

Schadendorf, Felix

Article — Digitized Version

Trennung von Krankenversicherung und Verteilungspolitik

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Schadendorf, Felix (1998) : Trennung von Krankenversicherung und Verteilungspolitik, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 78, Iss. 12, pp. 728-735

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/40033>

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.

Felix Schadendorf

Trennung von Krankenversicherung und Verteilungspolitik

In der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt – neben der eigentlichen Versicherung gegen Krankheit – über die Ausgestaltung der Beitragserhebung eine familien- und verteilungspolitisch motivierte Einkommensumverteilung. Ist eine Krankenversicherung der richtige Ort für solch eine Umverteilung?

Wie groß ist ihr Ausmaß? Welche anderen Möglichkeiten der Beitragserhebung gibt es?

In der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung werden drei Umverteilungsaufgaben gleichzeitig durchgeführt:

- die Umverteilung von den Gesunden zu den Kranken;
- die Umverteilung zugunsten von Mitgliedern mit mitversicherten Ehegatten und/oder mitversicherten Kindern;
- die Umverteilung von den Mitgliedern mit höherem Arbeitseinkommen zu den Mitgliedern mit niedrigem Arbeitseinkommen.

Die erste Form der Umverteilung beinhaltet automatisch eine Umverteilung von den Personen mit geringen Gesundheitsrisiken zu den Personen mit hohen Gesundheitsrisiken und eine Umverteilung von den Jüngeren zu den Älteren. Während diese Form der Umverteilung als die eigentliche Aufgabe einer Krankenversicherung angesehen werden kann, gibt es keinen zwingenden Grund, warum die beiden anderen Umverteilungsformen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden müssen.

Im folgenden wird zunächst gezeigt, daß die beiden letztgenannten Umverteilungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem nicht befriedigenden Ergebnis führen: Die Kosten der Umverteilung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung werden von Arbeitnehmern mit mittlerem Einkommen getragen, während Arbeitnehmer mit hohem Einkommen und Selbständige nichts dazu beitragen. Auf der anderen Seite erhalten im derzeitigen System auch viele Haushalte mit gutem Einkommen, die eigentlich keine

finanzielle Förderung benötigen, eine verbilligte Krankenversicherung auf Kosten der Versichertengemeinschaft.

Welche Konsequenzen hat es, wenn man diese Umverteilungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauslöst und im Rahmen der Einkommensteuer und des Kindergeldes durchführt? Es wird gezeigt, daß nicht nur diese Umverteilungsaufgaben viel besser gelöst werden, sondern auch einige Absonderlichkeiten des deutschen Krankenversicherungssystems verschwinden und das deutsche Krankenversicherungssystem insgesamt reformfähiger wird.

Als erster Schritt soll analysiert werden, wie die Beitragsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung aussehen müßte, wenn sie nur die Umverteilung von den Gesunden zu den Kranken zum Ziel hätte, also ausschließlich eine Versicherung zum Ausgleich der Krankheitskosten wäre. Ein Vergleich der Beiträge an eine solche Versicherung mit den derzeit tatsächlich gezahlten Beiträgen macht die Verteilungswirkungen des derzeitigen Systems erkennbar.

Als einzige finanziell bedeutsame Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Krankengeld von der Höhe des Einkommens abhängig. Daher müßte in einem reinen Versicherungssystem auch der Beitrag zur Finanzierung des Krankengelds getrennt erhoben werden und nach Einkommenshöhe variieren. Meine Schätzung ergibt folgendes (vgl. dazu Kasten):

- Derzeit wäre ein Betrag in Höhe von rund 1,1 % des versicherungspflichtigen Bruttoeinkommens der krankengeldberechtigten Mitglieder erforderlich, um die Ausgaben für das Krankengeld zu decken.
- Die durchschnittlichen Ausgaben pro mitversichertem Kind betragen derzeit rund 150 DM pro Monat.
- Die durchschnittlichen Ausgaben (ohne Krankengeldausgaben) pro Mitglied und Ehegatte belaufen sich auf rund 290 DM pro Monat. Natürlich wäre es auch möglich, die durchschnittlichen Ausgaben ge-

Dr. Felix Schadendorf, 40, ist Referent am Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in Bonn. Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Artikels war er für einige Monate als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Weltwirtschaft in Kiel tätig. Der Artikel gibt die persönliche Meinung des Autors wieder.

trennt nach Ehegatte und Mitglied zu ermitteln. Die Unterschiede in den Ausgaben pro Kopf zwischen diesen beiden Gruppen beruhen aber im wesentlichen auf der ungleichen Alters- und Geschlechtsstruktur dieser beiden Gruppen.

In einem reinen Versicherungssystem ergibt sich somit eine sehr einfache Beitragsstruktur: Mitglieder zahlen etwa 290 DM pro Monat für sich selbst, 290 DM für mitversicherte Ehegatten, 150 DM pro Monat je Kind, außerdem 1,1% des versicherungspflichtigen Einkommens, falls sie krankengeldberechtigigt sind¹. Natürlich gäbe es wie bisher gewisse Unterschiede zwischen den Beitragsätzen der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen. Die Beitragsätze würden sich auch weiterhin bei Veränderungen der Leistungsausgaben verschieben. Im derzeitigen System zahlt jedes Mitglied unabhängig vom Familienstand im Durchschnitt der Krankenkassen rund 13,6% des Bruttoeinkommens als Arbeitnehmer bis zur Beitragsbemessungsgrenze².

