verschiedene Finanzierungskonzepte vorgeschlagen: die »Bürgerversicherung« und die »Kopfprämien«. Welche Vor- und Nachteile haben diese Konzepte?

Beide Vorschläge nur teilweise geeignet

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) besitzt eine lange Tradition. Bereits im Krankenversicherungsgesetz von 1883 wurden ihre Grundprinzipien der Finanzierung festgeschrieben. So umfasste schon damals der Kreis der Versicherungspflichtigen die abhängig Beschäftigten bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze. Die Beiträge wurden nach dem Arbeitsverdienst bemessen und von den Arbeitern und Arbeitgebern gemeinsam aufgebracht. Es wird jedoch immer deutlicher, dass sich nach 120 Jahren die Rahmenbedingungen entscheidend geändert haben. Die durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die demographische Entwicklung verursachte Ausgabendynamik hat zu einem starken Anstieg der Beitragssätze geführt. Die lohnabhängige Finanzierung erweist sich als immer größere Belastung für den Arbeitsmarkt. Eine Reform der Finanzierung erscheint dringend angebracht. Sie sollte den solidarischen Charakter der GKV erhalten, d.h. allen Bürgern eine medizinische Grundversorgung unabhängig von ihrem Einkommen und ihrem Gesundheitszustand sichern, aber gleichzeitig die gegenwärtigen und anstehenden Herausforderungen lösen. Insbesondere drei Reformbereiche sind dabei von zentraler Bedeutung:

1. Die ausschließliche Finanzierung der Krankenkassenbeiträge durch das Lohn Einkommen wirkt wie eine selektive Besteuerung des Faktors Arbeit und trägt damit zur hohen Arbeitslosigkeit in Deutschland bei. Sie widerspricht auch dem Gedanken der Solidarität. Daher sollten andere Einkunftsarten bei der Umverteilung von Reich zu Arm ebenfalls herangezogen werden.

2. Die Regelung, dass sich Personen, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschreitet, in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichern können, führt zu einer Abwanderung gesunder und gut verdienender Personen aus der GKV. Dies schwächt das öffentliche Solidarsystem und trägt zu den Finanzierungsproblemen der GKV bei.
3. Die Alterung der Gesellschaft und der medizinisch-technische Fortschritt machen es wünschenswert, in Zukunft mehr für Gesundheit auszugeben. Bei der Finanzierung dieser Leistungen bahnt sich jedoch ein Generationenkonflikt an. Zukünftige junge Erwerbstätige werden nur begrenzt bereit sein, höhere Ausgaben für ihre älteren Mitbürger zu finanzieren. Es liegt daher im Interesse der heute Versicherten, selbst für ihre zukünftigen Gesundheitsausgaben vorzusorgen. Andernfalls müssen sie mit einer verschärften Rationierung von Leistungen im Alter rechnen.

Die von der Bundesregierung einberufene Rürup-Kommission hat zwei Vorschläge vorgelegt, die auf diese Probleme in unterschiedlicher Weise eingehen. Bei dem Vorschlag, Kopfprämien einzuführen, steht vor allem der erste Aspekt im Mittelpunkt. In der GKV fände durch Kopfprämien nur noch der Ausgleich zwischen Personen mit niedrigen und hohen Gesundheitsrisiken statt. Die Einkommensumverteilung würde in das Steuer- und Transfersystem ausgegliedert. Konkret sollen Haushalte, deren Ausgaben für Krankenversicherungsprämien einen bestimmten Prozentsatz ihres Einkommens übersteigen, eine entspre-



Mathias Kifmann*

* Dr. Mathias Kifmann ist wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik an der Universität Konstanz.

chende Steuererminderung oder Transferzahlung erhalten. Dies soll durch eine Umwandlung des bisherigen Arbeitgeberanteils in steuerpflichtiges Einkommen finanziert werden. Die Möglichkeit, bei Überschreiten einer Versicherungspflichtgrenze in die PKV wechseln zu können, soll weiter bestehen.

Der Vorschlag, die GKV zu einer »Bürgerversicherung« auszubauen und alle Erwerbstätigen einzubeziehen, legt den Schwerpunkt auf eine Neuordnung des Verhältnisses von GKV und PKV. Die privaten Krankenversicherungen würden bei der Verwirklichung dieses Konzepts ihr Vollversicherungsgeschäft zum großen Teil verlieren und müssten sich in Zukunft auf den Verkauf von Zusatzversicherungen konzentrieren oder einen Grundversicherungsschutz im Rahmen der GKV anbieten. Das Konzept der Bürgerversicherung sieht aber auch vor, die Bemessungsgrundlage auf alle Einkunftsarten auszuweiten. Im Gegensatz zum Kopfprämienkonzept soll aber die Einkommensumverteilung innerhalb der GKV verbleiben.

Bei den Vorschlägen fällt auf, dass sie sich nicht grundsätzlich ausschließen. Die Einführung von Kopfprämien und die Ausweitung der Versicherungspflicht in der GKV auf alle Bürger lassen sich ohne weiteres gemeinsam verwirklichen. Dies zeigt die Schweiz. Dort wird eine allgemeine Bürgerversicherung durch Kopfprämien finanziert. Es ist also durchaus möglich, gleichzeitig für die Einführung von Kopfprämien und für eine Bürgerversicherung zu sein. Allerdings sind in der aktuellen politischen Debatte die Befürworter der Kopfprämien gegen eine Ausweitung des Versichertenkreises, während die Vertreter der Bürgerversicherung Kopfprämien ablehnen.

