

Bork, Christhart; Gasche, Martin

Article — Published Version

Ökonomische Wirkungen einer Finanzierungsreform im Gesundheitswesen

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Bork, Christhart; Gasche, Martin (2003) : Ökonomische Wirkungen einer Finanzierungsreform im Gesundheitswesen, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 83, Iss. 12, pp. 768-776

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/42087>

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.

Christhart Bork, Martin Gasche*

Ökonomische Wirkungen einer Finanzierungsreform im Gesundheitswesen

Im Sommer hat die Rürup-Kommission zwei Entwürfe zu einer Reform der Finanzierungsseite des Gesundheitssystems vorgelegt. In der politischen Diskussion ist seitdem eine Debatte entbrannt über die künftige Beitragsbemessung und den künftigen Versichertenkreis in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Welche ökonomischen Auswirkungen haben die diskutierten Reformansätze im Hinblick auf Allokation und Distribution?

Das von der Bundesregierung und der Opposition ausgehandelte GKV-Modernisierungsgesetz hat die Erwartungen, die noch zu Anfang des Jahres in die angekündigte große Gesundheitsreform gesetzt wurden, nicht erfüllt¹. Die tatsächlich umgesetzte Reform blieb sogar noch hinter dem von der Bundesregierung im Juni vorgelegten, dann aber zurückgezogenen Gesetzentwurf zurück. In der Öffentlichkeit ging die Diskussion um eine grundlegende Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unvermindert weiter. Im Mittelpunkt dieser Diskussion stehen immer wieder die Bürgerversicherung und das Gesundheitsprämienmodell – nicht zuletzt deshalb weil die Rürup-Kommission diese beiden Modelle als gleichberechtigte Reformalternativen vorgeschlagen hat und sich nicht auf ein Modell festlegen wollte.

Begriffsklärung

Die öffentliche Diskussion leidet jedoch unter einer gewissen Begriffsverwirrung, da unter dem gleichen Begriff oft völlig verschiedene Dinge verstanden werden. Zur Begriffsklärung ist eine Kategorisierung nach den beiden wichtigsten Unterscheidungskriterien sinnvoll:

- die Art der Beitragsbemessung und
- der Umfang des Versichertenkreises.

Gemäß diesen beiden Kriterien kann man vier Grundtypen eines GKV-Finanzierungssystems unterscheiden: den Status quo, eine Bürgerversicherung, eine Gesundheitsprämie und eine Bürgerprämie (vgl. Übersicht).

Dr. Christhart Bork, 35, und Dr. Martin Gasche, 33, sind Wissenschaftliche Mitarbeiter im Stab des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Sie vertreten in diesem Beitrag ihre persönliche Auffassung.

Das derzeitige GKV-System (Status quo) ist dadurch charakterisiert, dass (lohn)einkommensproportionale Beiträge erhoben werden. Bestimmte soziale Gruppen, wie Beamte und Selbständige, sind nicht versicherungspflichtig. Für Arbeiter und Angestellte besteht bis zu einem Jahreseinkommen von derzeit 3 825 Euro monatlich eine Versicherungspflicht; jenseits dieser Versicherungspflichtgrenze können die Versicherten die GKV verlassen und in eine private Krankenversicherung wechseln.

In dem von der Rürup-Kommission vorgeschlagenen Modell der Bürgerversicherung wird die Einkommensbezogenheit der Beiträge beibehalten und sogar noch ausgeweitet, indem nicht nur Jahreseinkommen und Renten, sondern auch Vermögenseinkommen wie Zinsen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Einkommen aus selbständiger und freiberuflicher Tätigkeit als Bemessungsgrundlage für die Beitragserhebung dienen sollen. Der Versichertenkreis soll im Vergleich zum Status quo um Selbständige und Beamte erweitert werden, und langfristig soll auch die Versicherungspflichtgrenze beseitigt werden, so dass letztlich die gesamte Wohnbevölkerung, also alle Bürger versicherungspflichtig sind.

Sowohl der Status quo als auch die Bürgerversicherung haben gemein, dass ein sozialer Ausgleich in Form einer Umverteilung zwischen Versicherten mit höheren Einkommen und Versicherten mit geringeren Einkommen innerhalb der GKV erfolgt. Der Beitrag wird – zumindest bis zur Beitragsbemessungsgrenze – nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip erhoben, und in ihm ist eine Umverteilungskomponente enthalten, die dem individuellen Beitrag zum Teil einen steuerähnlichen Charakter verleiht.

* Für wertvolle Hinweise danken wir Dr. Martin Albrecht, Dr. Stefan Wirths sowie Jens Ulbrich.

¹ Vgl. S. Felder, A. Olbrich: Der Entwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz: zaghaft und widersprüchlich, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 83. Jg. (2003), H. 6, S. 359 ff.

KRANKENVERSICHERUNG

Grundtypen der Finanzierungssysteme

Versichertenkreis	Art der Beitragsbemessung	
	einkommensabhängig	einkommensunabhängig
Mit Versicherungspflichtgrenze, ohne Beamte und Selbständige	Status quo	Gesundheitsprämie (Rürup-Kommission, SVR)
Keine Versicherungspflichtgrenze, Einbezug von Beamten und Selbständigen	Bürgerversicherung (Rürup-Kommission)	Bürgerprämie

Das von der Rürup-Kommission als Alternative und auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung vorgeschlagene Modell der Gesundheitsprämie geht von der Lohnbezogenheit der Beiträge ab und erhebt einheitliche Pauschalbeiträge, die dem durchschnittlichen Anteil eines erwachsenen Versicherten an den Gesamtausgaben seiner Krankenkasse entsprechen. Diese Pauschalprämien können von Krankenkasse zu Krankenkasse differieren. Hinsichtlich des Versichertenkreises gibt es keinen Unterschied zum Status quo: Es existiert eine einkommensbezogene Versicherungspflichtgrenze, bei deren Überschreiten ein Wechsel zur privaten Krankenversicherung (PKV) möglich ist, und Beamte und Selbständige sind nicht in der GKV versicherungspflichtig.