Die Umverteilung im derzeitigen System

Die Verteilungswirkungen des derzeitigen Beitragsystems lassen sich nun leicht berechnen: Alleinversicherte Mitglieder sind Nettoempfänger, solange sie weniger als 2320 DM an versicherungspflichtigem Einkommen pro Monat verdienen (13,6% von 2320 DM sind 315,52 DM, d.h. 290 DM plus 1,1% von 2380 DM). Sobald sie ein höheres versicherungspflichtiges Einkommen haben, sind sie Nettozahler. Da die große Mehrheit der deutschen Vollzeit Arbeitnehmer mehr als 2320 DM im Monat verdient, zählen die meisten alleinstehenden Versicherten zu den Nettozahlern. Alleinversicherte, die den maximalen Beitrag zahlen (dieser beträgt 13,6% eines versicherungspflichtigen Einkommens in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze von 6150 DM, also 836,40 DM), unterstützen im Durchschnitt mit rund 480 DM monatlich andere Versicherte.

¹ Die hier verwendete Methode zur Bestimmung des angemessenen Versicherungsbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Weiterentwicklung der Methode von P. F. Lutz, U. Schneider: Der „soziale Ausgleich“ in der gesetzlichen Krankenversicherung, Diskussionspapier Nr. 200, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Hannover, 1997, S. 9-12.

² In diesem Aufsatz werden die durchschnittlichen Beitragsätze, die Beitragsbemessungsgrenzen und der Steuertarif des Jahres 1997 zugrunde gelegt.

³ Wer bei der Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung wieviel gewinnt und verliert, wird mit Hilfe der Daten des sozioökonomischen Panels analysiert bei P. F. Lutz, U. Schneider, a.a.O., S. 19-29. Zu einer ausführlichen Diskussion der Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben für verschiedene Haushaltstypen mit einer völlig anderen Methodik siehe A. B. Pfaff, M. Pfaff: Die Familie als Leistungsträger und Leistungsempfänger im Gesundheitswesen, in: Gerhard Kleinhenz (Hrsg.): Soziale Ausgestaltung der Marktwirtschaft – Festschrift zum 65. Geburtstag von Prof. Dr. Heinz Lampert, Berlin 1995.

Schätzung der Beitragsstruktur

Krankengeld: Die Ausgaben für Krankengeld in Deutschland beliefen sich im Jahr 1997 auf 14,4 Mrd. DM. Die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder (ohne Rentner) betragen laut der Statistik KJ1 des Bundesministeriums für Gesundheit 1441,4 Mrd. DM. Die beitragspflichtigen Einnahmen der krankengeldberechtigigten Mitglieder werden nicht veröffentlicht. Sie liegen schätzungsweise bei etwa 1320 Mrd. DM. Daraus ergibt sich ein Beitragssatz von 1,09%.

Beitragsanteil für Kinder: Weder die Anzahl der mitversicherten Kinder noch die für sie erforderlichen Leistungsausgaben werden veröffentlicht. Auf der Grundlage der Altersstruktur der Mitversicherten in Bundesarbeitsblatt, 7-8/1998, S.117 und 122, liegt der Anteil der mitversicherten Kinder bis 25 Jahre an allen Versicherten in Deutschland im Oktober 1997 schätzungsweise bei etwa 20,4%. Für den Risikostrukturausgleich schätzt das Bundesversicherungsamt jährlich die durchschnittlichen Leistungsausgaben für bestimmte Versicherten-Gruppen nach Einzelalter, zuletzt veröffentlicht im Bundesanzeiger 17/1998, S. 861-865, für das Jahr 1996. Aufgrund dieser Daten wird in diesem Aufsatz geschätzt, daß ein mitversichertes Kind bis 25 Jahre im Schnitt 53,1% der Leistungsausgaben eines Versicherten verursacht. Wenn man zusätzlich berücksichtigt, daß im Jahr 1996 7,7% aller Leistungsausgaben auf das Krankengeld entfielen, ergibt sich, daß ein mitversichertes Kind im Schnitt 57,5% der Leistungsausgaben (ohne Krankengeld) eines Versicherten verursacht.

Höhe der Beiträge: Die Beitragseinnahmen in Deutschland betragen im Jahr 1997 238,9 Mrd. DM; nach Abzug der Ausgaben für Krankengeld verbleiben 224,5 Mrd. DM. Bei 71,6 Mill. Versicherten im Oktober 1997 beträgt der durchschnittliche erforderliche Beitrag pro Versicherten 261,29 DM im Monat, der erforderliche Beitrag für Kinder 150,24 DM pro Monat (57,5 % davon), und der erforderliche Beitrag für andere Versicherte 289,75 DM pro Monat. Die Schätzungen der Ausgaben für Kinder durch das Bundesversicherungsamt liegen übrigens im Vergleich zu den Ausgaben für andere Versicherte deutlich höher als dies bei früheren deutschen Schätzungen der Fall war³.

³ Vgl. S. Busch, A. B. Pfaff, C. Rindsfüber: Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf 1996, S. 68; P. Reschke, K. Jacobs: Erstellung von Ausgabenprofilen im Risikostrukturausgleich für den vorläufigen Jahresausgleich 1994 sowie das Abschlagsverfahren 1996, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin 1995, S. 18-26.

