

Pimpertz, Jochen

Working Paper

Bürgerversicherung: Kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen. Argumente zur Orientierung in einer komplexen Reformdiskussion

IW Policy Paper, No. 12/2013

Provided in Cooperation with:

German Economic Institute (IW), Cologne

Suggested Citation: Pimpertz, Jochen (2013) : Bürgerversicherung: Kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen. Argumente zur Orientierung in einer komplexen Reformdiskussion, IW Policy Paper, No. 12/2013, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/80331>

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.

Bürgerversicherung – kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen

Argumente zur Orientierung in einer komplexen Reformdiskussion

Autor: Dr. Jochen Pimpertz
Telefon: 0221 4981-760
pimpertz@iwkoeln.de

1. Problemstellung

Im Vorfeld der Bundestagswahl 2013 wird die Bürgerversicherung mit zwei zentralen Botschaften beworben – sie führe zu einer gerechteren Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und zu einer effizienteren Steuerung des Gesundheitssystems. Insbesondere dem Gerechtigkeitsargument wird in der medialen Öffentlichkeit hohe Aufmerksamkeit gewidmet. Dass die Frage nach der Effizienz derzeit in den Hintergrund gedrängt wird, mag auch an der günstigen Einnahmenentwicklung des Gesundheitsfonds liegen (BMG, 2013a). In einer stark vereinfachenden Wahlkampf-Rhetorik droht damit aber der Blick auf die Kernfrage verloren zu gehen, ob eine Bürgerversicherung überhaupt in der Lage ist, die zentralen Steuerungsprobleme in der GKV zu lösen.

Seit gut einem Jahrzehnt wird das Modell als mögliche Alternative zum Status quo und Gegenentwurf zur Prämienfinanzierung mit steuerfinanziertem Sozialausgleich diskutiert (Rürup-Kommission, 2003). Zur aktuellen Bundestagswahl treten sowohl SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN als auch die Partei DIE LINKE für das Modell ein. Doch so eingängig der Begriff auf den ersten Blick auch erscheint, so wenig eindeutig ist er bei genauerem Hinsehen.

Auf der einen Seite geht es um die Einbindung von Personen, die bislang außerhalb des GKV-Systems abgesichert sind. Zielgruppen sind privat krankenversicherte Arbeitnehmer und Selbständige sowie beihilfeberechtigte Beamte. Zur Wahl steht entweder die schrittweise Vereinheitlichung (SPD): Dazu sollen alle neu zu versichernden Personen obligatorisch in der GKV versichert werden; dem Versichertenbestand der PKV wird ein befristetes Wechselrecht zugestanden. Oder die Integration des gesamten PKV-Bestands soll in einem Schritt erfolgen (Bündnis 90/Die Grünen und DIE LINKE). Neben dem Argument, alle Bürger gleich zu behandeln, wird angeführt, dass mit einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt erst die Voraussetzung für fairen Wettbewerb in der GKV geschaffen werde.¹

Auf der anderen Seite geht es um die Ausweitung der einkommensabhängigen Finanzierung auf bislang beitragsfreie Entgelt- und Einkommensbestandteile. Vor allem mit Blick auf die Abgrenzung beitragspflichtiger Einkommen unterscheiden sich die Vorschläge der drei Parteien erheblich, weil unterschiedliche Abgrenzungen beitragspflichtiger Einkommensquellen sowohl mit einer An- als auch einer Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze kombiniert werden können.²

¹ Ähnlich argumentiert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR, 2004, 388 ff.).

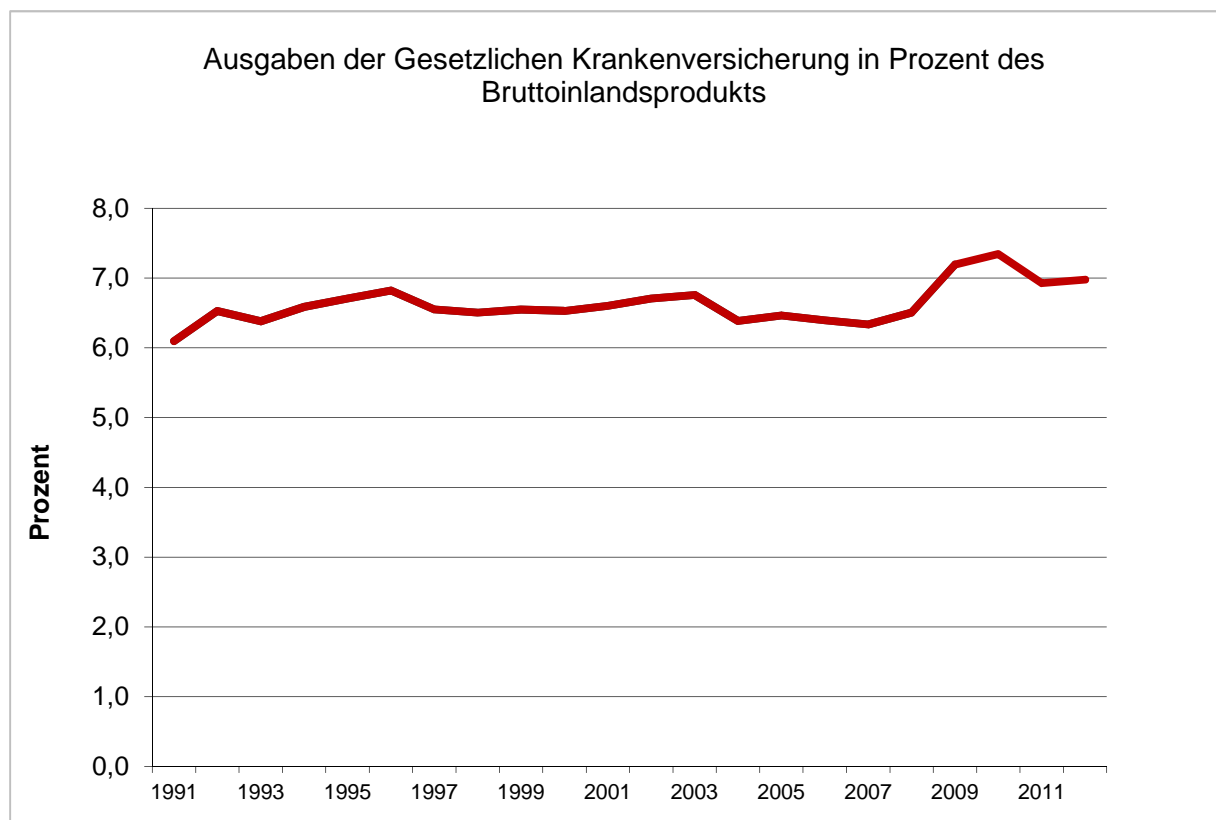
² Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung schlägt im Gegensatz zu den im politischen Raum diskutierten Konzepten eine Bürgerpauschale vor, die eine bevölkerungsumfassende Pflichtversicherung mit einer Prämienfinanzierung und ergänzendem, steuerfinanzierten Sozialausgleich verbindet (SVR, 2004, 397 ff.).