Der vierte Grundtyp kann als Bürgerprämie bezeichnet werden. Der Beitrag ist wie im Gesundheitsprämienmodell ein einkommensunabhängiger Pauschalbetrag, der den durchschnittlichen Gesamtausgaben je erwachsenen Versicherten der jeweiligen Krankenkasse entspricht. Im Gegensatz zum Gesundheitsprämienmodell werden im Bürgerprämienmodell auch Beamte und Selbständige versicherungspflichtig, und die Versicherungspflichtgrenze wird abgeschafft, so dass auch hier letztlich alle Bürger in die GKV einbezogen werden.

Bürgerprämie und Gesundheitsprämienmodell haben gemein, dass der soziale Ausgleich nicht innerhalb der GKV, sondern über das Steuer- und Transfersystem vorgenommen wird. Da die einheitliche Kopfpauschale unabhängig vom Einkommen der Versicherten gleich hoch ist, würde es für Personen mit niedrigen Einkommen eine unzumutbare soziale Härte darstellen, wenn sie die Pauschalprämie gänzlich selbst zahlen müssten. Deshalb ist ein staatlicher Zuschuss erforderlich. Das Zuschusssystem kann unterschiedlich ausgestaltet werden. Die Rürup-Kommission schlägt im Rahmen des Gesundheitsprämienmodells vor, dass der Versicherte dann einen Zuschuss erhält, wenn die Pauschale einen bestimmten Prozentsatz des gesamten Bruttoeinkommens (Eigenanteilssatz) übersteigt. Der Zuschussbetrag ergibt sich aus der Differenz zwischen der über alle Kassen durchschnittlichen Pauschalprämie und dem Eigenanteil.

Alle drei Alternativen zum Status quo werden nachfolgend hinsichtlich ihrer Allokationswirkungen und Distributionswirkungen untersucht. Um eine solche Analyse vornehmen zu können, müssen für die Modelle allerdings bestimmte Annahmen getroffen werden.

Gesundheitsprämie

Im Modell der Gesundheitsprämie zahlt jede erwachsene Person, die in der GKV versichert ist, eine kasseneinheitliche pauschale Gesundheitsprämie, Kinder werden – wie bisher – beitragsfrei mitversichert. Für die Analyse der Aufkommens- und Verteilungswirkungen wird analog zur bisherigen Finanzierung eine Durchschnittsprämie angenommen; sie beträgt 210 Euro monatlich für jeden erwachsenen Versicherten. Der bisherige Arbeitgeberbeitrag bzw. der Zuschuss der Rentenversicherungsträger zur GKV wird für alle abhängig Beschäftigten und Rentner unabhängig von der Form ihres Krankenversicherungsstatus als Bruttolohn bzw. Bruttorente ausbezahlt, versteuert und auch für die anderen Sozialversicherungszweige verarbeitet².

Bei unverändertem Ausgabenniveau in den anderen Sozialversicherungszweigen kann der Beitragsatz dort entsprechend gesenkt werden. Dadurch wird für Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei Ausschüttung des Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung eine Belastungsneutralität im Hinblick auf die Sozialversicherungsabgaben gewährleistet. Hieraus ergibt sich eine Beitragssatzsenkung um insgesamt 1,66 Beitragssatzpunkte³.

Zusätzliche Belastungen entstehen für den Versicherten im Wesentlichen durch die Besteuerung der Arbeitgeberanteile. Diese gemäß der individuellen Leistungsfähigkeit aufgebrauchten Mittel dienen der Finanzierung des sozialen Ausgleichs, der in Form von Prämienzuschüssen für Versicherte mit niedrigem Einkommen vorgenommen wird⁴.

² Für Beamte und Pensionäre wird ein fiktiver Zuschuss des Arbeitgebers in Höhe des halben Beitrags zur Privaten Krankenversicherung bzw. maximal des halben Höchstbeitrags zur Gesetzlichen Krankenversicherung unterstellt. Die Regelungen zum Sonderausgabenabzug in der Einkommensteuer bleiben unverändert.

³ 1,17 Punkte in der Gesetzlichen Rentenversicherung, 0,39 Punkte in der Arbeitslosenversicherung und 0,10 Punkte in der Sozialen Pflegeversicherung.

Im Folgenden wird ein linearer Tarif mit einem zumutbaren Eigenanteil von 13,3% des gesamten Bruttoeinkommens unterstellt⁵.

Die Grenzen, ab denen kein Zuschuss mehr gezahlt wird, liegen bei einer pauschalen Gesundheitsprämie von monatlich 210 Euro bei rund 1 580 Euro. Für höhere Einkommen übersteigt der zumutbare Eigenanteil die Höhe der pauschalen Gesundheitsprämie. Bei einer Gesundheitsprämie von 210 Euro beträgt das Ausgleichsvolumen 28 Mrd. Euro, wovon 18,6 Mrd. Euro durch die Ausschüttung und Versteuerung der Arbeitgeberbeiträge aufgebracht werden können. Es wird angenommen, dass der Rest durch eine Anhebung des Solidaritätszuschlags um 4,5 Prozentpunkte finanziert wird.

Bürgerversicherung

Das von der Rürup-Kommission vorgeschlagene Modell der Bürgerversicherung umfasst drei zentrale Komponenten⁶, die hauptsächlich auf eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage der GKV, also auf eine Erhöhung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen, abzielen.

- Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkommensarten.
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung in Westdeutschland in Höhe von 5 100 Euro.
- Erweiterung der Versicherungspflicht in der GKV durch Einbeziehung von Beamten, Selbständigen und Landwirten sowie eine generelle Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze.

Die Beitragsbemessungsgrundlage der GKV wird im Modell der Bürgerversicherung für alle Versicherten um zwei zusätzliche Einkommensarten erweitert. Neben dem Einkommen aus abhängiger Beschäftigung werden zusätzlich „Arbeitseinkommen“ und „Vermögenseinkommen“ als weitere Einkommensarten in die Beitragspflicht der Bürgerversicherung einbezogen.

Das „Arbeitseinkommen“ umfasst die nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelten Gewinne aus Land- und Forstwirtschaft, selbständiger Arbeit bzw. Gewerbebetrieb. Diese Arbeitseinkommen werden dem Bruttoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit gleichgestellt und dem vollen Beitragssatz unterworfen. Im Falle der Arbeitseinkommen aus nichtselbständiger Arbeit zahlen die Arbeitgeber weiterhin einen Arbeitgeberbeitrag, der sich aus der Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf das Bruttoarbeitseinkommen ergibt.