Wie an den letzten drei Zeilen der ersten Spalte in Tabelle 1 deutlich wird, zählt ein Mitglied, bei dem ein Ehegatte und mindestens zwei Kinder mitversichert sind, bei jedem Einkommen zu den Nettoempfängern, weil selbst der maximale Beitrag von 836,40 DM im Monat niedriger ist, als der Beitrag für alle Familienmitglieder in einem reinen Versicherungssystem wäre. Auch wenn nur der Ehegatte und ein Kind mitversichert sind, ist für Bezieher von Einkommen unter 5840 DM das derzeitige System günstig. Dagegen zählen viele Personen, die keinen Ehegatten, aber ein oder zwei Kinder mitversichert haben, im derzeitigen Versicherungssystem zu den Nettozahlern. Zu dieser Personengruppe gehören nicht nur viele Alleinerziehende und Personen, die mit ihrem Lebenspartner nicht verheiratet sind, sondern auch Personen, deren Ehegatte selbst ein versicherungspflichtiges Einkommen als Arbeitnehmer bezieht³.

Tabelle 1
Krankenversicherungsbeiträge im derzeitigen System und in einem reinen Versicherungssystem

(1997, früheres Bundesgebiet)

Haushaltstyp	Versicherungspflichtiges Einkommen, bis zu dem Mitglieder zu den Nettoempfängern zählen	Beitrag nach gültigem Recht (13,6%) ¹		Beitrag in einem reinen Versicherungssystem		zusammen
			für Mitglieder und Ehegatten	für Kinder	für Krankengeld (1,1%)	
Ohne Mitversicherte	2320,00	315,52	290	0	25,52	315,52
Mit 1 mitversichertem Kind	3520,00	478,72	290	150	38,72	478,72
Mit 2 mitversicherten Kindern	4720,00	641,92	290	300	51,92	641,92
Mit 3 mitversicherten Kindern	5920,00	805,12	290	450	65,12	805,12
Mit 4 mitversicherten Kindern	6150,00	836,40	290	600	67,65	957,65
Mit mitversichertem Ehegatten, ohne mitversichertes Kind	4640,00	631,04	580	0	51,04	631,04
Mit mitversichertem Ehegatten, und 1 mitversichertem Kind	5840,00	794,24	580	150	64,24	794,24
und 2 mitversicherten Kindern	6150,00	836,40	580	300	67,65	947,65
und 3 mitversicherten Kindern	6150,00	836,40	580	450	67,65	1097,65
und 4 mitversicherten Kindern	6150,00	836,40	580	600	67,65	1247,65

¹ einschließlich Arbeitgeberanteil.

Die kostenlose Krankenversicherung von Kindern und nicht arbeitenden Ehegatten soll zunächst nicht weiter diskutiert werden; es soll vielmehr der Frage nachgegangen werden, wer die Kosten dieser beiden Sozialleistungen trägt. Wenn man die oben genannten Beiträge für mitversicherte Kinder und Ehegatten zugrunde legt, ergeben sich in Deutschland Gesamtbeiträge für Kinder und Ehegatten von fast 50 Mrd. DM jährlich. Eine erheblicher Teil dieser Summe wird derzeit von alleinversicherten Arbeitnehmern mit mittlerem Einkommen aufgebracht, während Arbeitnehmer mit höherem Einkommen, die nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind, und Selbständige nichts dazu beitragen müssen. Der Krankenversicherungsbeitrag kann als eine Art zweckgebundener Zuschlag zur Lohnsteuer interpretiert werden, der nur von einem bestimmten Personenkreis zu zahlen ist.

Dieser Zuschlag belastet viele Personen erheblich: In Tabelle 2 ist eine persönliche Steuer- und Abgabebilanz für alleinstehende Arbeitnehmer mit Einkommen aus Arbeitnehmertätigkeit zwischen 2000 und 9000 DM im Monat gezogen. Für diese Tabelle wurde angenommen, daß alleinstehende Arbeitnehmer, wenn sie die Beitragsbemessungsgrenze von 6150 DM überschreiten, auf eine Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung verzichten und sich statt dessen für 350 DM im Monat bei einer privaten Krankenversicherung versichern⁴. Für sie wird die Krankenversicherung um rund 480 DM billiger. Da die Versicherungsbeiträge zur Hälfte vom Arbeitgeber getragen werden, spart der Arbeitnehmer durch diese Entscheidung 240 DM im Monat, während weitere 240 DM Einsparung dem Arbeitgeber zugute kommen. Wie man in der letzten Spalte von Tabelle 2 er-

Tabelle 2
Steuer- und Abgabebilanz eines alleinstehenden Arbeitnehmers

(1997, früheres Bundesgebiet)

Bruttoeinkommen als Arbeitnehmer	Lohn- und Einkommensteuer einschließlich Solidaritätszuschlag	Krankenversicherungsbeitrag		Andere Sozialversicherungsbeiträge		Belastung des Arbeitnehmers durch Steuern und Beiträge	Belastung als Anteil des Bruttoeinkommens
		insgesamt	vom Arbeitnehmer zu tragen	insgesamt	vom Arbeitnehmer zu tragen		
2000	107,75	272,00	136,00	570,00	285,00	528,75	26,4%
3000	433,85	408,00	204,00	855,00	427,50	1065,35	35,5%
4000	763,52	544,00	272,00	1140,00	570,00	1605,52	40,1%
5000	1108,50	680,00	340,00	1425,00	712,50	2161,00	43,2%
6000	1481,80	816,00	408,00	1710,00	855,00	2744,80	45,7%
6100	1522,74	829,60	414,80	1738,50	869,25	2806,79	46,0%
6200	1562,24	350,00	175,00	1721,60	860,80	2598,04	41,9%
7000	1896,12	350,00	175,00	1936,00	968,00	3039,12	43,4%
8000	2347,80	350,00	175,00	2204,00	1102,00	3624,80	45,3%
9000	2838,63	350,00	175,00	2257,60	1128,80	4142,43	46,0%