Im Folgenden stehen jedoch nicht die Varianten einer Bürgerversicherung zur Diskussion, sondern es geht grundlegender um die Frage, ob die Ausweitungen des Kreises der Pflichtversicherten und der Finanzierungsbasis überhaupt dazu beitragen können, das GKV-System effizienter zu steuern und gerechter zu finanzieren.

2. Überproportionales Ausgabenwachstum

Die Diskussion über die Finanzierung des gesetzlichen Gesundheitssystems wurzelt in der Frage, ob die GKV vorrangig unter dem Ausgabenwachstum oder unter einer Einnahmenschwäche leidet. Die Antwort soll erste Hinweise darauf geben, welche Maßnahmen vordringlich zu ergreifen sind.

Abbildung 1: Ausgabenquote



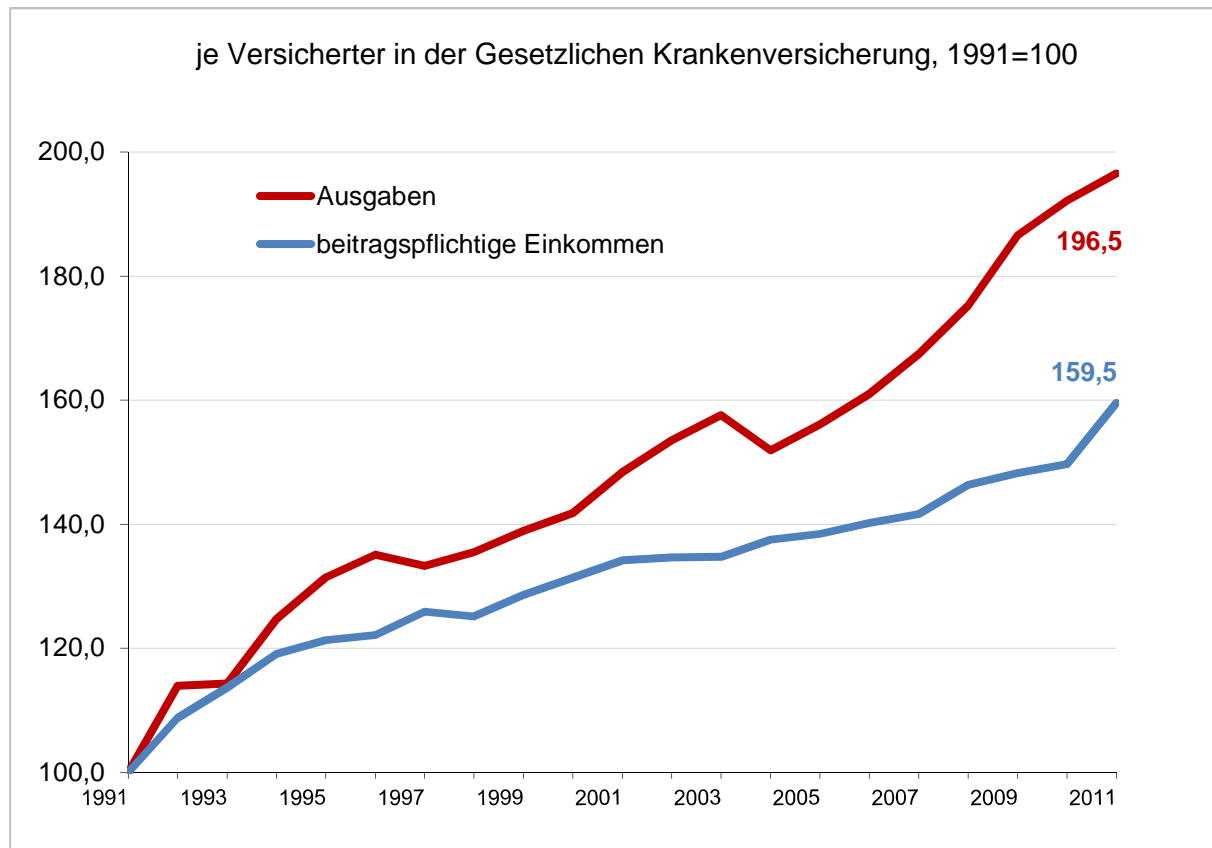
Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in den jeweiligen Preisen, Bruttoinlandsprodukt zu Marktpreisen.

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit, Sachverständigenrat Wirtschaft, Statistisches Bundesamt

Lange Zeit wurde der weitgehend konstante Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) als Indiz für die These herangezogen, dass Anreizprobleme auf der Leistungsseite weniger relevant seien und es deshalb vorrangig um eine Stärkung der Einnahmenbasis gehen müsse (zum Beispiel Engelen-Kefer, 2002). Und tatsächlich schwankte die Quote zwischen 1992 und

2008 nur in einem relativ engen Band von 6,3 bis 6,8 Prozent. Erst seit der Wirtschaftskrise 2009 scheint sich der Anteil auf einem gegenüber dem vorangegangenen Jahrzehnt höheren Niveau zu stabilisieren (Abbildung 1).

Abbildung 2: Ausgaben und beitragspflichtige Einkommen



Versicherte: Mitglieder und beitragsfrei versicherte Familienangehörige; beitragspflichtige Einkommen errechnet aus durchschnittlichem Beitragssatz und Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen/ des Gesundheitsfonds im jeweiligen Jahr; Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer nach dem Inländerkonzept; Datenstand: September 2012.