Die „Vermögenseinkommen“ umfassen Einkünfte aus Kapitalvermögen und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung jeweils nach Abzug der Werbungskosten. Auf Vermögenseinkommen wird analog zu den oben definierten „Arbeitseinkommen“ der volle Beitragssatz erhoben. Sowohl im Rahmen der Ermittlung des „Arbeitseinkommens“ als auch des „Vermögenseinkommens“ wird ein horizontaler Verlustausgleich zwischen diesen einzelnen Einkommensarten ausgeschlossen. Dies bedeutet, dass ausschließlich positive Einkommen in die Beitragsermittlung einfließen. Der Verlustausgleich als elementarer Bestandteil des Einkommensteuerrechts ist im Sozialrecht nicht vorgesehen.

Die zweite Komponente sieht die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze der GKV von derzeit 3 450 Euro je Monat auf 5 100 Euro je Monat vor. Die Beitragsbemessungsgrenze soll für jede Person mit eigenen, beitragspflichtigen Einnahmen (Lohn/Gehalt, Renten, Kapitaleinkünfte, Miete/Pacht) gelten. Das gesamte Einkommen aus unterschiedlichen Quellen wird bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen. Die dritte Komponente sieht die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und eine Erweiterung der Versicherungspflicht auf Beamte und Selbständige vor. Die gesamte Wohnbevölkerung wäre gleichsam in einer Volksversicherung obligatorisch versichert. Eine Private Krankenversicherung als Vollversicherung würde damit (zumindest in ihrer bisherigen Form) ausgeschlossen.

Die Auswirkungen der Bürgerversicherung werden in zwei Schritten simuliert. Der erste Schritt umfasst die beiden ersten Komponenten, das heißt eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten und eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf einheitlich 5 100 Euro je Monat. Diese beiden Komponenten dürften bei einer Einführung zeitgleich wirksam werden. Zugleich wird der Beitragssatz zur Bürgerversicherung soweit gesenkt, dass eine Aufkommensneutralität im Vergleich zum Status quo gewährleistet ist (Stufe 1).

Der zweite Schritt enthält zusätzlich zur Stufe 1 die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze und die Einbeziehung von Beamten, Landwirten und Selbstän-

⁴ Vgl. zu dieser Vorgehensweise E. Knappe, R. Arnold: Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, hrsg. von der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V., 2002.

⁵ Zur Begründung des zumutbaren Eigenanteilsatzes von 13,3% vgl. Kommission Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme 2003, (Rürup-Kommission), Abschnitt 2.4. Knappe/Arnold bemessen den sozialen Ausgleich nach Äquivalenzeinkommen und berücksichtigen damit Haushaltsgrößenunterschiede als Zuschusskriterium. Vgl. E. Knappe, R. Arnold a.a.O.

⁶ Vgl. Rürup-Kommission, a.a.O., S. 149 ff.

digen (Stufe 2). Dies dürfte allerdings wegen verfassungsrechtlicher Probleme und aus Gründen des Vertrauensschutzes kaum ohne eine (lange) Übergangszeit umsetzbar sein. Die Simulation der Stufe 2, in der die gesamte Bevölkerung in der Bürgerversicherung versichert ist, stellt somit eher einen fiktiven Zustand dar, der sich im Jahre 2003 ergeben würde, wenn alle bisherigen privat Versicherten sowie alle Landwirte in die Bürgerversicherung einbezogen würden. In der Simulation wird unterstellt, dass die ehemals privat Versicherten identische Ausgaben je Versicherten verursachen wie die gegenwärtigen Mitglieder der GKV. Die Bürgerversicherung in der Stufe 1 ermöglicht dann eine Beitragssatzsenkung von 1,3 Beitragssatzpunkten und in der Stufe 2 von 2,0 Beitragssatzpunkten.

Bürgerprämie

Für das Modell der Bürgerprämie werden die gleichen Annahmen wie für die pauschale Gesundheitsprämie getroffen. Allerdings wird zusätzlich – analog zur Stufe 2 bei der Bürgerversicherung – die Versicherungspflichtgrenze abgeschafft und der Versichertenkreis auf Beamte und Selbständige erweitert, so dass letztlich die gesamte Wohnbevölkerung versicherungspflichtig ist. Die Bürgerprämie beträgt ebenfalls durchschnittlich 210 Euro. Das Volumen des sozialen Ausgleichs ist aufgrund der Ausweitung des Versichertenkreises höher als bei der Gesundheitsprämie und beläuft sich auf 30 Mrd. Euro.

Beschäftigungswirkungen

Das größte Problem des derzeitigen Finanzierungssystems der GKV besteht darin, dass mit zunehmenden Beitragssätzen automatisch die Lohnkosten steigen. Der Druck auf die Beitragssätze kann sowohl von der Ausgabenseite, z.B. aufgrund der demographischen Entwicklung, als auch von der Einnahmenseite aufgrund einer schwachen Entwicklung der Beitragsgrundlage kommen – wie in der jüngsten Vergangenheit durch die konjunkturelle Schwächephase. Da mit steigenden Beitragssätzen keine zusätzlichen Leistungen verbunden sind, wirken Beitragssatzerhöhungen wie eine Steuer auf den Faktor Arbeit mit entsprechenden verzerrenden und beschäftigungsfeindlichen Wirkungen. Für die Arbeitgeber steigen die Arbeitskosten, was sich negativ auf die Arbeitsnachfrage auswirkt; für die Arbeitnehmer sinkt der Arbeitsanreiz aufgrund des Lohnsteuercharakters der Beiträge.