Überraschend ist, dass keiner der Vorschläge besondere Maßnahmen vorsieht, um dem steigenden Finanzierungsbedarf aufgrund der Alterung der Gesellschaft und des medizinisch-technischen Fortschritts zu begegnen. Dies ist zu bedauern, weil hier in der mittleren bis langen Frist der größte Handlungsbedarf besteht. Nur eine solide langfristige Finanzierung kann sicherstellen, dass alle Bürger von neuen Behandlungsmethoden profitieren. Ansonsten besteht die Gefahr, dass diese Leistungen nicht im Rahmen eines solidarischen Systems finanziert werden.

Die beiden zentralen Unterschiede der Vorschläge bestehen in der Organisation der Einkommensumverteilung und in der Regelung des Verhältnisses von GKV und PKV. Auf diese Aspekte möchte ich im Folgenden genauer eingehen. Anschließend erörtere ich weiterführende Maßnahmen, mit denen den Finanzierungsproblemen, die durch die demographische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt hervorgerufen werden, begegnet werden kann.

Zur Organisation der Einkommensumverteilung

Der große Vorteil des Kopfprämienvorschlags liegt darin, dass er mit der Übertragung der Einkommensumverteilung in das Steuer- und Transfersystem eine praktikable Lösung zur Abkopplung der Finanzierung vom Lohneinkommen vorsieht. Zwar wollen auch die Vertreter der Bürgerversicherung künftig alle Einkunftsarten bei der Beitragsbemessung berücksichtigen. Wer die Einkünfte feststellen und die Beiträge erheben soll, steht jedoch bislang nicht fest. Die Krankenkassen erscheinen hierfür ungeeignet. Nicht nur der Verwaltungsaufwand, den eine Beitragserhebung seitens der Kassen erfordern dürfte, ist dabei problematisch. Es besteht zudem die Gefahr, dass die Kassen ihren Spielraum bei der Beitragserhebung zur Risikoselektion nutzen. Niedrige Risiken könnten dann mit einer oberflächlichen Ermittlung bzw. Erhebung der Einkünfte gelockt werden, hohe Risiken ließen sich durch eine pedantische Einkommenskontrolle abschrecken. Dies würde die Solidarität innerhalb der GKV untergraben. Deshalb spricht alles dafür, die Einkunftsfeststellung und Beitragserhebung den Finanzämtern zu überlassen.

Ein Problem beim Kopfprämienvorschlag könnte sein, dass Personen mit geringen Einkommen keinen Anreiz mehr besitzen, eine kosteneffiziente Krankenkasse zu wählen. Übersteigen die Krankenversicherungsausgaben den Prozentsatz des Einkommens, ab dem ein Anspruch auf einen Transfer besteht, dann werden höhere Prämien vollkommen aus der Staatskasse finanziert. Dies könnte die Effektivität des Kassenwettbewerbs stark einschränken. Um dies zu vermeiden, sollten bei der Berechnung des Transfers nicht die tatsächlich gezahlte Prämie, sondern eine Referenzgröße, z.B. die Durchschnittsprämie, zugrunde gelegt werden. Auch Transferempfänger würden dann von der Wahl einer kosteneffizienten Kasse profitieren.

Gegen den Kopfprämienvorschlag lässt sich anführen, dass die Transferleistungen bei der Auslagerung der Einkommensumverteilung in das Steuer- und Transfersystem stärker von der allgemeinen Haushaltslage abhängig sein könnten. Soll dies vermieden werden, bietet sich eine zweckgebundene Krankenversicherungsabgabe an, bei deren Bemessung das gesamte steuerpflichtige Einkommen zugrunde gelegt wird.¹ Das Aufkommen dieser Abgabe würde im Rahmen eines Risikostrukturausgleichs an die Kassen ausgezahlt. Dabei erhielten die Kassen für jeden Versicherten monatlich einen Geldbetrag, der den erwarteten Ausgaben des Versicherten abzüglich eines fixen Betrags, z.B. 30 €, entspräche. Die restlichen Ausgaben müssten die Kassen in Form von Kopfprämien selbst aufbringen. Effizienzvorteile von Kassen kämen dann voll in ihren Kopf-

¹ Die Krankenversicherungsabgabe könnte wie eine Einkommensteuervorauszahlung im Quellenabzugsverfahren erhoben und beim endgültigen Einkommensteuerbescheid bereinigt werden.

prämien zur Geltung. Dies sichert, dass alle Bürger einen Anreiz haben, eine kosteneffiziente Kasse zu wählen. Die Kopfpauschalen würden aber wesentlich geringer ausfallen als bei einem reinen Kopfprämienystem und wären daher auch für die meisten Bürger mit geringem Einkommen finanzierbar.