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit, Sachverständigenrat Wirtschaft, Statistisches Bundesamt

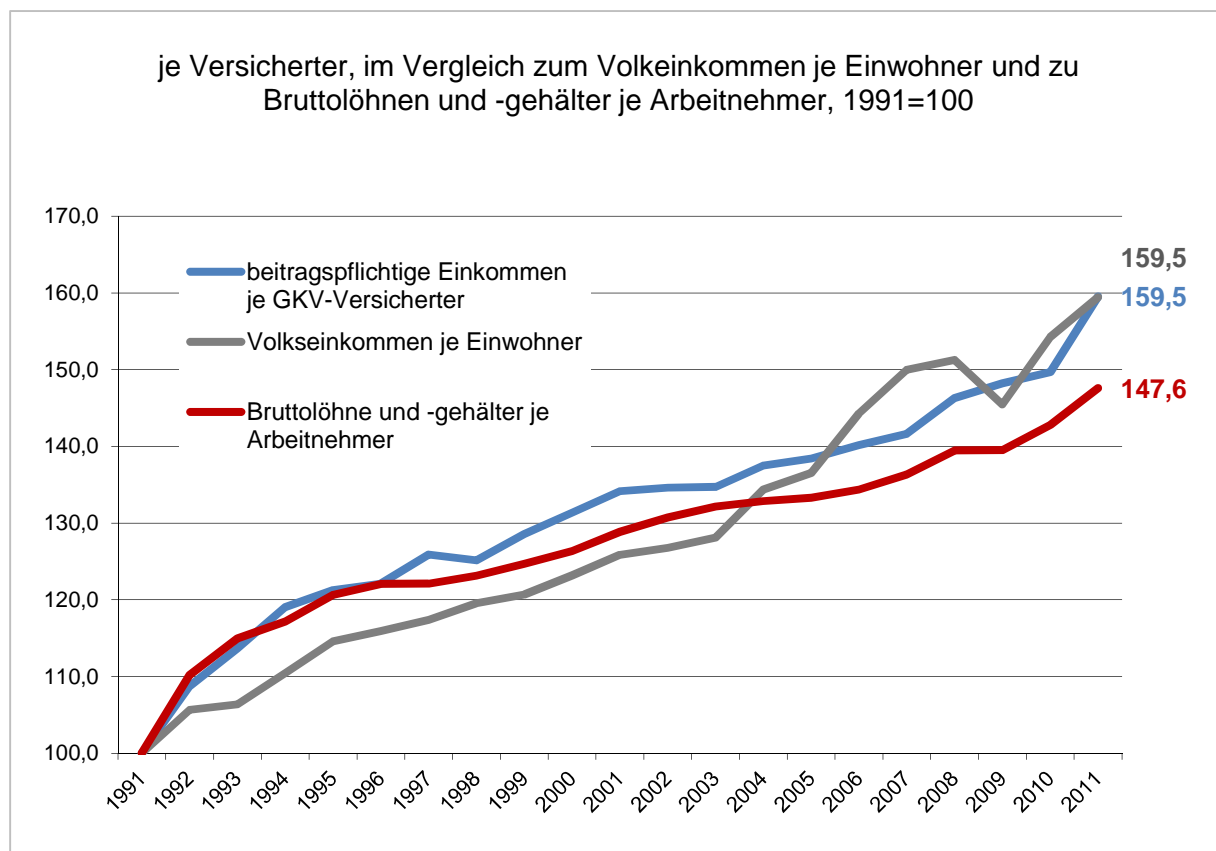
Doch wie aussagekräftig ist die Quote? Der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP verschleiert die Tatsache, dass die Zahl der Versicherten seit Mitte der 1990er-Jahre rückläufig ist, also ein annähernd unveränderter Anteil der Wirtschaftsleistung für immer weniger Menschen aufgewendet wurde. Waren von 1991 bis Mitte der 1990er-Jahre noch rund 72 Millionen Bürger in der GKV abgesichert, so schrumpfte der Bestand bis Anfang des vergangenen Jahrzehnts auf unter 71 Millionen Anspruchsberechtigte, seit Ende des vergangenen Jahrzehnts sind es weniger als 70 Millionen Versicherte (BMG, 2013b). Soll der Befund aber nicht durch Schwankungen im Versichertenbestand verzerrt werden, müssen die Indikatoren jeweils pro Kopf betrachtet werden (Pimpertz, 2003a, 30 f.) (Abbildung 2).

Dabei fällt auf, dass der Ausgabentrend trotz zahlreicher „Gesundheitsreformen“ nur in drei Jahren durchbrochen werden konnte – 1993 nach der Abkehr von der Einzelleistungsvergütung, 1997 in Folge des neu eingeführten Kassenwahlrechts sowie 2004 nach partiellen Leistungseinschränkungen und der Neuordnung der Zuzahlungen. Die erhofften Effekte setzten zwar kurzfristig ein, doch die Erfolge verpufften schnell. Spätestens im zweiten Jahr nach den Reformen stellte sich die bekannte Wachstumsdynamik auf der Ausgabenseite ein. Nicht zuletzt deshalb ergibt sich über längere Sicht ein eindeutiges Bild: Seit 1991 sind die GKV-Ausgaben pro Kopf mit durchschnittlich 3,44 Prozent jedes Jahr um 1,08 Prozentpunkte stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einkommen, die lediglich um 2,36 Prozent pro Jahr zugelegt haben.

3. Keine Erosion der Finanzierungsgrundlage

Dieser Befund schließt allerdings noch nicht aus, dass die Bemessungsgrundlage für die Beitragsfinanzierung erodiert. Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen lässt sich nur anhand einer einkommensbezogenen Referenz sinnvoll beurteilen.

Abbildung 3: Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen



Volkseinkommen und Bruttolöhne und -gehälter nach dem Inländerkonzept, Datenstand: September 2012.
Quellen: Bundesministerium für Gesundheit, Sachverständigenrat Wirtschaft, Statistisches Bundesamt

Zieht man die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer zum Vergleich heran, dann schneidet die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen vergleichsweise günstig ab (Abbildung 3).³ Bezieht man sich auf das Volkseinkommen je Einwohner, dann erweist sich die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen als deutlich weniger volatil.⁴ Dieser Befund ist mit Blick auf die Finanzierung eines weitgehend konjunkturunabhängigen medizinischen Bedarfs von Bedeutung.

Unter dem Strich ist damit festzuhalten: Die Finanzierung der GKV leidet unter einem überproportional starken Wachstum der Ausgaben, für eine Erosion der Beitragsbemessungsgrundlage ergibt sich dagegen kein Hinweis.

4. Fehlende Kostenverantwortung und Wettbewerbsdefizite

Was aber sind die Gründe für das Ausgabenwachstum? Vier mögliche Antworten beziehungsweise Ursachenkomplexe werden in der Debatte angeführt (zum Beispiel Pimpertz/Kirchhoff, 2012, 140 ff.):

Überproportional stark wachsende Nachfrage

Vor allem für entwickelte Volkswirtschaften wird eine Einkommenselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen von größer eins unterstellt. Demnach führen Einkommenszuwächse zu einer überproportional stark wachsenden Nachfrage auf Gesundheitsmärkten, weil die Individuen mit steigendem Wohlstand ihrer Gesundheit eine immer höhere Wertschätzung beimessen. Allerdings handelt es sich hierbei nicht um eine ökonomische Gesetzmäßigkeit, sondern um eine Beobachtung, die für die Vergangenheit gilt. Der empirische Nachweis eines kausalen Zusammenhangs ist dagegen methodisch umstritten (OECD, 2006, 188). Deshalb kann das Argument zum Beispiel nicht für die Prognose zukünftiger Entwicklungen herangezogen werden.