Ein Hauptgrund für die Reform des Finanzierungssystems besteht somit darin, die Kosten des Produktionsfaktors Arbeit zu reduzieren und beschäftigungsfreundliche Effekte zu erzeugen. Durch die Bürgerversicherung kann der GKV-Beitragssatz von derzeit durchschnittlich 14,3% auf bestenfalls

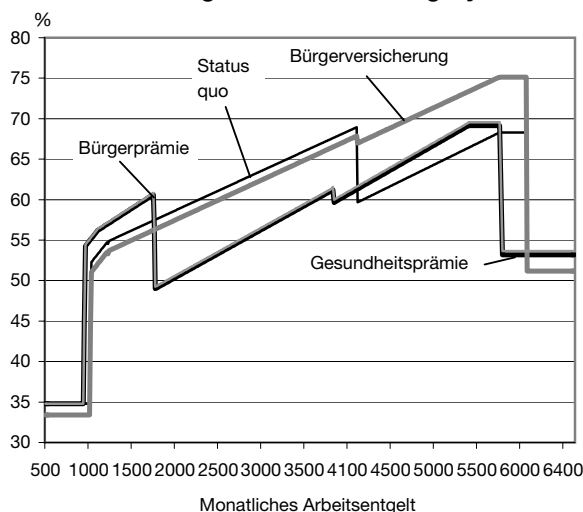
12,3% reduziert werden. Der Faktor Arbeit wird also bei einem Übergang zur Bürgerversicherung in diesem Ausmaß entlastet. Die Arbeitskosten für die Arbeitgeber sinken aber nicht unbedingt, da die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze mit höheren Beitragszahlungen für einen Teil der Beschäftigten verbunden ist, so dass der positive Effekt auf die Arbeitsnachfrage eher gering sein kann.

Die aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts für die Zukunft erwarteten Beitragssatzsteigerungen führen genauso wie im Status quo automatisch zu höheren Arbeitskosten mit den entsprechenden beschäftigungsfeindlichen Wirkungen. Da die Beitragsbasis auf alle Einkommen ausgedehnt wird, ist allerdings der Druck, der von der Einnahmenseite auf die Beitragssätze ausgeht, kleiner. Die Verbeitragung anderer Einkommen wirkt aber wie eine zusätzliche Einkommensteuer. Auch bei den vormals privat versicherten Personen wird der Übergang von risikoäquivalenten Beiträgen zu einkommensabhängigen Beiträgen Verzerrungen und negative Anreizeffekte hervorrufen.

Im Modell der Gesundheitsprämie und im Modell der Bürgerprämie findet eine gänzliche Abkopplung der GKV-Beiträge von den Löhnen statt. Der GKV-Beitrag wirkt nicht mehr wie eine Lohnsteuer, sondern wie eine verzerrungsfreie Kopfsteuer und ist somit beschäftigungsneutral. Da bei einem Übergang zu einer Gesundheitsprämie die Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge vorgesehen ist, ist mit dem Übergang zum neuen System keine Senkung der Arbeitskosten verbunden. In einem Pauschalprämiensystem sind höhere Beiträge einzig aufgrund von Ausgabensteigerungen möglich und können nur noch indirekt, zum Beispiel über höhere Lohnforderungen in den Tarifverhandlungen, zu höheren Lohnkosten führen. Einen Automatismus gibt es aber nicht mehr. Da die Mittel für den sozialen Ausgleich im Falle der Gesundheitsprämie und der Bürgerprämie über Steuern aufgebracht werden müssen, verursachen aber auch diese Systeme, je nachdem wie der soziale Ausgleich finanziert wird, neue Verzerrungen. So stellt die von der Rürup-Kommission zur (teilweisen) Finanzierung vorgeschlagene Ausschüttung und Versteuerung des bisherigen Arbeitgeberbeitrags letztlich nichts anderes als eine Lohnsteuerfinanzierung dar.

Trotzdem sind in einem Pauschalprämiensystem die Verzerrungen gegenüber dem Status quo und auch gegenüber einer Bürgerversicherung geringer, was der Vergleich der Grenzbelastungen zeigt (vgl. Abbildung 1)⁷. So kann die Bürgerversicherung aufgrund der leichten Beitragssatzsenkungen die Grenzbelastungen des Arbeitsentgelts (Bruttolohn

Abbildung 1
Grenzbelastungen der Finanzierungssysteme¹



¹ Alleinstander mit ausschließlich Arbeitseinkommen.

Anmerkung: Die Neuregelungen zu den Mini- und Midi-Jobs sind nicht berücksichtigt.

plus Arbeitgeberbeitrag zu den Sozialversicherungen) mit Einkommensteuern und Abgaben in den unteren und mittleren Einkommensbereichen zwar etwas reduzieren, im oberen Einkommensbereich über der heutigen Beitragsbemessungsgrenze dagegen steigen die Grenzbelastungen aufgrund der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze deutlich an. Die Gesundheitsprämie und die Bürgerprämie können aufgrund der einkommensunabhängigen Beitragsbemessung vor allem im stark besetzten mittleren Einkommensbereich ab 1 580 Euro monatliches Bruttoeinkommen (entspricht einem Arbeitsentgelt von rund 1 910 Euro) bis zur Beitragsbemessungsgrenze eine Senkung der Grenzbelastungen erzeugen. Die Finanzierung der Zuschüsse durch einen höheren Solidaritätszuschlag bewirkt aber auch hier bei hohen Einkommen eine Zunahme der Grenzbelastungen. Die Grenzbelastungen der Bürgerprämie übersteigen diejenigen der Gesundheitsprämie leicht, da im Falle der Bürgerprämie das Zuschussvolumen größer ist und deshalb der Solidaritätszuschlag stärker angehoben werden muss.

Insgesamt wird durch eine Bürgerversicherung der Steuercharakter der GKV-Beiträge im Vergleich zum Status quo noch ausgeweitet, während bei einer Gesundheitsprämie oder Bürgerprämie der Steuer-

² Zur ausführlichen Begründung des Verlaufs der Grenzbelastungskurven vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Jahresgutachten 2003/04, Wiesbaden 2003, Ziffer 310.

⁸ Vgl. Sachverständigenrat 2003/04, a.a.O., Kasten 8.

⁹ Vgl. Sachverständigenrat 2003/04, a.a.O., Ziffer 310.

charakter und damit die Verzerrungen reduziert werden. Dieser Befund spiegelt sich auch in den Ergebnissen eines makroökonomischen Simulationsmodells wider, die positive Beschäftigungseffekte einer Finanzierung über Pauschalprämien und negative Beschäftigungseffekte einer Bürgerversicherung ausweisen⁸.

Risikoentmischung

Eine Versicherungspflichtgrenze und die Möglichkeit, bei ihrem Überschreiten in die PKV zu wechseln, birgt grundsätzlich die Gefahr, dass gute Risiken zur PKV wechseln, die grundsätzlich risikoäquivalente Beiträge erhebt, und die schlechteren Risiken in der GKV verbleiben, insofern also eine Risikoentmischung stattfindet. In der Bürgerversicherung und bei der Bürgerprämie wird dieses Problem beseitigt, indem die Versicherungspflichtgrenze und damit auch die PKV als Vollversicherung abgeschafft werden. Das Modell der pauschalen Gesundheitsprämie sieht dagegen weiterhin eine Versicherungspflichtgrenze vor.