Zur Regelung des Verhältnisses von GKV und PKV

Bei der gegenwärtigen Regelung können Personen mit hohem Einkommen das öffentliche Solidarsystem verlassen. In der privaten Krankenversicherung erhalten sie ein Prämienangebot in Abhängigkeit von ihrem Gesundheitszustand. Deshalb wechseln in der Regel gesunde und gut verdienende Personen in die PKV, also diejenigen, die im Rahmen eines solidarischen Systems Kranke und Geringverdiener unterstützen. Dagegen lässt sich einwenden, dass die PKV-Versicherten höhere Preise für medizinische Leistungen bezahlen und dadurch die GKV-Versicherten quersubventionieren. Allerdings ist es fraglich, ob die Quersubventionierung ausreicht, um den Verlust des Solidarbeitrags zu kompensieren. Nach einer Modellrechnung des DIW könnten die bisher Versicherten in der GKV bei einer Ausweitung der Versicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen mit einer Entlastung von ca. 1,5 Beitragssatzpunkten rechnen (vgl. DIW 2001, S. 191).

Die Einführung von Kopfprämien würde den gegenwärtigen Zustand insofern ändern, als der Wechsel in die PKV nicht mehr zu einer Verringerung der ins Steuer- und Transfersystem ausgegliederten Einkommensumverteilung führen könnte. Nach wie vor hätten aber gesunde Personen den Anreiz, allein deshalb in die PKV zu wechseln, um den Solidarbeitrag für Personen mit hohen Gesundheitsrisiken zu vermeiden. Die Bürgerversicherung würde diese Möglichkeit mit einer allgemeinen Versicherungspflicht ausschließen.

Eine Ausweitung des Versichertenkreises auf alle Erwerbstätigen würde allerdings die Wahlfreiheit für einen Teil der Bürger verringern. Während in der PKV die Versicherten zwischen unterschiedlichen Versicherungsleistungen wählen können, bieten die Kassen in der GKV praktisch das gleiche Leistungspaket an. Zwar kann in einem solidarischen System durch die Gestaltung des Leistungsangebots auch Risikoselektion betrieben werden. Dennoch wäre es wünschenswert, dass auch innerhalb der GKV unterschiedliche Versicherungsoptionen angeboten werden, z.B. Rabatte, wenn Versicherte sich verpflichten, nur Ärzte zu konsultieren, die sich in einem Ärztenetz zusammengeschlossen haben. Die Verringerung der Wahlfreiheit durch eine Bürgerversicherung würde dann weniger ins Gewicht fallen.

Problematisch bei einer Ausweitung des Versichertenkreises ist auch, dass in der GKV im Gegensatz zur PKV keine Altersrückstellungen gebildet werden. Deshalb würde es unter den jetzigen Umständen zu einer Ausweitung des Umlageverfahrens kommen. Da die Verzinsung des Umlageverfahrens aller Wahrscheinlichkeit nach dauerhaft unterhalb des Kapitalmarktzins liegt, bedeutet dies eine Lastenverschiebung auf zukünftige Generationen. Angesichts der demographischen Entwicklung erscheint dies wenig wünschenswert. Der Kopfprämienvorschlag, der das gegenwärtige Verhältnis von GKV und PKV beibehalten möchte, vermeidet diese zusätzliche Belastung kommender Generationen. Aus dieser Perspektive gesehen handelt es sich bei der Ausweitung des Versichertenkreises auf alle Erwerbstätigen um eine grundsätzliche Wertentscheidung zwischen intra- und intergenerativen Verteilungszielen. Dieser Zielkonflikt ist jedoch nicht zwangsläufig, wenn gleichzeitig ausreichend Vorkehrungen getroffen werden, die zukünftige Generationen entlasten (vgl. Felder und Kifmann 2003). Die Frage nach einer Entlastung kommender Generationen stellt sich aber nicht nur im Kontext einer Bürgerversicherung, sondern auch allgemein im Hinblick auf die demographische und medizinisch-technische Entwicklung.

Zur Alterung der Gesellschaft und zum medizinisch-technischen Fortschritt

Beide Vorschläge können nur kurzfristig die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung lindern. So dürfte von der Berücksichtigung weiterer Einkunftsarten und der damit verbundenen Entlastung des Faktors Arbeit ein positiver Impuls auf die Beschäftigung ausgehen. Eine Ausweitung des Versichertenkreises auf alle Erwerbstätigen würde zudem die bisher Versicherten entlasten. Mittelfristig bis langfristig dürfte die Belastung der Beitragszahler durch die Alterung der Gesellschaft und den medizinisch-technischen Fortschritt wieder stark zunehmen. Nach Modellrechnungen könnte eine Erhöhung der Beitragssätze um über 10 Prozentpunkte nötig sein, wenn auch in Zukunft der Leistungskatalog der GKV neue medizinische Behandlungsverfahren enthalten soll (vgl. DIW 2001, S. 117). Für diese Entwicklung sehen die Vorschläge keine besonderen Maßnahmen vor. Eine Dämpfung des Beitragsanstiegs durch die Alterung tritt nur insofern ein, als die Rentner bei Einbeziehung weiterer Einkunftsarten stärker zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben herangezogen werden.

Durch das Ausschöpfen weiterer Effizienzreserven im Gesundheitswesen können vermutlich die zukünftigen Finanzierungsprobleme der Krankenversicherung etwas gemildert werden. Letztlich kann die Finanzierung der Krankenversicherung aber nur durch eine stärkere Eigenvorsorge der Bürger für ihre Gesundheitsausgaben im Alter gesichert werden. Dies erfordert unpopuläre zusätzliche Ausgaben für

die heute Erwerbstätigen. Aus ökonomischer Sicht muss allerdings auf die Alternative hingewiesen werden: Zukünftigen Generationen können nur begrenzt Beitragserhöhungen zugemutet werden. Es besteht deshalb die Gefahr, dass der Druck auf eine schlechtere Behandlung gerade von älteren Menschen größer wird, die sich gegen eine unzureichende Versorgung häufig schlecht wehren können. Eine Eigenvorsorge hingegen schafft zusätzlichen finanziellen Spielraum in der Zukunft, der eine angemessene Versorgung im Alter sichern kann.