³ Über die beitragspflichtigen Arbeitsentgelte hinaus schließen die Bruttolöhne und -gehälter Entgeltbestandteile jenseits der Bemessungsgrenze ebenso ein wie Bezüge der beihilfeberechtigten Beamten. Damit kommt diese Größe der Vorstellung einer Ausweitung der Finanzierungsbasis nahe. Allerdings bleiben die beitragspflichtigen Alterseinkommen der GKV-Mitglieder dabei außer Acht.

⁴ Das Volkseinkommen berücksichtigt im Gegensatz zum BIP vor allem Abschreibungen, die den Gegenwert des Kapitalverzehr berücksichtigen. Die Verwendung dieser Referenz unterstellt also implizit, dass der Kapitalstock einer Volkswirtschaft nicht zur Finanzierung von Konsum zur Verfügung steht. Schließt man des Weiteren eine Schuldenaufnahme aus, dann kann das Volkseinkommen als Indikator für den Spielraum interpretiert werden, der in einer Periode für Konsum, Nettoinvestitionen und Sparen zur Verfügung steht. Ein Vorteil dieses Indikators ist die Offenheit gegenüber der Frage, ob eine Finanzierung der Gesundheitsausgaben einkommensabhängig über Steuern und Beiträge oder einkommensunabhängig über Prämien erfolgen soll.

Demografischer Wandel

Dagegen wird die Bevölkerungsalterung angesichts der typischerweise mit dem Alter steigenden Versorgungskosten dafür sorgen, dass die durchschnittlichen Ausgaben bei ansonsten unveränderten Bedingungen steigen. Denn unabhängig von der Frage, wie sich eine steigende Lebenserwartung auf die Behandlungskosten jedes Einzelnen auswirkt (stellvertretend dazu Pimpertz, 2004, 250 ff.), werden in den nächsten Jahrzehnten die ausgabenintensiveren Altersstufen bereits aufgrund der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge häufiger besetzt sein und Altersklassen mit unterdurchschnittlich hohen Ausgabenrisiken aufgrund der latent niedrigen Geburtenraten entsprechend seltener (Pimpertz, 2010, 82 ff.). Blendet man andere Faktoren aus, die auf die Ausgabenentwicklung wirken, dann steigen nach einer einfachen Projektion die durchschnittlichen Ausgaben der GKV bis zum Jahr 2050 allein aufgrund der Alterung der Versichertengemeinschaft um ein Viertel (Tabelle 1).

Tabelle 1: Langfristige Ausgabenentwicklung

2009=100		
	Aufgrund der demografischen Veränderung der Versichertengemeinschaft	Aufgrund von Kostensteigerungen (medizinisch-technischer Fortschritt, Fehlanreize etc.)
2020	108	113
2030	114	125
2040	120	138
2050	124	152
2060	125	168

Projektion der demografischen Veränderung auf Basis des mittleren Szenarios (Obergrenze) der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, ohne Kostensteigerungen; Kostensteigerungen im Gesundheitswesen: Demografie-unabhängige Wachstumsrate von 1 Prozent p. a.
Quellen: Bundesministerium für Gesundheit, Bundesversicherungsamt, Statistisches Bundesamt, Pimpertz, 2010, 87

Medizinisch-technischer Fortschritt

Im Gesundheitswesen führe der technische Fortschritt vor allem zu steigenden Aufwendungen – diese These ist Legion. Genannt wird zum Beispiel die Anwendung von sogenannten add-on-Technologien, also der Einsatz von zusätzlichen Verfahren, ohne überkommene Methoden zu ersetzen. Ebenso wird behauptet, dass sich Innovationen einseitig auf medizinischen Zusatznutzen konzentrieren und weniger auf effizientere Prozesse.

Aus theoretischer Sicht können Besonderheiten auf den Märkten für medizinische Leistungen als Erklärung angeführt werden. Dazu gehört eine angebotsinduzierte

Nachfrage, denn der Therapeut bestimmt sowohl Nachfrage als auch Angebot und folglich seinen Umsatz. Weil die Zahlungsbereitschaft der Patienten insbesondere in lebensbedrohlichen Fällen gegen unendlich tendiert, eröffnet dies den Anbietern medizinischer Leistungen einen großzügigen Preissetzungsspielraum. Entsprechend ist auch der Zahlungswiderstand gegen die Einführung ausgabenintensiver Verfahren geringer als auf anderen Gütermärkten. Dieser Effekt wird durch einen umfassenden Pflichtversicherungsschutz unterstützt. Denn der sichert bereits im Vorfeld einer Erkrankung die Zahlungsfähigkeit der Versicherten und bietet potenziellen Innovatoren somit ein lohnendes Betätigungsfeld (Meyer, 1993, 248 ff.).

Doch vermag das Argument nicht zu erklären, warum kaum innovative Produkte und Verfahren eingeführt werden, die nicht nur auf den medizinischen Zusatznutzen, sondern vor allem auf die ökonomische Effizienz der Versorgung abstellen. Und selbst wenn effizienzsteigernde Verfahren zur Anwendung kommen, führt das kaum zu spürbaren Entlastungen der Beitragszahler. Wie kann das erklärt werden?

Vereinfacht gesprochen führen im ökonomischen Idealmodell ein ungehinderter Marktzugang, Wettbewerb und freie Preisbildung dazu, dass Leistungsanbieter diszipliniert und Preissetzungsspielräume beschränkt werden. Wer etwa aufgrund eines innovativen Verfahrens eine Vormachtstellung am Markt einnimmt, kann kurzfristig hohe Preise durchsetzen und Monopolgewinne erzielen. Mittelfristig drängen aber Nachahmer in den Markt und unterbieten den Preis, so dass der medizinische Zusatznutzen neuer Verfahren beziehungsweise der ökonomische Vorteil effizienzsteigernder Innovationen bald einer breiten Masse zugänglich wird.

Anders im GKV-System, wo der Preismechanismus über weite Bereiche ausgeschaltet ist und wo durch zentrale Verhandlungen einheitliche Preise durchgesetzt werden und zudem der Marktzutritt für etliche Akteure reglementiert wird (zum Beispiel Knappe/Roppel, 1986; Henke/Richter, 2013). Erst im Schatten solcher Regulierungen entstehen Spielräume, auch dann technische Neuerungen einzuführen, wenn sie nach ökonomischen Kriterien wenig sinnvoll erscheinen, sowie ineffiziente Verfahren beizubehalten, statt diese durch kostengünstigere Technologien zu ersetzen (Straubhaar et al., 85 ff.). Die einkommensbezogene Beitragsfinanzierung schwächt dabei den Zahlungswiderstand der Versicherten.