Annahmen: Bei einem Einkommen über 6150 DM ist der Arbeitnehmer privat kranken- und pflegeversichert. Der monatliche Beitrag beträgt 350 DM für die private Krankenversicherung und 60 DM für die private Pflegeversicherung. Der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 13,6%.

kennen kann, ist die relative Belastung eines Einkommens von 6100 DM mit Steuern und Abgaben unter den genannten Voraussetzungen höher als die Belastung irgendeines Arbeitnehmereinkommens zwischen 6200 DM und 9000 DM im Monat. Alle Arbeitnehmer dieser Einkommensklasse werden gegenüber einem Arbeitnehmer mit einem Einkommen von 6100 DM im Monat bei der Festlegung von Steuern und Abgaben bevorzugt, ohne daß dies sinnvoll zu rechtfertigen wäre.

Die Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze haben aber nicht nur den Vorteil einer geringeren Abgabenbelastung, auch hinsichtlich der Qualität der Leistungen werden sie bevorzugt: Diese Personen können die besseren Leistungen der privaten Krankenversicherung in Anspruch nehmen, während Arbeitnehmer unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze, die relativ stärker belastet sind, die schlechteren Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten.

Schiefelage im derzeitigen System

Allerdings können Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben, falls sie es für vorteilhaft halten. Es wurde bereits gezeigt, daß Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung auch bei hohen Einkommen immer zu den Nettoempfängern gehören, wenn ein Ehegatte und mindestens zwei Kinder mitversichert sind (vgl. Tabelle 1). Generell gilt: Je größer die mitversicherte Familie eines Arbeitnehmers mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, daß er von einer privaten Versicherung eine für ihn günstigere Krankenversicherung erhalten kann als von der gesetzlichen Versicherung. Im bestehenden System wird also nicht nur die Krankenversicherung der Familien von Beziehern niedriger Arbeitseinkommen, sondern auch die Krankenversicherung der Familien von vielen Beziehern hoher Arbeitseinkommen subventioniert.

Zu einer völlig absurden Situation führt dieses System für Arbeitnehmer, die zum ersten Mal in ihrem Leben oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze verdienen. Sie müssen sich entscheiden, ob sie in Zukunft privat oder gesetzlich krankenversichert sein wollen. Sie wissen aber häufig noch nicht, ob sie in

der Zukunft eine Familie haben werden, die den Verbleib in der gesetzlichen Versicherung für sie lohnend macht. Die Entscheidung wird aber in der Regel für das ganze Leben getroffen und sollte auch nicht verschoben werden, denn die Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung steigen mit zunehmendem Eintrittsalter. Der Zwang zu dieser Entscheidung widerspricht jeder rationalen Sozialpolitik: Die Sozialleistung einer günstigen Familienversicherung wird nur solchen Personen gewährt, die bereits zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Art der Krankenversicherung eine Familiengründung durchgeführt oder geplant hatten.

Eine weitere Schiefelage des derzeitigen Systems ergibt sich aus der Tatsache, daß nur Arbeitnehmer-einkommen als Bemessungsgrundlage für den Beitrag dienen. Alle Mitglieder, deren versicherungspflichtiges Einkommen unterhalb der Werte in der ersten Spalte von Tabelle 1 liegt, werden von den übrigen Mitgliedern der Solidargemeinschaft der versicherten Arbeitnehmer subventioniert. Bei sehr niedrigen versicherungspflichtigen Einkommen ist diese Subvention sogar recht erheblich. Die Beschränkung auf das versicherungspflichtige Einkommen berücksichtigt nicht, daß einige dieser Mitglieder neben einem niedrigen Einkommen als Arbeitnehmer ein hohes Einkommen aus anderen Quellen haben – daß diese Mitglieder also in keiner Weise bedürftig sind und möglicherweise über ein viel höheres Einkommen verfügen als die Arbeitnehmer, die Nettozahler in ihrer Krankenversicherung sind.

Ein Reformvorschlag

Was wäre nun der einfachste Weg, die Ungerechtigkeiten und Seltsamkeiten bei der Umverteilung im Rahmen des Krankenversicherungssystems zu beseitigen? Hier ein Reformvorschlag: Die Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen werden in der bereits beschriebenen Weise kalkuliert. Dabei ergeben sich bei jeder Krankenkasse eigene Beitragssätze, so daß sich die Beiträge bei den verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen auch in Zukunft unterscheiden. In der gesetzlichen Krankenversicherung findet in Zukunft keine Umverteilung von Einkommen zugunsten von Niedrigverdienern und Personen mit Kindern und Ehegatten mehr statt. Die bisher von der Krankenversicherung durchgeführten Umverteilungsmaßnahmen werden stattdessen, wie andere entsprechende Umverteilungsmaßnahmen auch, im Rahmen der Einkommensteuer und des Kindergelds durchgeführt. Dabei wird die Benachteiligung von Arbeitnehmern unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze und die Be-

⁴ Es wurde ein mittlerer Betrag gewählt. Ein dreißigjähriger gesunder Mann erhält derzeit eine private Krankenversicherung (Krankenkosten- und Krankentagegeldversicherung) erheblich billiger, wenn er eine gewisse Selbstbeteiligung akzeptiert. Eine dreißigjährige Frau muß dagegen bei vielen Versicherern deutlich mehr zahlen.

vorzuzugung von Arbeitnehmern oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und von Selbständigen beseitigt.