Für die Eigenvorsorge bieten sich zwei Modelle an. Bei einer kollektiven Lösung würde eine Kapitalbildung innerhalb der GKV aus den Beitragseinnahmen erfolgen (vgl. Henke et al. 2002; Felder 2003). Die Kapitalerträge würden in der Zukunft genutzt, um die höheren Gesundheitsausgaben zu finanzieren. Ein kollektiver Kapitalbestand weckt allerdings leicht Begehrlichkeiten von Politikern und Interessenverbänden und läuft Gefahr, für andere Zwecke missbraucht zu werden. Dies spricht für eine private Vorsorgelösung, bei der die Individuen selbst sparen. Die Versorgung im Alter könnte dann ähnlich wie bei der Riester-Rente über eine private Zusatzversicherung erreicht werden. Alternativ könnten die Ersparnisse dafür verwendet werden, die Einnahmen der GKV in Zukunft zu erhöhen. Die Versicherten müssten dann im Alter höhere Beiträge zahlen, was zu einer entsprechenden Entlastung der jüngeren Beitragszahler führen würde. Ein erster Schritt hierzu wäre, dass alle Renteneinkommen voll beitragspflichtig würden. Gegenwärtig zahlen Rentner für Betriebs- und Zusatzrenten nur den halben Versicherungsbeitrag.

Fazit

Als Fazit lässt sich ziehen, dass beide Vorschläge die Finanzierungsprobleme der GKV teilweise lösen. Die Befürworter von Kopfprämien haben ein schlüssiges Konzept zur Einbeziehung weiterer Einkunftsarten bei der Finanzierung der GKV vorgelegt. Bei der Gestaltung der Transferleistungen sollte noch sichergestellt werden, dass möglichst viele Versicherte den Anreiz besitzen, eine kosteneffiziente Krankenkasse zu wählen. Die Bürgerversicherung hat den Vorteil, dass sie über eine Ausweitung der Versicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen den Solidaritätsgedanken in der GKV stärken und eine Beitragsentlastung der heute Versicherten erreichen würde. Sie schränkt allerdings die Wahlfreiheit für einen Teil der Bürger ein, falls nicht innerhalb der GKV mehr Wahloptionen angeboten werden. Des Weiteren führt eine Bürgerversicherung zu einer Ausweitung des Umlageverfahrens, was angesichts der demographischen Entwicklung nicht wünschenswert ist. Um dies zu vermeiden, aber auch um sicherzustellen, dass ältere Menschen in Zukunft am medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben kön-

nen, sind Maßnahmen zur stärkeren Eigenvorsorge für die Gesundheitsausgaben im Alter notwendig.

Schließlich muss betont werden, dass sich die beiden Vorschläge nicht grundsätzlich ausschließen. Dies zeigt die durch Kopfprämien finanzierte allgemeine Bürgerversicherung in der Schweiz. Die Vorschläge erscheinen nur deshalb nicht vereinbar, weil die Vertreter beider Konzepte jeweils den anderen Vorschlag ablehnen. Zumindest sind sich aber beide Lager einig, dass es dringend geboten ist, die Bemessungsgrundlage für die Einkommensumverteilung in der GKV auszuweiten. Es ist deshalb besonders bedauernd, dass die Bundesregierung nicht einmal diesen Reformvorschlag verwirklichen will, sondern ausschließlich auf Spar- und Umfinanzierungsmaßnahmen setzt, die nur kurzfristig Luft verschaffen. Das Krankenversicherungsgesetz aus dem 19. Jahrhundert wird uns damit vorerst auch noch im 21. Jahrhundert begleiten.

Literatur

- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2001), *Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen, Gutachten für das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie*, Berlin.
- Felder, S. (2003), »Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung über den Risikostrukturausgleich«, Faculty of Economics and Management Magdeburg, *Working Paper 06/2003*.
- Felder, S. und M. Kifmann (2003), *Die Vereinigung von GKV und PKV: Kurzfristige Entlastung, langfristige Belastung?*, Arbeitspapier, Universität Magdeburg.
- Henke, K.-D. et al. (2002), *Kapitaldeckung auch im Gesundheitswesen? Auf dem Wege zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung*, Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrum Public Health, Blaue Reihe A, Nr. 2.



Achim Wambach*



Berthold U. Wigger**

Kopfpaschalen oder Bürgerversicherung?

Die gegenwärtige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weist mindestens zwei Systemfehler auf, die sowohl massive allokativen Fehlentwicklungen verursachen als auch dem Anliegen einer solidarisch finanzierten Absicherung der individuellen Krankheitsrisiken eklatant widersprechen. Erstens orientieren sich die Beiträge der Versicherten ausschließlich an den Einkommen aus unselbständiger Arbeit, und zweitens werden die Einkommen nur bis zu einer Bemessungsgrenze von zurzeit 3 450 € pro Monat berücksichtigt, wobei Personen mit höherem Einkommen die Wahl haben, in der GKV zu bleiben oder sich stattdessen privat zu versichern.