Demnach sind es weniger die Besonderheiten des medizinisch-technischen Fortschritts als vielmehr die Fehlanreize, unter denen er sich vollzieht, die den überproportionalen Ausgabenanstieg im GKV-System erklären können.

Unterstellt man für das Zusammenwirken von medizinisch-technischem Fortschritt und Fehlanreizen ein autonomes, von der Demografie unabhängiges Ausgabenwachstum von 1 Prozent pro Jahr (entsprechend der regressionsanalytischen Untersuchung von Breyer/Ulrich, 2000; siehe auch DIW,

2001), dann übertrifft dieser Effekt deutlich die Auswirkungen, die allein aus der Alterung der Versichertengemeinschaft resultieren (Tabelle 1).⁵

Regulierungsbedingte Fehlanreize

Der Einfluss von Fehlanreizen gilt aber nicht allein für den medizinisch-technischen Fortschritt, sondern generell für das Verhalten von Versicherten, Krankenkassen und Leistungsanbietern. Ohne an dieser Stelle ins Details gehen zu können, lassen sich einige, aus ökonomischer Sicht grundlegende Fehlsteuerungen hervorheben (Pimpertz, 2007, 19 ff.):

- **Lohnsteuerähnliche Beitragsfinanzierung:** Die im Grundsatz lohnproportionale Beitragsberechnung wirkt wie eine Lohnsteuer, denn sie entkoppelt den individuellen Beitrag der Versicherten von den Kosten, die im Rahmen des Versicherungsschutzes für Leistungsansprüche entstehen. Vereinfacht gesprochen kommen Einsparungen aufgrund einer kostenbewussten Auswahl der Leistungsangebote nicht dem Versicherten zugute, sondern sie werden vom Versichertenkollektiv vereinnahmt, also quasi sozialisiert. In der Folge erlahmen Anreize zu kostenbewusster Nachfrage.
- **Freie Anbieterwahl:** Zusätzlich schürt das Recht auf die freie Auswahl unter den Anbietern gesetzlicher Leistungen die Illusion eines nahezu kostenlosen Zugangs zur medizinischen Versorgung, ohne dass sich die mit der Wahlfreiheit verbundenen Kostenunterschiede im individuellen Beitrag niederschlagen können.
- **Wettbewerbshemmnisse auf der „Beschaffungsseite“:** Entsprechend sind die Kassen im Rahmen des gesetzlich definierten Leistungskatalogs weitgehend an die Ergebnisse einheitlicher Entgeltvereinbarungen gebunden, die die Zentralverbände auf Kassen- und Anbieterseite federführend aushandeln.
- **Wettbewerbshemmnisse auf der „Absatzseite“:** Spiegelbildlich sind die Krankenkassen kaum in der Lage, ihre Tarife auf eine Auswahl der Versorger zu beschränken und die Beiträge entsprechend der Kostenstrukturen zu differenzieren. Selbst wenn die Mitglieder sich freiwillig auf das von ihrer Versicherung angebotene Netz von Leistungsanbietern beschränken, können

⁵ Diese Schlussfolgerungen einfacher Projektionsrechnungen werden auch durch aktuellere Regressionsanalysen bestätigt. Einen Überblick bietet Felder (2013, 3 ff.).

sie abgesehen von partiellen Rückerstattungen keine günstigeren Beitragskonditionen realisieren.

Krankenkassen wie Leistungsanbieter stehen zwar bereits heute im Wettbewerb und konkurrieren um Marktanteile. Eine befristete regionale Ausschreibung der Versorgung der Mitglieder eines Tarifs und eine entsprechende selektive Vertragsgestaltung sind im heutigen System aber nicht vorgesehen. Das weitgehende Ausschalten des Preismechanismus auf den Versicherungs- und Leistungsmärkten verhindert bei einer gleichzeitig einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung die effiziente Steuerung des Systems. Es sind also weniger der demografische Wandel oder der medizinische Fortschritt, die den überproportionalen Ausgabenanstieg in der GKV erklären können. Vielmehr sind es die regulierungsbedingten Fehlanreize, unter denen die Versicherten, Krankenkassen und Leistungsanbieter agieren (Pimpertz, 2007, 19 ff.).

4. Pflichtversicherung schafft keinen Wettbewerb

Die Frage, welche Probleme mit der Ausweitung des Kreises der Pflichtversicherten gelöst werden können, muss vor dem Hintergrund der bisherigen Befunde und Diagnosen beantwortet werden.

Historisch gewachsenes Krankenversicherungssystem

Vorab ist jedoch festzustellen, dass sich keine ökonomische Begründung für ein differenzierendes Krankenversicherungssystem anführen lässt – weder nach dem Erwerbsstatus noch nach der Höhe des Einkommens. Ordnungspolitisch begründet ist lediglich eine allgemeine Versicherungspflicht. Ausgangspunkt ist das humanitär motivierte Versprechen der Gesellschaft, bei fehlender Leistungsfähigkeit die notwendige medizinische Hilfe für einen Erkrankten aus Steuermitteln zu finanzieren. Aus diesem Versprechen resultiert jedoch ein Anreiz für die Bürger, eigene Vorsorge im Vertrauen auf die steuerfinanzierte Hilfe zu unterlassen. Damit droht der Gemeinschaft der Steuerzahler die Ausbeutung durch Freifahrer. Eine allgemeine (Mindest-)Versicherungspflicht schützt vor dieser Gefahr, weil sie Leistungsfähige in die Krankenversicherung zwingt und deren Rückfall auf steuerfinanzierte Hilfe verhindert (Pimpertz, 2001, 78 ff. und die dort zitierte Literatur).

Die Versicherungspflicht kann technisch entweder im Rahmen eines für alle Bürger einheitlichen Systems erfüllt werden oder durch die Wahl zwischen zugelassenen Alternativen. In einem System mit Wahlmöglichkeiten ist das Wahlrecht aber nicht durch den Erwerbsstatus oder die Einkommenshöhe zu rechtfertigen, sondern allen Bürger gleichermaßen einzuräumen.