Die Gefahr der Risikoentmischung könnte im Gesundheitsprämiensystem – gegenüber dem Status quo – reduziert und die Versichertengemeinschaft stabilisiert werden, wenn freiwillig Versicherte, die im Status quo in die PKV wechseln würden, in einem Gesundheitsprämiensystem diesen Wechsel unterließen, weil der GKV-Beitrag in einem Gesundheitsprämiensystemmodell von durchschnittlich 493 Euro auf 210 Euro sinkt. Allerdings wird damit der Wechsel nicht nur der besseren, sondern auch der schlechteren Gesundheitsrisiken gebremst, so dass insgesamt die Auswirkungen der Gesundheitsprämie auf die Risikostruktur der GKV nicht eindeutig ist. Vieles spricht aber dafür, dass die Risikoentmischung gegenüber dem Status quo zumindest nicht verstärkt wird⁹.

Intragenerative Gerechtigkeit

Die Existenz der Versicherungspflichtgrenze und damit die Möglichkeit für die Leistungsfähigsten mit geringen Gesundheitsrisiken, sich dem System zu entziehen, und die Tatsache, dass nur Lohneinkommen und Renten für die Beitragsbemessung maßgeblich sind, wird gemeinhin als ungerecht empfunden und als ein Grund für die Finanzierungsschwierigkeiten der GKV gesehen. Deshalb wird von den Befürwortern der Bürgerversicherung die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze und die Einbeziehung aller Bürger in die Pflichtversicherung sowie die Berücksichtigung anderer Einkunftsarten mit der Stärkung der (intragenerativen) Gerechtigkeit und des Leistungsfähigkeitsprinzips begründet.

Die Solidarität soll erhöht werden, indem es nicht mehr erlaubt ist, sich der in der GKV enthaltenen Umverteilung zu entziehen. Hierbei muss allerdings

berücksichtigt werden, dass dieses Argument nur für die Umverteilung zwischen guten und schlechten Gesundheitsrisiken, aber nicht für die Einkommensumverteilung greift. Diese kann nämlich grundsätzlich zielgenauer in einem progressiv ausgestalteten Steuersystem verbunden mit einem an der subjektiven Bedürftigkeit orientierten Transfersystem bewerkstelligt werden als in einem System mit einkommensproportionalen Beiträgen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Die Beitragsbemessungsgrenze führt gerade dazu, dass die Umverteilung gleichsam abgeschnitten wird.

Intergenerative Gerechtigkeit und Demographiefestigkeit

Da die Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter steigen und das Durchschnittsalter der Bevölkerung zunimmt, werden sich aufgrund der demographischen Entwicklung aller Voraussicht nach in Zukunft die Gesundheitsausgaben pro Kopf erhöhen. Hinzu kommt, dass der medizinisch technische Fortschritt überproportional wachsende Gesundheitskosten wahrscheinlich macht. Dies führt im Status quo dazu, dass sich auch die Krankenversicherungsbeiträge bzw. die Beitragssätze erhöhen werden. Dabei werden die intergenerativen Transfers ansteigen. Schon heute zahlen die Rentner in der Krankenversicherung der Rentner durch eigene Beiträge nur rund 44% ihrer Gesundheitsausgaben selbst. Der Rest wird durch (intergenerative) Transfers aus der Allgemeinen Krankenversicherung gedeckt. In einer alternden Gesellschaft wird diese Transferquote aufgrund der zunehmenden Anzahl der Rentner im Zeitablauf ansteigen. Es kommt dazu, dass für jede Erwerbstätigengeneration der Barwert der Beiträge den Barwert der eigenen empfangenen Leistungen übersteigt. Es findet also ein Lebensnettotransfer einer Generation an frühere Generationen statt¹⁰. Wenn man die intergenerative Gerechtigkeit im Gesundheitswesen als eine Situation definiert, in der jede Generation ihre Gesundheitskosten selbst trägt¹¹, dann werden durch eine alternde Gesellschaft die intergenerative Gerechtigkeit geschwächt und die intergenerativen (Netto-)Transfers erhöht.

Die intergenerativen Transfers können auf zwei Arten reduziert werden. Erstens durch Kapitaldeckung: Wenn jede Generation in jungen Jahren Vorsorge betreibt und Alterungsrückstellungen bildet, können höhere Beiträge in Zukunft durch Auflösung dieser Rückstellungen aufgebracht werden. Jede Generation zahlt in diesem Sinne für sich selbst und die intergenerativen Transfers sinken. Die Kapitaldeckung ist damit geeignet, die intergenerativen Transfers zu reduzieren

und gleichzeitig die Beitragsbelastung über die Zeit zu glätten.

Zweitens können die intergenerativen Transfers auch reduziert bzw. beseitigt werden, wenn jede Alterskohorte die Krankheitskosten, die sie verursacht, durch eigene Beiträge selbst finanziert. Oder anders ausgedrückt: Die intergenerativen Transfers sinken, wenn man die Beitragsbelastung der Rentner erhöht. Die Beseitigung von intergenerativen Transfers ist also in der Krankenversicherung anders als in der Rentenversicherung auch in einem Umlagesystem möglich und erfordert nicht unbedingt eine Kapitaldeckung. Letztlich liegt dies daran, dass die Rentner in der Krankenversicherung anders als in der Rentenversicherung auch Beiträge zahlen müssen. Die Kapitaldeckung ist in einem solchen System, in dem jede Generation für die eigenen Kosten aufkommt, zwar nützlich, um die steigende Beitragsbelastung für die älteren Jahrgänge zu glätten, für die Reduktion der intergenerativen Transfers aber prinzipiell nicht notwendig, allerdings dann unter Inkaufnahme, dass keine Beitragsglättung erreicht wird.