Systemfehler des bisherigen Systems

Die ausschließliche Orientierung an den Arbeitseinkommen führt dazu, dass höhere Ausgaben der GKV – seien diese nun durch den medizinisch-technischen Fortschritt oder durch den demographischen Wandel bedingt – stets zu höheren Lohnkosten führen und dementsprechende beschäftigungsfeindliche Effekte auslösen. Dabei ist es übrigens nicht erheblich, ob die Beiträge paritätisch, sprich von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu gleichen Teilen finanziert werden wie in der GKV der Fall oder aber – wie gelegentlich gefordert – allein von den Arbeitnehmern. Entscheidend ist vielmehr, dass die Beiträge einen Keil treiben zwischen dem, was die Arbeitnehmer für ihren Arbeitseinsatz erhalten und dem, was die Arbeitgeber dafür bezahlen. Mit welcher formaljuristischen Etikette man diesen Keil versieht,

spielt weder für die negativen Beschäftigungseffekte noch für die tatsächliche finanzielle Belastung der beiden Seiten eine besondere Rolle. Die ausschließliche Orientierung an den Arbeitseinkommen steht ferner in einem klaren Missverhältnis zur postulierten Solidargemeinschaft, auf die sich die GKV ihrem Selbstverständnis nach gründet. Es ist nämlich nicht einzusehen, was solidarisch daran sein soll, dass etwa eine Person mit einem Einkommen von 3 000 € aus unselbständiger Arbeit und sonst keinen weiteren Einkünften einen höheren Beitrag zahlen muss als eine Person mit einem Einkommen von 2 000 € aus unselbständiger Arbeit und Kapitaleinkommen in Höhe von 1 000 € oder mehr.

Mit dem zweiten Systemfehler, der Bemessungsgrenze und der daran gekoppelten Wahlmöglichkeit für Personen mit höheren Einkommen, institutionalisiert die GKV gewissermaßen so etwas wie Negativselektion. Legitimerweise und aus rationaler Überlegung heraus wird eine Person, deren Arbeitseinkommen die Bemessungsgrenze übersteigt und die sich deshalb auch privat versichern könnte, in der GKV bleiben, wenn sie darin einen individuellen Nettovorteil erkennt. Das ist etwa dann der Fall, wenn die Person ein entsprechend hohes Krankheitsrisiko hat und deshalb für die gleiche Versicherungsleistung im privaten Markt eine Prämie zahlen müsste, die ihren Beitrag zur GKV übersteigt. Ähnliches gilt für Personen, bei denen Familienmitglieder in der GKV mitversichert sind, die sich im privaten Markt jeweils einzeln versichern müssten. In der Konsequenz werden sich nur jene Personen mit höheren Einkommen für einen Verbleib in der GKV entscheiden, die mehr Leistungen aus der GKV erhalten, als sie darin einzahlen. Wiederum ist schwerlich einzusehen, was das mit dem auf sozialen Ausgleich beruhenden Prinzip der Solidargemeinschaft zu tun haben soll. Das Problem des zwar postulierten, aber in der Tat mehrfach durchbrochenen Solidarprinzips wird noch dadurch verschärft, dass mit den Beiträgen der Pflichtversicherten auch Leistungen finanziert werden, die nicht eigentlich mit Krankheitsrisiken in Verbindung stehen – beispielsweise Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen sowie Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation. Zwar übernimmt die GKV diese Leistungen nur für ihre Mitglieder. Gleichwohl verbergen sich dahinter eher gesellschaftspolitische Anliegen, deren Finanzierung auf den isolierten Kreis der gesetzlichen Versicherten abgewälzt wird.

Die Finanzierungskonzepte der Kommission – die Unterschiede ...

Die »Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme«, besser bekannt als Rürup-Kommission, hat zwei verschiedene Finanzierungskonzepte vorgeschlagen, mit denen sich die beschriebenen Systemfehler in der GKV beseitigen lassen. Bei dem ersten

* Prof. Achim Wambach, Ph.D. lehrt am Institut für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Wirtschaftstheorie, der Universität Erlangen-Nürnberg.

** Prof. Dr. Berthold U. Wigger lehrt am Institut für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft, der Universität Erlangen-Nürnberg.

Konzept handelt es sich um eine die gesamte Bevölkerung umfassende Erwerbstätigenversicherung (kurz: Bürgerversicherung) und bei dem zweiten um ein einkommensunabhängiges Gesundheitsprämiensystem in Verbindung mit einem steuerfinanzierten Ausgleich (kurz: Kopfpauschalen). Bei ihren Vorschlägen betont die Kommission, dass beide Konzepte beschäftigungsfreundlicher seien als die gegenwärtige Form der Finanzierung, wobei die Bürgerversicherung den Solidaraspekt stärker betone und die Kopfpauschalen stärker effizienzorientiert seien.