Allerdings hat sich in Deutschland das Krankenversicherungssystem historisch zu dem heutigen Nebeneinander von umlagefinanzierter GKV und kapitalgedeckter PKV entwickelt. Sofern ökonomische Überlegungen nicht von vornherein dem Gleichbehandlungsgrundsatz untergeordnet werden, gilt es abzuwägen, welche Folgen mit einer Ausweitung der Pflichtversicherung beziehungsweise einer Vereinheitlichung des Krankenversicherungsmarktes verbunden sind. Anders gewendet: Auch wenn ein einheitliches System grundsätzlich wünschenswert ist, bleibt offen, ob vor dem Hintergrund historisch gewachsener Gegebenheiten eine Vereinheitlichung für die Volkswirtschaft vorteilhaft ist.

Mehr Versicherte heißt nicht mehr Wettbewerb

Vor dem Hintergrund der hier vorgestellten Befunde und Diagnosen drängt sich zunächst die trivial anmutende Erkenntnis auf, dass die Ausweitung des Kreises der Pflichtversicherten keines der angesprochenen Anreizprobleme unmittelbar tangiert. In einem Gesundheitssystem, in dem der Preis als Knappheitsindikator für knapp 70 Millionen Anspruchsberechtigte weitgehend ausgeschaltet ist, verändert allein die Integration von weiteren rund 9 Millionen bislang privat krankenversicherten Personen die verhaltensrelevanten Anreize nicht. Spätestens nach der Verteilung der neu hinzukommenden Marktanteile würden die Akteure unter den gleichen Bedingungen agieren, die im Status quo ante herrschen. Das Problem des überproportionalen Ausgabenanstiegs lässt sich so nicht lösen.

Im Zweifel höhere Honorarforderungen

So richtig diese einfache Schlussfolgerung aber auch ist, die Diskussion würde damit in unzulässiger Weise verkürzt. So wird zum Beispiel angeführt, dass eine unterschiedliche Honorierung der Leistungen für privat und gesetzlich Versicherte auch zu einer medizinisch relevanten Ungleichbehandlung führe. Der Einwand wird vor allem mit Blick auf die offenkundigen Unterschiede in der Honorierung der ambulanten Versorgung vorgebracht. Signifikante Unterschiede zwischen privat und gesetzlich Versicherten sind zwar bei den Wartezeiten für eine Facharztbehandlung festzustellen, aber Auswirkungen auf die Versorgungsqualität oder gar Ausfälle bei der Versorgung gesetzlich Versicherter wurden bislang nicht nachgewiesen (zum Beispiel Roll/Stargadt/Schreyögg, 2012).

In dem gleichen Zusammenhang wird angeführt, dass auf einem Versorgungsmarkt, der trotz zweigliedrigem Versicherungssystem in Deutschland weitgehend einheitlich organisiert ist (Finkenstädt/Niehaus, 2013), die Leistungsanbieter überproportional stark von der Behandlung privat versicherter Patienten profitieren. Denn private Krankenversicherungen entgelten vergleichbare Leistungen oftmals höher als das GKV-System.

Welche Folgen hätte dann aber eine Vereinheitlichung der Vergütungsregeln in einem Modell der Bürgerversicherung? Grundsätzlich ergeben sich zwei mögliche Anpassungsreaktionen der Leistungsanbieter:

- Entweder akzeptieren Ärzte, Therapeuten oder stationäre Einrichtungen die mit der Vereinheitlichung der Entgeltregeln vermutlich einhergehenden Einkommenseinbußen. Für die Gruppe der bisher GKV-Versicherten bliebe dieses Verhalten ohne Folgen.
- Oder – und das ist aus ökonomischer Sicht das wahrscheinlichere Szenario – die Leistungsanbieter suchen nach einer Kompensation für drohende Einkommenseinbußen. Gelingt es, höhere Entgeltforderungen im Rahmen des GKV-Systems durchzusetzen, dann verteuert sich die Versorgung für alle Versicherten. Mit Blick auf die eingangs diagnostizierten Probleme wird das ökonomisch notwendige Reformziel verfehlt.
- Misslingt dagegen eine Kompensation der Ausfälle innerhalb des GKV-Systems, besteht für die Leistungsanbieter zudem die Möglichkeit, ihr Angebot vermehrt auf privat liquidierbare Leistungen außerhalb der gesetzlichen Pflichtversorgung auszuweiten. In diesem Fall kann aber die Vereinheitlichung das Problem einer Mehr-Klassen-Medizin hervorrufen. Insbesondere wenn innovative Leistungen verstärkt außerhalb des gesetzlichen Katalogs angeboten werden, weil dort die Vermarktung lukrativer erscheint, droht die gesetzliche Versorgung langfristig vom medizinisch-technischen Fortschritt abgekoppelt zu werden.

Auch PKV-Versicherte erkranken

Über die bisherigen Argumente hinaus steht die Vermutung im Raum, dass die PKV-Versicherten gesünder seien als GKV-Versicherte. Mit einer Ausweitung der Pflichtversicherung auf die gesamte Bevölkerung wird deshalb die Hoffnung verbunden, das durchschnittliche Versicherungsrisiko aufgrund einer besseren Risikomischung senken und damit das GKV-System insgesamt entlasten zu können.

Zunächst lassen sich Indizien für einen Zusammenhang von Einkommen und Lebenserwartung (Kroh et al., 2012) oder Einkommen und Gesundheit (Bundesregierung, 2013) anführen.⁶ Deshalb erscheint die Annahme plausibel, dass

⁶ Im aktuellen Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird deutlich, dass der Gesundheitszustand mit der sozialen Stellung zusammenhängt, mittelbar also das Einkommen Einfluss auf die Gesundheitschancen hat (Bundesregierung, 2013, 259 ff.). Dagegen belegen frühere regressionsanalytische Untersuchungen für Deutschland einen allenfalls schwachen Zusammenhang beider Größen (Brennecke, 1998).

sich im PKV-System vor allem relativ günstige Versicherungsrisiken sammeln. Denn aus der Gruppe der abhängig Beschäftigten können sich nur Angestellte mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze für die private Alternative entscheiden.

Allerdings gilt diese Vermutung für selbständige PKV-Versicherte und Beamte nicht. Denn bei den beihilfeberechtigten Personen sind auch die niedriger besoldeten Staatsdiener des einfachen und mittleren Dienstes mit ihren nicht erwerbstätigen Familienangehörigen erfasst. Allein die Versicherten mit Beihilfeanspruch machen aber innerhalb der PKV mit 47,3 Prozent fast die Hälfte der PKV-Versicherten aus (PKV, 2012, 29). Auch die Gruppe der Selbständigen zählt nicht per se zu den Besserverdienenden. Ein hoher Anteil konzentriert sich in den mittleren Schichten der Einkommensverteilung (Pimpertz/Horschel/Schröder, 2009, 54). Schließlich ist das Einkommen nicht allein für die Höhe des Versicherungsrisikos ausschlaggebend. Ein weiteres relevantes Merkmal ist zum Beispiel die Altersstruktur der zu integrierenden PKV-Versicherten, das über die Einkommenshöhe nicht kontrolliert werden kann.