Im einzelnen heißt dies:

Das Kindergeld wird um den durchschnittlichen Krankenversicherungsbeitrag für Kinder, also derzeit 150 DM, erhöht. Dies führt dazu, daß die Krankheitskosten der Kinder von gesetzlich Versicherten, wie im derzeitigen System, nicht von den Eltern getragen werden müssen.

Zum Stichtag der Umstellung wird der bisherige Arbeitgeberanteil am Krankenversicherungsbeitrag durch gesetzliche Festlegung in eine Erhöhung des Bruttoeinkommens der Arbeitnehmer umgewandelt. Es wird ein neuer Einkommensteuertarif angewandt, der sich auf das neue höhere Bruttoeinkommen bezieht. Dieser Einkommensteuertarif wird so gestaltet, daß das Nettoeinkommen nach Berücksichtigung von Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen und Kindergeld für Arbeitnehmer unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze höher ist als im derzeitigen System, und für Steuerpflichtige oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze niedriger ist als im derzeitigen System. Der enorme Belastungssprung beim Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in Tabelle 2 würde verschwinden.

Außerdem ist es erforderlich, daß Versicherungspflichtige, die so wenig verdienen, daß sie keine Einkommensteuer zahlen, einen einkommensabhängigen Zuschuß zur Krankenversicherung erhalten, damit auch diese Gruppe nicht stärker als im derzeitigen System belastet wird. Dieser Zuschuß tritt an die Stelle der besonders billigen Krankenversicherung für niedrige Einkommen im bisherigen System. Im Gegensatz zum derzeitigen Zustand kommt dieser Vorteil nicht mehr allen Personen mit einem niedrigen Arbeitnehmereinkommen, sondern nur Personen mit einem niedrigen Gesamteinkommen zugute. Dieser Zuschuß sollte zweckmäßigerweise über die Finanzämter ausgezahlt werden. Der entstehende Mehraufwand bei der Verwaltung läßt sich rechtfertigen, weil anders als im derzeitigen System sichergestellt wird, daß nur tatsächlich bedürftige Haushalte eine subventionierte Krankenversicherung erhalten.

Die drei genannten Maßnahmen (höheres Kindergeld, geänderter Einkommensteuertarif, Zuschuß zur Krankenversicherung für niedrige Einkommen) müssen so aufeinander abgestimmt werden, daß sie für den Staatshaushalt insgesamt kostenneutral sind.

Das Einkommensteueraufkommen insgesamt mußte sich allerdings erhöhen, weil aus dem Steuerauf-

kommen zusätzlich das höhere Kindergeld und der Zuschuß zur Krankenversicherung für niedrigere Einkommen finanziert werden muß. Für die Gruppe der steuerpflichtigen Arbeitnehmer unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze ergäbe sich trotz der höheren Steuern eine Entlastung, weil gleichzeitig ihre Krankenversicherungsbeiträge sinken. Die damit verbundene Mehrbelastung von Arbeitnehmern oberhalb der Bemessungsgrenze und von Selbständigen ist unvermeidlich, wenn beabsichtigt ist, daß die Krankheitskosten der Mitversicherten und Geringverdiener nicht wie derzeit nur von den versicherungspflichtigen Arbeitnehmern, sondern von allen Steuerpflichtigen nach ihrer Leistungsfähigkeit getragen werden. Die Erhöhung des Steueraufkommens zeigt in diesem Fall keine Vermehrung der Staatstätigkeit an. Sie bedeutet lediglich, daß Sozialleistungen, die bisher innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung abgewickelt wurden, jetzt offen als Teil des Staatshaushalts ausgewiesen werden.

Die Familienleistungen für Arbeitnehmer oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze wären in diesem System unabhängig davon, ob sich der Arbeitnehmer für eine private oder eine gesetzliche Krankenversicherung entscheidet. Die Betroffenen müßten ihre Entscheidung über die Art der Krankenversicherung nicht mehr in erster Linie aufgrund ihrer Vermutungen über ihre zukünftige Familiengröße fällen.

Die hier vorgeschlagene Reform beseitigt nicht nur die offensichtlichen Mängel bei der Umverteilung im Rahmen des derzeitigen Krankenversicherungssystems, sie hat auch weitere günstige Folgen:

Weitergehende Reformen des deutschen Steuer-Transfer-Systems werden wesentlich erleichtert.

Das Äquivalenzprinzip gilt erstmals für die Beiträge der gesetzlichen Versicherung, gesetzliche und private Krankenversicherung werden besser vergleichbar. Eine Weiterentwicklung der Abgrenzung zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen wird ermöglicht.

Auch Reformen auf der Leistungsseite der gesetzlichen Krankenversicherung werden wesentlich erleichtert.