Bei der Bürgerversicherung werden alle Einkommensarten der Beitragszahler gleichermaßen berücksichtigt. Entsprechend sind die Beiträge in der Bürgerversicherung nicht proportional zum Arbeitseinkommen, sondern zur Steuerschuld der Versicherten. Genauso wie im jetzigen System könnte man für die Bürgerversicherung eine Beitragsbemessungsgrenze definieren. Damit es aber nicht zu den oben beschriebenen negativen Selektionseffekten kommt, wäre es notwendig, dass die Beitragspflicht nicht für bestimmte Einkommens- oder Berufsgruppen durch eine Wahlmöglichkeit ersetzt wird. Sollen einige Berufsgruppen, etwa Beamte, von der Beitragspflicht ausgeschlossen werden, dann muss dieser Ausschluss bindend sein und darf keine Wahlmöglichkeit zulassen. Da alle Einkommensarten berücksichtigt werden, wäre für die Beitragsberechnung die Einschaltung der Finanzämter notwendig. Deren Verwaltungskosten würden dadurch zwar erhöht. Andererseits würden aber die Verwaltungskosten bei den Arbeitgebern sinken, wenn nicht mehr sie, sondern die Finanzämter die Beiträge an die Krankenkassen ausbezahlen hätten. Bei der Bürgerversicherung würde nur noch ein Teil der Beiträge aus Arbeitseinkommen finanziert, und erhöhte Ausgaben der GKV würden nicht mehr automatisch in voller Höhe den Faktor Arbeit belasten, sondern anteilig auf alle Einkommensquellen umgelegt. Die Befürworter der Bürgerversicherung versprechen sich davon freilich nicht nur positive Beschäftigungseffekte. Sie sehen darin auch einen Beitrag zu sozialer Gerechtigkeit, weil die Bürgerversicherung nicht nur zwischen Personen mit höheren und geringeren Krankheitsrisiken umverteilt, sondern auch zwischen Personen mit höheren und geringeren Einkommen.

Beim Konzept der Kopfpauschale zahlen alle Versicherungspflichtigen eine einkommensunabhängige Prämie, die sich am durchschnittlichen Krankheitsrisiko der Gesamtheit der Versicherungspflichtigen orientiert. Um negative Selektionseffekte zu vermeiden, darf auch bei der Kopfpauschale keiner Personen- oder Berufsgruppe eine Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung gegeben werden. Im Unterschied zur Bürgerversicherung basiert das Kopfpauschalensystem auf der Idee, dass in der GKV nur ein Ausgleich geschaffen werden soll zwischen Personen mit hohem und niedrigem Krankheitsrisiko, nicht aber zwischen Personen mit unterschied-

lichen Einkommen. Dieses Prinzip soll nur insofern durchbrochen werden, als einkommensschwache Personen, die die Kopfpauschale kaum in voller Höhe selbst finanzieren können, staatliche Prämienzuschüsse erhalten, die freilich aus allgemeinen Steuermitteln zu finanzieren sind. Alle anderen Umverteilungselemente werden beim Konzept der Kopfpauschale aus der GKV ausgegliedert und in das allgemeine Steuer- und Transfersystem integriert. Im Unterschied zur Bürgerversicherung würde die Kopfpauschale nicht nur keine verminderten, sondern gar keine beschäftigungseindlichen Effekte auslösen. Sie wäre vielmehr beschäftigungsneutral, weil sie dem Wesen nach vollkommen einkommens- und damit auch lohnunabhängig erhoben würde. Freilich wäre zu prüfen, welche Beschäftigungseffekte dadurch ausgelöst würden, dass das allgemeine Steuer- und Transfersystem jene Umverteilungsaufgaben übernimmt, die beim Bürgergeld Bestandteil der GKV sind.

... eher formal als inhaltlich

Auf den ersten Blick scheint das Kopfpauschalensystem die sauberere Finanzierungsvariante zu sein, weil es klar zwischen staatlichen Umverteilungsaufgaben im Allgemeinen und einem staatlichen Ausgleich von Krankheitsrisiken im Besonderen trennt und nur dieses in den Bereich der GKV stellt, während es jenes dem allgemeinen Steuer- und Transfersystem zuweist. Werden freilich bei einem Kopfpauschalensystem genau jene Umverteilungselemente in das Steuer- und Transfersystem eingearbeitet, die bei der Bürgerversicherung in der GKV verbleiben, dann nimmt der Unterschied zwischen den beiden Reformvarianten eher formale als inhaltliche Gestalt an. Selbst ohne flankierende Änderungen im jetzigen Steuer- und Transfersystem bieten beide Varianten erheblichen Spielraum für mehr oder weniger Umverteilung der Einkommen. Bereits durch ein entsprechendes Austarieren der steuerfinanzierten Prämienzuschüsse kann das Kopfpauschalensystem die Umverteilungskomponenten der Bürgerversicherung in weiten Teilen nachahmen. Andererseits wirkt die Bürgerversicherung faktisch wie ein Kopfpauschalensystem, wenn nur die Beitragsbemessungsgrenze hinreichend niedrig und der Beitragssatz entsprechend hoch angesetzt werden. Wenn die Kommission deshalb betont, bei der Entscheidung zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale gehe es letztlich darum, welches Gewicht der Verteilungsgerechtigkeit und welches der Allokationseffizienz beigemessen werde, dann wird damit in gewissem Maße eine Scheindiskussion entfacht, weil die beiden vorgeschlagenen Konzepte bei näherer Betrachtung keine echte Grundlage für eine solche Polarisierung liefern. Beide Konzepte sind geeignet, die beschriebenen Systemfehler in der Finanzierung der GKV zu beseitigen und mit beiden Konzepten lassen sich variierende Umverteilungsniveaus verbinden.