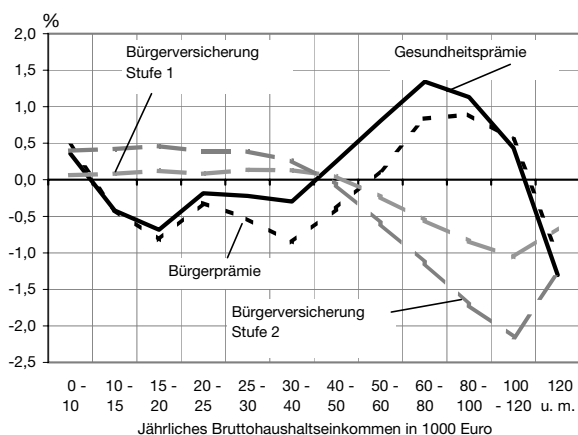
In einer Bürgerversicherung wird die intergenerative Gerechtigkeit nicht gestärkt. Zwar tragen die Rentner dadurch, dass zusätzliche Einkommen verarbeitet werden, einen etwas höheren Anteil ihrer Gesundheitskosten selbst, doch führt die Beseitigung der Versicherungspflichtgrenze und die Einbeziehung von Beamten und Selbständigen zu einer faktischen Abschaffung der PKV als Vollversicherung und damit zu einer Reduktion der im PKV-System gebildeten Alterungsrückstellungen, was die intergenerativen Transfers erhöht. Die demographische Entwicklung führt zu Beitragssteigerungen, die die intergenerative Umverteilung weiter verstärken.

In einem Pauschalprämiensystem wie der Gesundheitsprämie oder der Bürgerprämie müssen die Rentner gleich hohe Beiträge zahlen wie die Erwerbstätigen, eine Erhöhung des Verhältnisses von Rentnern zu Erwerbstätigen führt nicht – wie im Status quo – zu Beitragsmindereinnahmen. Tatsächlich würden bei einem Übergang vom Status quo zum Gesundheitsprämiensystem die Rentner nicht mehr nur 44%, sondern 65% der von ihnen verursachten Kosten durch ihre Beiträge decken. Die intergenerativen Transfers könnten also zunächst reduziert werden. Da im Gesundheitsprämiensystem die Versicherungspflichtgrenze und damit auch die PKV erhalten bleiben, wird die Kapitaldeckung im Gesundheitssystem nicht geschwächt. Die intergenerativen Transfers steigen somit nur an, wenn zukünftig die Prämien aufgrund der demographischen Entwicklung steigen. Bei der Bürgerprämie dagegen wird genauso wie bei einer Bürgerversicherung die

¹⁰ Vgl. R. Fenge: Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: ifo Schnelldienst, 14/2003, S. 9.

¹¹ Vgl. R. Fenge, a.a.O., S. 8.

Abbildung 2
Verteilungswirkungen der Finanzierungssysteme
im Vergleich zum Status quo¹



¹ Belastung (-) und Entlastung (+) in % des verfügbaren Einkommens.

Kapitaldeckung im Gesundheitswesen reduziert, weshalb die intergenerativen Transfers schon bei einem Übergang zu einem neuen System tendenziell zunehmen und noch weiter ausgeweitet werden, wenn es zukünftig zu Prämienhöhungen kommt.

Kapitaldeckung

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ist keines der vier hier diskutierten Umlagesysteme dazu geeignet, eine Beitragskonstanz zu erreichen. Alle Systeme führen zu einer Ausweitung der intergenerativen Umverteilung. Sowohl um die Beitragsbelastung über die Zeit zu glätten als auch um die intergenerativen Transfers zu reduzieren, ist die Einführung einer Kapitaldeckung sinnvoll.

Fraglich ist, ob diese Kapitaldeckung innerhalb oder außerhalb des Krankenversicherungssystems erfolgen soll. Im derzeitigen PKV-System führt die Kapitaldeckung dazu, dass ein Wettbewerb um den Versichertenbestand faktisch nicht stattfindet, weil Alterungsrückstellungen nicht individualisierbar und portabel sind. Ein Versicherungswechsel wird damit schon nach wenigen Jahren der Mitgliedschaft in einer PKV für den Versicherten unattraktiv. Der gewünschte versicherten- und patientenorientierte Qualitätswettbewerb, für den ein ungehinderter Wechsel zwischen den einzelnen Krankenversicherern eine notwendige Bedingung darstellt, ist nicht möglich. Die derzeitige Ausgestaltung der Kapitaldeckung im PKV-System beschränkt somit die Effizienz des Systems¹², was Zweifel daran aufkommen lässt, ob die Kapitaldeckung im Krankenversicherungssystem selbst erfolgen muss.

Die PKV deckt letztlich mit der Bildung von Alterungsrückstellungen nur das durchschnittliche

Alterungsrisiko ab, betreibt also nichts anderes als Altersvorsorgeersparnis¹³. Eine solche Altersvorsorgeersparnis kann auch außerhalb des Systems stattfinden, wo sie den Wettbewerb nicht behindert. Ein Vorsorge-sparen auf individueller Ebene könnte dazu dienen, die Beitragsbelastung über die Zeit zu glätten, indem der angesparte Kapitalstock aufgelöst wird, wenn zukünftig die Beitragsbelastungen stark ansteigen.

Einkommensverteilung

Zur Analyse der Wirkungen auf die Einkommensverteilung im Falle eines Übergangs zu einem neuen Finanzierungssystem wird ein Mikrosimulationsmodell verwendet¹⁴. Da im Allgemeinen nicht die vollständige Population eines Landes in ein Modell aufgenommen werden kann, basieren Mikrosimulationsmodelle auf Stichproben, die (im Idealfall) einen repräsentativen Querschnitt der zu analysierenden Bevölkerung darstellen. Um Ergebnisse für die gesamte Population abzuleiten, wird die Stichprobe entsprechend gewichtet, so dass sie die Grundgesamtheit repräsentiert. Das verwendete Mikrosimulationsmodell hat einen primär statischen Charakter und basiert auf rund 40 000 Einzeldaten aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Die Datengrundlagen werden durch „static-aging“ auf das Jahr 2003 fortgeschrieben¹⁵. Bei der Analyse ist die Bestimmung eines Bruttoeinkommens notwendig, anhand dessen die Verteilungswirkungen über die gesamte Einkommensskala ermittelt werden können. Dabei wird der Begriff des Bruttoeinkommens sehr weit gefasst; es beinhaltet sowohl marktliche als auch nicht-marktliche Einkommen. Dem Bruttoeinkommen werden neben dem traditionellen steuerpflichtigen Einkommen sämtliche Transfers zugerechnet.