Reform des Steuer-Transfer-Systems

Der Reformvorschlag führt zunächst zu einer größeren Transparenz des deutschen Steuer-Transfer-Systems: Die Umverteilungswirkungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die derzeit selbst vielen Fachleuten unklar sind, wären bei einer Durchführung

im Rahmen der Einkommensteuer und des Kindergeldes und mit einem Zuschuß zur Krankenversicherung leichter zu erkennen. Bisher wurden bei Diskussionen über die Weiterentwicklung des deutschen Steuer-Transfer-Systems die Verteilungswirkungen der gesetzlichen Krankenversicherung häufig völlig übersehen.

Der Reformvorschlag verzichtet bewußt darauf, die Umverteilungswirkungen des derzeit bestehenden Krankenversicherungssystems mehr als unvermeidlich zu verändern. Durch die Überführung der Verteilungswirkungen des derzeitigen Krankenversicherungssystems in das allgemeine Steuer-Transfer-System wurde lediglich die Benachteiligung von Arbeitnehmereinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze gegenüber anderen Einkommen beseitigt.

Diese bewußte Beschränkung auf die Beseitigung von offensichtlichen Ungerechtigkeiten des bestehenden Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung schließt natürlich nicht aus, daß bei der Umstellung oder im Anschluß an die Umstellung des Krankenversicherungssystems weitergehende Veränderungen des Steuer-Transfer-Systems erfolgen. Ein weiterer Nutzen der hier vorgeschlagenen Reform ist es, daß der Gesetzgeber größere Flexibilität bei der Gestaltung der Verteilungspolitik erhält.

In den letzten zehn Jahren wurde immer wieder vorgeschlagen, für mitversicherte Ehegatten einen eigenen Beitrag zu erheben, weil die Subventionierung dieser Personengruppe im bestehenden Krankenversicherungssystem zu groß sei. Es ist allerdings nicht möglich, einen solchen Beitrag in das derzeitige Beitragssystem einzuführen, ohne neue Ungerechtigkeiten zu erzeugen: Wenn in dem bestehenden System für Ehegatten ein eigener Beitrag erhoben würde, wäre der Gesamtbeitrag zur Krankenversicherung für ein Ehepaar, bei dem nur ein Partner arbeitet, bei gleichen Gesamteinkommen höher als bei einem Ehepaar, bei dem beide Partner arbeiten. Wenn dagegen die Subventionierung von nicht arbeitenden Ehegatten in die Einkommensteuer überführt wird, kann der Gesetzgeber das Ausmaß dieser Subventionierung jederzeit in übersichtlicher Weise anders festlegen⁵.

Ebenso erzwingt das derzeitige Steuer-Abgabensystem in Deutschland eine relativ hohe Belastung von niedrigen Einkommen mit Sozialversicherungsbeiträgen neben der Einkommensteuer. Die durchschnittliche Belastung von alleinstehenden Arbeitnehmern ist in der letzten Spalte von Tabelle 2 wiedergegeben. Die Grenzbelastung von alleinstehenden Arbeitnehmern ist noch viel höher. Sie liegt fast bei

jedem Einkommen zwischen 2000 DM und 8000 DM im Monat über 50%, wenn man die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung als Einkommensbestandteil wertet, sogar über 60%. Wenn die Umverteilung, die bisher in der Krankenversicherung erfolgte, nicht mehr über einkommensproportionale Krankenversicherungsbeiträge, sondern im Rahmen des Einkommensteuertarifs vorgenommen würde, hätte der Gesetzgeber in Zukunft mehr Spielraum, diese zu hohe Belastung niedriger Arbeitnehmereinkommen zu korrigieren.

Abgrenzung von GKV und PKV

Ein weiterer wichtiger Vorteil der hier vorgeschlagenen Reform ist es, daß das Äquivalenzprinzip auch für die gesetzliche Krankenversicherung gültig wird: Die Beitragshöhe von rund 290 DM entspricht annähernd der Höhe der lebenslangen Krankheitskosten eines Versicherten. Das Beitragssystem ist so einfach, daß es für jeden verständlich ist. Die Beiträge für gesetzliche und private Versicherungen werden wesentlich besser vergleichbar.

Die Kostenunterschiede zwischen verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen spiegeln sich in voller Höhe in dem Beitrag, der für jeden einzelnen Versicherten bezahlt werden muß. Dies wird den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Versicherungen intensivieren, da sich der Anreiz für die Versicherten, eine kostengünstige Krankenkasse zu wählen, erheblich verstärkt.

Auch im derzeitigen System ist es möglich, daß ein gesetzlich Versicherter, der ein besseres Leistungsniveau wünscht, eine private Zusatzversicherung abschließt, oder daß ein privat Versicherter, der ein niedriges Leistungsniveau wünscht, eine billigere private Versicherung auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung abschließt. Allerdings zahlen die gesetzlich Versicherten, die über einen gewissen finanziellen Spielraum verfügen, bereits einen hohen Beitrag zur Krankenversicherung, so daß sie nur noch wenig motiviert sind, eine Zusatzversicherung abzuschließen. Auf der anderen Seite ist es derzeit für privat versicherte Arbeitnehmer nicht rational, eine billige Versicherung mit niedrigem Leistungsniveau abzuschließen, weil die Einsparungen zur Hälfte dem Arbeitgeber zugute kommen würden, so daß eine Verbesserung des Gesamtnutzens des privat versicherten

⁵ Für eine Darstellung dieses Problemkreises siehe F. Breyer: „Beitragsfreie Mitversicherung“ und „Familienlastenausgleich“ in der GKV: ein populärer Irrtum, in: Konjunkturpolitik, 43. Jg. (1997), H. 3, S. 213-223.

cherten Arbeitnehmers auf diese Weise kaum erreicht werden kann. Die hier vorgeschlagene Reform würde dazu führen, daß Arbeitnehmer, mehr als im derzeitigen System, das Niveau und die Kosten ihres persönlichen Krankenversicherungsschutzes (oberhalb des gesetzlich vorgeschriebenen Mindestschutzes) nach ihren persönlichen Präferenzen für mehr oder weniger Krankenversicherungsschutz bestimmen würden.