Aber selbst wenn man trotz der bisherigen Überlegungen an der Hypothese festhält, dass Privatversicherte ein günstigeres Versicherungsrisiko darstellen und deshalb mit der Einbeziehung bislang privat krankenversicherter Personen eine günstigere Risikomischung im gesetzlichen System erreicht werden kann, würde vor dem Hintergrund ungelöster Steuerungsprobleme ein solcher Effekt allenfalls für eine Atempause sorgen. Die Fehlanreize selber werden nicht tangiert. Eine Atempause wäre deshalb sogar kontraproduktiv, weil der Anpassungsdruck auf die Akteure und namentlich auf den Gesetzgeber zunächst sinken würde und damit wertvolle Zeit für notwendige Reformen verloren zu gehen droht.

5. Mehr Solidarität kostet Solidarität

Die verschiedenen Konzepte der Bürgerversicherung werden in der Öffentlichkeit aber weniger hinsichtlich ihrer ökonomischen Eignung beworben als vielmehr mit Blick auf vermeintliche Gerechtigkeitsgewinne. Im Mittelpunkt steht dabei meist die Frage nach der Abgrenzung beitragspflichtiger Einkommen, die aber erst im folgenden Absatz diskutiert wird. Vorab ist grundsätzlich zu hinterfragen, ob das Solidaritätsprinzip tatsächlich allein durch die Vereinheitlichung von privater und Gesetzlicher Krankenversicherung gestärkt werden kann.

Unterschiedliche Dimensionen von Solidarität

Ausgangspunkt ist das Bekenntnis des Gesetzgebers in §3 SGB V zu einer solidarischen Finanzierung. Dabei vermeidet der Gesetzgeber eine genaue Spezifikation des Solidaritätsbegriffs, lediglich die beitragsfreie Absicherung von

Familienangehörigen ohne eigene Einkommen wird explizit festgeschrieben. Was Solidarität konkret bedeutet, wird erst in Abgrenzung zur privatwirtschaftlichen Versicherungsidee deutlich (Pimpertz, 2003b, 10 ff.).

- **Versicherungsprinzip:** Wie bei jeder Versicherung sorgt auch die GKV für einen Schadensausgleich, indem die Kosten im Behandlungsfall vom Kollektiv aller Beitragszahler übernommen werden.
- **Solidarität im engen Sinne:** Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung unterscheidet die Gesetzliche Krankenversicherung aber nicht nach den individuellen Gesundheitsrisiken. Bei ansonsten gleichen Merkmalen wird zum Beispiel ein genetisch vorbelasteter Versicherter zu gleichen Konditionen aufgenommen wie ein unvorbelastetes Mitglied.
- **Intergenerative Umverteilung:** Typischerweise steigt das Gesundheitsrisiko mit dem Alter an. Das Solidaritätsprinzip im engen Sinne verlangt, dass bei ansonsten gleichen Merkmalen junge und ältere Mitglieder trotz ihrer unterschiedlichen Erkrankungsrisiken zu gleichen Konditionen abgesichert werden. Der demografische Wandel sorgt aber dafür, dass der Anteil älterer Versicherte steigt. Deshalb führt das Solidaritätsprinzip im engen Sinne im Umlageverfahren zwangsläufig zu einer Belastung nachfolgender Beitragszahler-Generationen.
- **Einkommensumverteilung:** Daneben sorgt die einkommensproportionale Beitragsfinanzierung für eine Umverteilung, weil bei gleichem Risiko Versicherte mit höherem Einkommen einen entsprechend höheren Beitrag entrichten müssen. Mit Blick auf das Leistungsfähigkeitsprinzip funktioniert diese Umverteilung allerdings unzulänglich, weil die Definition beitragspflichtiger Einkommen sowohl von der im Steuerrecht definierten Leistungsfähigkeit abweicht als auch von anderen, im Sozialrecht üblichen Abgrenzungen (z. B. bei der Berechnung von Unterhaltspflichten).
- **Familienpolitisch motivierte Umverteilung:** Schließlich werden Kinder und Ehepartner ohne eigenes Einkommen beitragsfrei abgesichert.

Die Auffächerung der verschiedenen Dimensionen von Solidarität macht deutlich, dass mit der Ausweitung der Pflichtversicherung gegenläufige Effekte verbunden sind. Denn dem Mehr an Solidarität im Sinne der Einkommensumverteilung oder Risikomischung steht ein Verzicht auf die bisherige Form der kapitalgedeckten Krankenversicherung gegenüber. Das PKV-System sorgt aber bislang dafür, dass deren Mitglieder für die Finanzierung ihrer alterungsbedingt steigenden Risiken vorsorgen, statt diese Lasten wie im Umlageverfahren auf nachfolgende

Generationen zu überwälzen.^{7, 8} Die vermeintliche Stärkung des Solidaritätsprinzips wird also durch die Schwächung der intergenerativen Solidarität relativiert.

Positive Finanzierungseffekte fraglich

Auch im Kontext von Verteilungsgerechtigkeit wird das Argument bemüht, dass privat Versicherte über höhere Einkommen verfügen. Dieses Mal geschieht das aber nicht mit Blick auf den vermeintlich günstigen Einfluss auf die Risikomischung, sondern in der Hoffnung auf einen positiven Finanzierungseffekt. Für diese Hoffnung sprechen scheinbar Ergebnisse einer Mikrosimulationsstudie, die Bündnis 90/Die Grünen beauftragt hatten. Demnach hätte im Jahr 2008 durch die Ausweitung des Kreises der Pflichtversicherten bei ansonsten unverändertem Beitragsrecht der Beitragssatz um 1,1 Prozentpunkte gesenkt werden können (Rothgang/Arnold/Unger, 2010, 143). Dieser Effekt steht aber unter zwei gravierenden Vorbehalten:

- Das Simulationsergebnis nimmt die Integration des Bestands der PKV-Versicherten vorweg. Abgesehen von Bestandsschutzrechten beim Übergang zu einem einheitlichen Bürgerversicherungsmodell ist aus juristischer Sicht aber bislang ungeklärt, wie bei faktischer Abschaffung der PKV mit den aufgelaufenen, mit Kapital unterlegten Anwartschaften verfahren werden kann. Eine Individualisierung des Kapitalstocks und anteilige Ausschüttung an die bisherigen PKV-Versicherten stößt dabei ebenso auf ungelöste eigentumsrechtliche Fragen wie der umgekehrte Fall einer Sozialisierung des Kapitalstocks. Modelliert man stattdessen einen schrittweisen Übergang zum Bürgerversicherungsmodell, dann können die prognostizierten Entlastungen des Beitragssatzes aber nur auf sehr lange Sicht realisiert werden. Kurzfristig wäre allenfalls ein marginaler Effekt möglich.
- Noch gravierender ist der Einwand, dass die zitierten Ergebnisse auf einem statischen Mikrosimulationsmodell beruhen. Es berücksichtigt weder die anreizbedingten Anpassungen des Arbeitsangebots noch Reaktionen der Arbeitsnachfrage. Dass diese Effekte relevant sind, zeigt eine Untersuchung des Sachverständigenrats, der für die Einführung einer Bürgerversicherung bereits kurzfristig mit negativen Beschäftigungseffekten von 2 bis 3 Prozent rechnet (SVR, 2003, 212 ff.).