Vergleicht man die Verteilungswirkungen der Gesundheitsprämie und der Bürgerprämie einschließlich der Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs über eine Anhebung des Solidaritätszuschlags mit denen der Bürgerversicherung, werden die Unterschiede deutlich: Die Gesundheitsprämie und die Bürgerprämie führen verglichen mit dem Status quo im untersten Einkommensbereich im Durchschnitt zu Entlastungen in den Größenordnungen von 0,5% des verfügbaren

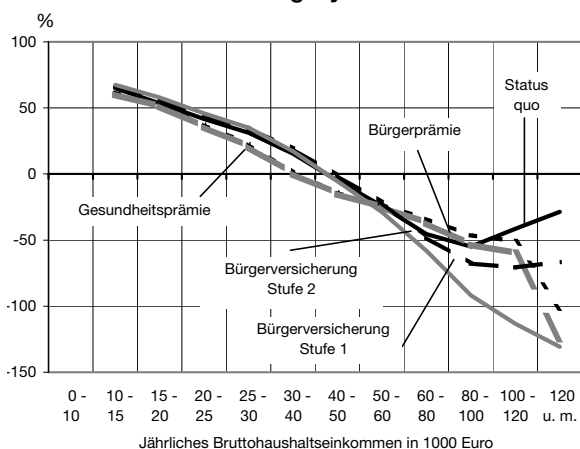
¹² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Jahresgutachten 2002/03, Wiesbaden 2002, Ziffern 527 ff.

¹³ Rürup-Kommission, a.a.O., S. 168.

¹⁴ Der Mikrosimulation liegt demnach das Gedankengebäude der traditionellen mikroökonomischen Theorie zugrunde. Zur umfassenden Beschreibung des Simulationsmodells vgl. C. Bork: Steuern, Transfers und private Haushalte, Frankfurt u. a. 2000.

¹⁵ Dieses Verfahren abstrahiert von demographischen Veränderungen in der Bevölkerungszusammensetzung und schreibt lediglich die Einkommen und die Ausgaben anhand gesamtwirtschaftlicher Veränderungen auf den Simulationszeitpunkt fort.

Abbildung 3
Gesamte Umverteilung in den unterschiedlichen
Finanzierungssystemen¹



¹ Zwei-Personen-Haushalte.

Einkommens und haben damit etwa die gleichen Verteilungseffekte wie die Bürgerversicherung in der Stufe 2, die von einer Abschaffung der PKV und einer Senkung der Beitragssätze um 2,0 Beitragssatzpunkte ausgeht (vgl. Abbildung 2). Im Bruttoeinkommenssegment von 10 000 bis 40 000 Euro kommt es durch die Gesundheitsprämie durchschnittlich zu geringfügigen Belastungen. Dem stehen bei der Bürgerversicherung in Stufe 1 marginale und in Stufe 2 geringfügige Entlastungen gegenüber.

Die Verteilungseffekte der Bürgerprämie ähneln prinzipiell denen der Gesundheitsprämie; allerdings fallen die Belastungen ab einem Bruttoeinkommen von 15 000 Euro etwas stärker und die Entlastungen bis zu einem Bruttoeinkommen von 100 000 Euro etwas schwächer aus. Dies ist vor allem durch die Einbeziehung von bisher privat versicherten Beamten begründet, die – verglichen mit den Beiträgen zu ihrer PKV – bei der Bürgerprämie einen höheren Beitrag zu entrichten haben. Haushalte mit einem Bruttoeinkommen von 40 000 bis 50 000 Euro werden im Durchschnitt weder von der Gesundheitsprämie noch von der Bürgerversicherung wesentlich tangiert.

In dem Bruttoeinkommensbereich von 60 000 bis 120 000 Euro werden Haushalte durch die pauschale Gesundheitsprämie im Durchschnitt relativ entlastet und durch die Bürgerversicherung in beiden Stufen im Durchschnitt relativ belastet, wobei allerdings die Entlastungen bei der pauschalen Gesundheitsprämie betragsmäßig niedriger ausfallen als die Belastungen durch die Bürgerversicherung. Für Haushalte in der höchsten Bruttoeinkommensklasse ergeben sich für alle untersuchten Reformansätze im Durchschnitt relative Belastungen. Insgesamt zeigt sich in Bezug auf die Verteilungswirkungen der Umstellung der Finan-

zierungsart ein fast spiegelbildlicher Verlauf zwischen Bürgerversicherung und den beiden Pauschalprämienmodellen.

Gesamte Umverteilung in den Finanzierungssystemen

Abschließend erfolgt eine kurze Analyse der gesamten Umverteilung in der Finanzierung der GKV beispielhaft für Zwei-Personen-Haushalte. Referenzsystem zur Messung der Umverteilungen der Finanzierung der GKV bildet eine egalitäre Finanzierung, die für alle Versicherten gleich hohe Beiträge vorsieht¹⁶. Der Umfang der individuellen Umverteilung wird gemessen, indem zunächst die Differenz zwischen dem egalitären Finanzierungsbeitrag und den jeweiligen Beitragszahlungen zur GKV zuzüglich den Nettobelastungen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs (nur im Falle der Gesundheitsprämie und der Bürgerprämie) bestimmt wird. Diese Differenz wird dann ins Verhältnis zur egalitären Finanzierung gesetzt. Nettoempfänger weisen einen positiven und Nettozahler einen negativen Prozentsatz auf.

Im geltenden Recht ist eine bis zu einem Bruttoeinkommen von 40 000 Euro abnehmende Umverteilungsintensität zu beobachten. Haushalte mit einem Bruttoeinkommen von 40 000 Euro bis 100 000 Euro werden verstärkt zur Finanzierung der GKV herangezogen (vgl. Abbildung 3). Für Haushalte mit darüber hinausgehendem Einkommen sinkt die Umverteilungsintensität wieder, da viele Haushalte von ihrer Exit-Option Gebrauch machen und sich der Umverteilung im GKV-System entziehen. Durch die Bürgerversicherung steigt die Umverteilung in beiden Stufen tendenziell weiter an. Infolge der Beitragssatzsenkung erhöht sich die Umverteilung zugunsten der Haushalte mit niedrigerem Einkommen. Haushalte mit höherem Einkommen, werden insbesondere in der Stufe 2 verstärkt an der Umverteilung im System der GKV herangezogen, da die Exit-Option abgeschafft und andere Einkommen verbeitragt werden.