Als weiterer Schritt wäre es möglich, die Trennung zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen teilweise aufzuheben. Die privaten Versicherungen könnten die Möglichkeit erhalten, gleichzeitig als gesetzliche Krankenversicherung tätig zu werden, während die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit erhielten, selbst private Zusatzkrankenversicherungen anzubieten. Selbstverständlich würde dies bedeuten, daß private Versicherungen, die auch als gesetzliche Versicherungen tätig sein wollen, allen zur gesetzlichen Krankenversicherung berechtigten Personen die gesetzlich vorgeschriebene Mindestleistung zum gleichen Tarif anbieten müßten (Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot). Auch müßten solche privaten Versicherungen mit ihrem gesetzlichen Teil am Risikostrukturausgleich teilnehmen. Im Ergebnis würden sowohl bisher gesetzliche als auch bisher private Versicherungen die gesetzlich vorgeschriebene Grundkrankenversicherung und freiwillige Zusatzversicherungen anbieten.

Außerdem könnte man die Koppelung des Rechts auf Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung an die Arbeitnehmereigenschaft beseitigen. Zwar haben die Ausnahme- und Sonderbestimmungen im Krankenversicherungsrecht dazu geführt, daß es mittlerweile für fast jede Person mit geringem Einkommen einen Weg in die gesetzliche Krankenversicherung gibt, aber es gibt immer noch Ausnahmen.

Der weitestgehende Schritt wäre natürlich die Krankenversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung und das Recht für jeden, die gesetzlich vorgeschriebene Mindestsicherung bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung seiner Wahl abzuschließen. Dies würde voraussetzen, daß die Methoden der Beitragserhebung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung für den Bereich der gesetzlich vorgeschriebenen Grundsicherung langfristig vollständig aneinander angeglichen werden. Derzeit ist es in Deutschland wohl kaum möglich, einen Konsens darüber zu erzielen, in welcher Weise eine solche Angleichung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung durchgeführt werden sollte.

Reform des Leistungsumfangs

In den letzten Jahren wurde in regelmäßigen Abständen der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gekürzt, und vermutlich werden auch zukünftig Leistungskürzungen nicht zu vermeiden sein. Derzeit ist eine zielgerichtete Diskussion darüber, ob bestimmte Leistungen zu der Mindestsicherung gehören sollen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt ist, sehr schwierig, weil im gegenwärtigen Krankenversicherungssystem jede Leistungskürzung als unsozial empfunden wird. Dies liegt daran, daß die erreichten Einsparungen vor allem Mitgliedern mit höherem Arbeitseinkommen zugute kommen, während gleichzeitig die Leistungskürzung nur solche Versicherte trifft, die die von der Kürzung betroffenen Leistungen in Anspruch nehmen.

Im hier vorgeschlagenen Beitragssystem hätten auch Mitglieder mit niedrigem Arbeitseinkommen und einer großen Familie ein Interesse an der Kürzung von Leistungen, wenn deren medizinischer Wert fragwürdig ist, denn die dadurch erreichten Beitragseinsparungen kämen auch ihnen in vollem Umfang zugute. Die Versichertengemeinschaft wäre in viel stärkerem Ausmaß als bisher eine echte Solidargemeinschaft, weil alle Versicherten in gleichem Ausmaß an größtmöglicher Effizienz bei der Leistungserbringung interessiert wären.

In einem reinen Versicherungssystem wäre es aber auch möglich, die Interessen von Personen, die auf wegfallende Leistungen angewiesen sind, besser zu berücksichtigen. Durch Leistungskürzungen wird regelmäßig in bestehende Krankenversicherungsverträge eingegriffen; die Versicherten sind davon jedoch in höchst ungleicher Weise betroffen: Während die Versicherten mit durchschnittlichem Krankheitsrisiko auch heute schon die Möglichkeit haben, die weggefallenen Leistungen durch eine private Zusatzversicherung weiter zu erhalten, werden Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko Schwierigkeiten haben, die weggefallenen Leistungen privat zu versichern. Der Gesetzgeber räumt sich sozusagen selbst ein einseitiges Sonderkündigungsrecht für einzelne Versicherungsleistungen ein; der gesetzlich Versicherte, der gerade diese Leistung besonders benötigt, kann möglicherweise den Wegfall der Leistungen nicht durch eine private Versicherung kompensieren.