Argumente für eine GKV

Bei genauerer Betrachtung entpuppt sich das Problem, ob Bürgerversicherung oder Kopfpauschalen, also nicht als ein Problem, das in seinem Kern die Finanzierung der GKV und den damit verbundenen sozialen Ausgleich betrifft. Das heißt aber nicht, dass es ganz und gar unerheblich sei, für welche der beiden Reformvarianten man sich entscheidet. Tatsächlich scheint die Frage, ob Bürgerversicherung oder Kopfpauschalen, nämlich eher das Problem zu betreffen, welche Bevölkerungsteile die GKV einschließen soll. Damit ist noch ein grundsätzlicheres Problem angesprochen, nämlich wofür eine GKV überhaupt gebraucht wird. Es lohnt sich deshalb, sich die Argumente für eine GKV vor Augen zu halten, weil diese dann tatsächlich Aufschluss darüber geben, welche der beiden Reformvarianten die überlegene ist.

Jeder angehende Wirtschaftswissenschaftler hört bereits in den volkswirtschaftlichen Grundlagenfächern von den beiden Hauptsätzen der Wohlfahrtsökonomik. Im Krankenversicherungskontext besagen diese, dass ein privater Krankenversicherungsmarkt unter gewissen Voraussetzungen zu einem optimalen Versicherungsschutz der Bevölkerung führt und dass dem Staat, wenn überhaupt, dann umverteilende Aufgaben zukommen. Unter den meisten Ökonomen herrscht indessen Einverständnis darüber, dass die Voraussetzungen, die die beiden Hauptsätze formulieren, im Bereich der Krankenversicherung in verschiedener Weise verletzt werden und dass deshalb eine allein auf Marktmechanismen basierende Versicherungsversorgung nicht ausreicht. Zwei Argumente spielen dabei eine besondere Rolle. Das Erste betrifft die so genannte altruistische Externalität und das daran gekoppelte Phänomen der strategischen Unterversicherung und das Zweite betrifft fehlende Informationen über individuelle Krankheitsrisiken und das daran gekoppelte Phänomen der adversen Selektion.

In der altruistischen Externalität – gelegentlich auch als das Dilemma des Samariters bezeichnet – sieht beispielsweise der amerikanische Gesundheitsökonom Marc Pauly den Hauptgrund für die Regulierung des Krankenversicherungsmarkts. Darunter wird das Phänomen verstanden, dass die Gesellschaft aus altruistischen Beweggründen nicht glaubhaft damit drohen kann, einer kranken Person wesentliche medizinische Leistungen zu verwehren, wenn diese keinen Krankenversicherungsschutz hat und die Leistungen auch nicht selbst finanzieren kann. Das löst zumindest bei Personen mit geringen Einkommen einen Anreiz aus, keinen oder nur einen unzureichenden Versicherungsschutz zu kaufen, da sie in Notfällen ohnehin auf Kosten der Gesellschaft behandelt werden. In den USA beispielsweise haben ca. 15% der Bevölkerung keine Krankenversicherung. Gleichwohl werden ihnen nicht jegliche Gesundheitsleistungen verwehrt, weil so genannte Charity-

Krankenhäuser und -Ärzte auch Personen ohne Versicherungsschutz behandeln, ohne von ihnen eine finanzielle Gegenleistung zu erhalten. Schätzungen belegen, dass Unversicherte in den USA immer noch gut halb so viel an Gesundheitsleistungen konsumieren wie vergleichbare Versicherte. Die aus strategischen Motiven gewählte Unterversicherung führt zu einem Wohlfahrtsverlust, dem beispielsweise mit einer staatlich administrierten Versicherungspflicht begegnet werden könnte. Letztere reicht aber im Allgemeinen nicht aus, weil dann etwa mit Versicherungen, die zwar aufwendige Kuraufenthalte finanzieren, nicht aber medizinische Behandlungen in Notfällen, das Unterversicherungsproblem in ein Fehlversicherungsproblem mündet. Neben der Pflicht sich zu versichern, muss deshalb auch das in der Versicherung enthaltene Leistungspaket vorgegeben werden, sprich der Staat muss eine Pflichtversicherung mit wohldefinierten Leistungen erzwingen.

Für den ehemaligen Finanzminister der Vereinigten Staaten, Lawrence Summers, ist die adverse Selektion das stärkere Argument für einen staatlichen Eingriff in den Gesundheitsmarkt. Adverse Selektion beschreibt eine Situation, in der Versicherungskunden ihr Krankheitsrisiko besser einschätzen können als die Versicherungsunternehmen und diesen Informationsvorteil bei der Vertragswahl ausnutzen. Summers versteht dabei unter adverser Selektion beispielsweise auch den Fall eines HIV-Infizierten, der zwar von seiner Infektion weiß, darüber aber die Versicherung vor dem Vertragsabschluss nicht informiert. Es ließe sich argumentieren, dass solche Fälle prinzipiell unproblematisch seien, weil es sich bei einer HIV-Infektion um ein verifizierbares Merkmal handelt. Man könnte also zum Beispiel verlangen, dass bei Vertragsabschluss die Krankheitsakten offen gelegt und damit Vorerkrankungen vor Vertragsabschluss für das Versicherungsunternehmen zugänglich werden. Aufgrund seiner höheren zu erwartenden Behandlungskosten müsste dann ein HIV-Infizierter eine entsprechend hohe Versicherungsprämie zahlen. Wenn die Gesellschaft es als notwendig erachtet, HIV-Infizierte zu unterstützen, so könnte das mit Hilfe einer Subvention der ansonsten fairen Prämie ins Werk gesetzt werden. An die vollkommene Offenlegung bereits erkannter Gesundheitsrisiken sind aber mindestens zwei Probleme gekoppelt. Erstens können Testergebnisse verschwiegen werden, und zweitens stößt die Offenlegung auf Vorbehalte einer offenbar an der persönlichen (Informations-)Integrität interessierten Gesellschaft. Das zeigt sich z.B. im Zusammenhang mit den Fortschritten in der Gentechologie. Durch Gentests werden zwar immer bessere Einblicke in die individuellen Gesundheitsrisiken möglich. In vielen Ländern besteht aber eine eindeutige Tendenz, Versicherungsunternehmen den Zugang zu Gentests zu verwehren – mit der Konsequenz, dass sich zumindest das Problem der adversen Selektion erheblich verschärft.