Durch eine Gesundheitsprämie bzw. eine Bürgerprämie wird der soziale Ausgleich im unteren Einkommenssegment geringfügig gesenkt. Im mittleren Einkommensbereich vermindert sich die Umverteilung infolge der Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten deutlich. Durch die Ausschüttung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags sowie durch die Finanzierung des sozialen Ausgleichs über eine Anhebung des Solidaritätszuschlags werden insbesondere hohe Einkommen stärker in die Umverteilung einbezogen. So haben die höchsten Einkommen im Durchschnitt den 1,25-fachen Betrag der egalitären

¹⁷ Kinder sind beitragsfrei mitversichert.

Finanzierung zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs zu entrichten.

Insgesamt zeigt sich, dass nur eine Gesundheitsprämie bzw. eine Bürgerprämie kombiniert mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich sowie die Bürgerversicherung in der Stufe 2 gewährleisten, dass man stets umso mehr von der Umverteilung profitiert je geringer das Einkommen ist und dass man umso mehr zur Umverteilung beitragen muss, je höher das Einkommen ist. Im Status quo dagegen sind vor allem wegen der Exit-Option die hohen Einkommen weniger am sozialen Ausgleich beteiligt.

Konjunkturabhängigkeit

Ein weiteres Problem im Status quo besteht darin, dass die Beitragseinnahmen sehr stark von der konjunkturellen Entwicklung abhängen. Steigende Arbeitslosigkeit in konjunkturellen Schwächephasen dämpft die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen und damit das Beitragsaufkommen. Die konjunkturell verursachte Einnahmeschwäche kann zu Beitragssatzerhöhungen führen, die ihrerseits wieder negativ auf die Beschäftigung wirken. In allen drei Reformalternativen wird diese Konjunkturabhängigkeit reduziert. In der Bürgerversicherung deshalb, weil eine breitere Beitragsbasis generell konjunkturunabhängiger ist. Da aber auch in einer Bürgerversicherung der weitaus größte Teil der Einnahmen – etwa 95% – aus der Verbeitragung von Arbeitseinkommen aufgebracht wird, bleibt die Konjunkturabhängigkeit weitgehend erhalten.

In den Modellen der pauschalen Gesundheitsprämie und der Bürgerprämie sind die Einnahmen einkommensunabhängig, und damit lassen konjunkturelle Schwächephase die Einnahmeseite der GKV unbeeinflusst. Gleichwohl wird die Konjunkturabhängigkeit teilweise auf das Steuersystem verlagert, da bei einer schwachen konjunkturellen Lage die Anzahl der zuschussberechtigten Personen zunehmen wird und damit auch das über Steuern zu finanzierende Zuschussvolumen – es kommt gleichsam zu einer Ausweitung der automatischen Stabilisatoren. Müssen jedoch deshalb Steuern erhöht werden, hat das Krankenversicherungssystem indirekt einen negativen Einfluss auf die Beschäftigung. Dieser Einfluss ist, falls er überhaupt auftreten sollte, aber nicht so groß wie im derzeitigen System, da für die Zuschussfinanzierung prinzipiell das gesamte Steueraufkommen herangezogen wird, das grundsätzlich konjunkturunabhängiger ist als allein das Arbeitseinkommen.

Verwaltungskosten

Eine Umstellung des Finanzierungssystems wird voraussichtlich zusätzliche Verwaltungskosten verur-

sachen. Im Falle einer Bürgerversicherung muss das gesamte Einkommen für alle Bürger (lückenlos) ermittelt werden, was vor allem bei den Vermögenseinkommen große Schwierigkeiten hervorrufen dürfte. Bei der Finanzierung der GKV über eine Gesundheitsprämie oder Bürgerprämie muss der soziale Ausgleich organisiert werden. Auch hier müssen die Einkommensverhältnisse der zuschussberechtigten Personen überprüft werden. Allerdings ist dieser Personenkreis kleiner. Zudem ist die Beweislast umgekehrt: In einer Bürgerversicherung müssen die Krankenkassen oder das Finanzamt die beitragspflichtigen Einkommen vollständig ermitteln, im Falle der Gesundheitsprämie oder der Bürgerprämie muss der Versicherte seine Zuschussberechtigung nachweisen¹⁷. Zusammengekommen dürfte dies dazu führen, dass die Verwaltungskosten einer Bürgerversicherung höher sind als diejenigen einer Bürgerprämie oder Gesundheitsprämie.

Fazit

Insgesamt weisen alle hier diskutierten Modelle für eine Finanzierungsreform der GKV Vor- und Nachteile auf. Die Vorteile der Bürgerversicherung liegen in der größeren Verteilungsgerechtigkeit, sie erweisen sich aber bei der Betrachtung der gesamten Umverteilung im Vergleich zu den Pauschalprämienmodellen als weniger groß. Vor allem die positiven Beschäftigungseffekte sprechen für die Gesundheitsprämie und die Bürgerprämie. Dabei hat die Bürgerprämie zudem den Vorteil, dass durch die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze die Gefahr der Risikoentmischung beseitigt und gleichzeitig gewissen Gerechtigkeitsvorstellungen Rechnung getragen wird. Mit der Einführung eines solchen Systems wird aber die PKV in ihrer bisherigen Form und damit die Kapitaldeckung im Gesundheitssystem beseitigt. Solange keine individualisierten und portablen Alterungsrückstellungen eingeführt werden, behindert aber gerade die Kapitaldeckung den Wettbewerb im PKV-System, weshalb die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze vertretbar erscheint. Allerdings eignet sich die Kapitaldeckung dazu, die intergenerativen Transfers zu reduzieren und die Beiträge über die Zeit zu glätten. Deshalb ist – unabhängig vom gewählten Finanzierungssystem – vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung der Aufbau eines Kapitalstocks erforderlich. Dieser Aufbau kann in Form von individuellem Altersvorsorgesparen außerhalb der Krankenversicherung erfolgen. Allerdings müsste diese Ersparnisbildung obligatorisch sein, um zu vermeiden, dass in Zukunft, sollte der Versicherte nicht selbst vorgesorgt haben, die Aufbringung des Krankenversicherungsbeitrags der Allgemeinheit auferlegt wird.

¹⁷ Sachverständigenrat 2003/04, a.a.O., Ziffer 327.