Im hier vorgeschlagenen System sind solche Kürzungen des Leistungsumfangs weniger problematisch. Jedesmal, wenn der Gesetzgeber den gesetzlichen Leistungsumfang vermindert, könnte er den Versicherten ein Wahlrecht einräumen, die Versiche-

zung der gestrichenen Leistungen beizubehalten. Für Versicherte, die Leistungen beibehalten wollen, wird dann ein entsprechend höherer Beitrag kalkuliert. Durch eine solche Vorgehensweise würde bei der gesetzlichen Krankenversicherung allmählich ein System entstehen, bei dem der Umfang der Versicherung bis zu einem gewissen Grad von den Wünschen der Versicherten abhängt.

Ähnliches gilt für die Option einer Zuwahl oder einer Abwahl einzelner Leistungsbereiche. Im derzeitigen Beitragssystem ist es ein sehr schwieriges Problem, wie bei einer Zu- oder Abwahl die Mehr- oder Minderbeiträge für die Versicherten gestaltet werden sollten⁶. Im hier vorgeschlagenen reinen Versicherungssystem wären solche Mehr- und Minderbeiträge einfach einzubauen.

Schlußbemerkung

Der beschriebene Reformvorschlag ist nicht neu. Den meisten Ökonomen, die auf dem Gebiet der Krankenversicherung forschen, ist die Problematik wohl bekannt und auch die hier aufgezeigte Lösungsmöglichkeit klar. Dennoch ist der Vorschlag in der politischen Diskussion bisher nicht aufgetaucht und spielte bis vor zwei Jahren auch in der wissenschaftlichen Diskussion keine wesentliche Rolle.

In jüngster Vergangenheit haben sich allerdings P. F. Lutz und U. Schneider⁷ sowie F. Breyer⁸ für eine Herausnahme von Umverteilungsaufgaben aus der gesetzlichen Krankenversicherung und deren Durchführung im Rahmen des Steuer-Transfer-Systems ausgesprochen. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat in seinem Jahresgutachten 1996/97 grundsätzlich eine Ausgliederung der Umverteilungsaufgaben aus der gesetzlichen Krankenversicherung empfohlen. Der Sachverständigenrat verbindet dieses Votum allerdings mit dem Vorschlag, die Trennung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vollständig aufzuheben⁹. Die Verknüpfung dieser beiden Vorschläge ist allerdings nicht zwingend. Die vollständige Aufhebung der Trennung von privater und gesetzlicher Versicherung ist mit enormen und kurzfristig nicht lösbaren Umstellungsproblemen behaftet und dürfte in Deutschland nicht konsensfähig sein. Dagegen ist die Ausgliederung der Umverteilungsaufgaben aus der gesetzlichen Krankenversicherung auch als isolierte Reform möglich.

Es gibt mehrere Gründe, warum das Beitragssystem der gesetzlichen Krankenversicherung bisher in der wissenschaftlichen und der politischen Diskussion nur wenig problematisiert worden ist:

Der einkommensabhängige Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wird häufig schon deshalb für selbstverständlich gehalten, weil auch die beiden anderen großen Zweige der Sozialversicherung, die Rentenversicherung und die Arbeitslosenversicherung, einkommensabhängige Beiträge erheben. Dabei wird nicht bedacht, daß bei der Rentenversicherung fast alle Leistungen einkommensabhängig sind und bei der Arbeitslosenversicherung der größere Teil des Leistungsvolumens, während die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bis auf wenige Ausnahmen für alle Versicherten gleich und nicht vom Einkommen abhängig sind.

Ein weiterer Grund für die allgemeine Zurückhaltung bei diesem Thema ergibt sich daraus, daß bei einer Ausgliederung der Umverteilungsaufgaben aus der gesetzlichen Krankenversicherung eine Reduzierung des gesamten Umverteilungsvolumens befürchtet wird.

Der Hauptgrund für die bisherige Vernachlässigung des Themas dürfte aber darin liegen, daß die ökonomische Gestaltung der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung viel problematischer ist als die Beitragserhebung. Ökonomen, die sich mit der Reform des deutschen Krankenversicherungssystems beschäftigen, interessieren sich in erster Linie für eine Verbesserung des Anreizsystems bei den Leistungserbringern, während das Problem einer vernünftigen Beitragsgestaltung für sie nur eine nachgeordnete Bedeutung hat.

Zur Zeit sieht es nicht so aus, als ob die Probleme auf der Leistungsseite der gesetzlichen Krankenversicherung bereits in den nächsten Jahren eine befriedigende Lösung finden werden. Dies ist allerdings kein Grund, die Probleme auf der Beitragsseite, für die es vernünftige Lösungen gibt, zu vernachlässigen. Viele Probleme der Krankenversicherung sind meines Erachtens viel leichter zu behandeln, wenn die Krankenversicherung von Umverteilungsaufgaben befreit wird, und die Verteilungspolitik ist besser außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung angesiedelt.

⁶ Zu dieser Frage vgl. z.B. S. Böhm, K. Jacobs, P. Reschke: Notwendigkeiten und Möglichkeiten eines Umbaus der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf 1996, S. 83 - 96.

⁷ P. F. Lutz, U. Schneider, aa.O.

⁸ F. Breyer: Das deutsche Gesundheitswesen - ein Exportmodell? Wettbewerb der Gesundheitssysteme, in: K. Merke (Hrsg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen?, Berlin 1997, S. 301-302.

⁹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Reformen voranbringen, Jahresgutachten 1996/97, Ziffern 431-432, 440-445. Vgl. hierzu auch I. Merten, O. Pallentien: Auf dem Weg zu einer effizienten Krankenversicherung, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 77. Jg. (1997), H. 3, S. 141-147.