Bei adverser Selektion werden Versicherungsunternehmen versuchen, durch entsprechende Ausgestaltung ihrer Versicherungsverträge Personen mit hohem Krankheitsrisiko fernzuhalten und solche mit geringem Krankheitsrisiko anzuziehen. Klassisches Instrument der Risikoselektion sind Versicherungsverträge mit Selbstbeteiligung der Versicherten. Weiterhin lassen sich mit spezifisch definierten Leistungspaketen günstige von weniger günstigen Risikotypen trennen. Die wettbewerbsbedingte Risikoselektion führt dazu, dass Personen mit geringem Krankheitsrisiko keinen vollen Versicherungsschutz erwerben, während Personen mit hohen Krankheitsrisiken Versicherungsprämien zu zahlen haben, die sie entweder finanziell sehr stark belasten oder die sie sich sogar gar nicht leisten können. Ersteres Problem impliziert eine ineffiziente gesellschaftliche Versicherungsver-sorgung, letzteres Problem mag dagegen aus gerechtigkeitsorientierten Verteilungsmotiven heraus inakzeptabel sein.

Grundsätzlich lassen sich mit einer GKV sowohl das Problem der strategischen Untersicherung als auch das der adversen Selektion lösen. Die Zwangsmitgliedschaft in der GKV lässt keinen Spielraum für strategische Unterversicherung und die einheitlichen oder gar einkommensbezogenen, jedenfalls nicht risikoabhängigen Prämien beheben die Gefahr der Risikoselektion und die daran geknüpften Versicherungsver-sorgungs- und Gerechtigkeitsprobleme. Dabei ist freilich darauf zu achten, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen nicht in einen Leistungswettbewerb eintreten, sondern einheitliche Leistungspakete anbieten, weil ansonsten das Problem der Risikoselektion innerhalb der GKV neu entfacht würde.

Mit den Pro-Argumenten für die GKV ist indes noch nicht bestimmt, welche Bevölkerungsteile in die GKV aufgenommen werden sollten. Tatsächlich hängt die Frage nach der Größe des Versichertenkreises davon ab, welchem der beiden Pro-Argumente – altruistische Externalität oder adverse Selektion – größere Bedeutung beigemessen wird. Das Problem der altruistischen Externalität tritt primär bei einkommensschwächeren Haushalten auf, weil wohlhabendere Haushalte weniger leicht altruistisch motivierte Fürsorge mobilisieren können und sich selbst ausreichend versichern werden. Das spricht dafür, den Versichertenkreis in der GKV auf den einkommensschwächeren Teil der Bevölkerung zu beschränken. Das Problem der adversen Selektion dagegen betrifft auch jene Teile der Bevölkerung, die über höhere Einkommen verfügen, und legt deshalb eine sehr breite Definition des Versichertenkreises in der GKV nahe. Empirische Studien zeigen freilich, dass adverse Selektion im Krankenversicherungskontext noch keine so große Bedeutung hat, dass damit etwa eine Ausweitung des Versichertenkreises auf die gesamte Bevölkerung zu rechtfertigen wäre. Das kann sich allerdings in

näherer Zukunft durch neue Test- und Diagnoseformen nachhaltig verändern.

Solange die altruistische Externalität das dominierende Argument für eine GKV bleibt, besteht keine Notwendigkeit, den Versichertenkreis in der GKV auszudehnen. Nur die bisherige Wahlmöglichkeit für Personen mit höheren Einkommen sollte beseitigt werden. Die Vertreter der Kopfpauschalen scheinen keine Ausdehnung des Versichertenkreises vor Augen zu haben und könnten sich deshalb mit ihrem Anliegen auf die Beseitigung einer altruistischen Externalität berufen. Gewinnt freilich das Problem der adversen Selektion an Bedeutung, dann spricht einiges für eine Ausdehnung des Versichertenkreises, wie sie von den Vertretern der Bürgerversicherung favorisiert wird. Diese beiden Argumente scheinen indes für die Rürup-Kommission bei der Entwicklung der beiden alternativen Reformvarianten keine große Rolle gespielt zu haben. Sie hat den Fokus vielmehr auf Allokationseffizienz und deshalb Kopfpauschalen einerseits versus Verteilungsgerechtigkeit und deshalb Bürgerversicherung andererseits eingestellt. Das geht aber am Kern des Problems vorbei. Es führt die Reformdiskussion nur auf einen Nebenkriegsschauplatz, wo sie sich dann, so ist zu befürchten, verzetteln wird.