⁷ Das gilt für privat krankenversicherte Angestellte und Selbständige im Umfang der gesetzlichen Versicherungspflicht, für beihilfeberechtigte Staatsdiener anteilig für die Deckungslücke zwischen Beihilfe und versicherungspflichtigem Mindestumfang.

⁸ Die privaten Versicherungsgesellschaften hatten im Jahr 2011 über 168 Milliarden Euro an Deckungsrückstellungen bilanziert. Weitere 16,7 Milliarden Euro wurden an versicherungstechnischen Rückstellungen, die zum Beispiel für Beitragsrückerstattungen oder noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle eingestellt (PKV, 2012, 64ff.).

6. **Erweiterte Beitragspflicht verschärft Anreizprobleme**

Neben der Ausdehnung des Kreises pflichtversicherter Personen, die bislang im Mittelpunkt stand, soll im Rahmen einer Bürgerversicherung die Beitragspflicht auf bislang beitragsfreie Einkommensbestandteile ausgedehnt werden. Dabei geht es um die Vorstellung, dass die Finanzierungslasten innerhalb der GKV nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit verteilt werden sollen.⁹

Trennung von Leistungsfähigkeitsprinzip und Versicherungsmotiv

Die Idee der Leistungsgerechtigkeit hat zwei Dimensionen: Zum einen sollen Haushalte mit gleicher Leistungsfähigkeit auch gleich belastet werden (horizontale Gerechtigkeit), zum anderen sollen Haushalte mit höherer Leistungsfähigkeit höhere Finanzierungslasten schultern (vertikale Gerechtigkeit). Beide Dimensionen werden in der GKV durchbrochen: Bei ansonsten gleicher Leistungsfähigkeit privilegiert die Beschränkung der Beitragspflicht auf Arbeitsentgelte (sowie gesetzliche und betriebliche Rentenzahlungen) jene Haushalte, deren Einkommen sich (auch) aus bislang beitragsbefreiten Einkommensquellen speisen. Die Bemessungsgrenze kappt außerdem die Beitragspflicht und privilegiert GKV-Mitglieder mit höheren Einkommen. Die scheinbar naheliegende Schlussfolgerung lautet deshalb, alle Einkommensquellen unter Verzicht auf eine Bemessungsgrenze der Beitragspflicht zu unterwerfen. Allerdings ignoriert die Argumentation kontraproduktive Anreize, die aus der einkommensabhängigen Finanzierung resultieren. Der steuerähnliche Charakter der Beiträge unterdrückt Anreize zu kostenbewusstem Verhalten (SVR, 2004, 390 ff.).

Somit drängt sich das Bild von einem trade-off zwischen Effizienz und Gerechtigkeit auf. Dem „kühlen“ Ökonomen, der für mehr Kostenverantwortung und Preissteuerung votiert, stehen demnach jene gegenüber, die das Gerechtigkeitsprinzip hoch halten. Doch dieser vermeintliche trade-off existiert nur unter der Prämisse, dass ein Krankenversicherungssystem einkommensabhängig finanziert werden soll. Dabei spricht wenig dafür, einkommensbezogene und gesundheitsbezogene Sicherungsmotive in einem System zu verfolgen (dazu Pimpertz, 2001, 83 ff. und die dort zitierte Literatur). Würden dagegen Verteilungsziele in einem einheitlichen Steuer-Transfer-System angestrebt, die Absicherung gegen die Folgen im Krankheitsfall dagegen separat in einem

⁹ Für eine Ausdehnung der Beitragspflicht wird auch die vermeintlich erodierende Beitragsbemessungsgrundlage angeführt; der eingangs vorgestellte Befund entkräftet aber diesen Begründungszusammenhang. Ebenso wenig überzeugen Argumente, die mit Hinweis auf zukünftige Ausgabenentwicklungen zusätzliche Einnahmen generieren und Rücklagen innerhalb der GKV bilden wollen. Denn die umlagefinanzierte Krankenversicherung verfügt nicht über das Mandat zur Kapitalbildung.

Versicherungssystem organisiert, ließen sich beide Ziele – Krankenversicherung und Verteilungsgerechtigkeit – konfliktfrei, effizienter und zudem treffsicherer als im Status quo erreichen (Pimpertz, 2003b, 35 ff.; Horschel/Pimpertz, 2010).

Belastung von Vollzeitarbeit und Hochqualifizierten

Die Forderung nach einer leistungsgerechten Beitragsfinanzierung blendet aber nicht nur die Anreizprobleme innerhalb der GKV aus. Gleichzeitig bleiben mögliche Auswirkungen auf die Beschäftigung weitgehend unbeachtet. Deren Beurteilung erweist sich allerdings als schwierig, denn synchron müssen die Effekte einer Einbeziehung weiterer Einkommensquellen, der Variation der Bemessungsgrenze sowie die Forderung nach Beitragsparität zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag bedacht werden.

Zunächst fordern SPD, Bündnis 90/Die Grünen sowie DIE LINKE gleichermaßen die Abschaffung des Arbeitnehmer-Sonderbeitrags in Höhe von derzeit 0,9 Prozent. Bei Bündnis 90/Die Grünen soll der Beitragssatz paritätisch auf die Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufgeteilt werden. Die SPD fordert eine nominale Beitragsparität, also ein gleiches Beitragsaufkommen von abhängig Beschäftigten und Arbeitgebern. Werden aber Beitragssatz und Bemessungsgrenze variiert, kann eine Gleichverteilung nur im Nachhinein festgestellt werden.¹⁰ Zunächst ist aber festzuhalten, dass bei unveränderten Nettolohnansprüchen der Arbeitnehmer die Forderung nach Beitrags(satz)parität mit einer Erhöhung der Lohnnebenkosten um gut 5 Milliarden Euro einhergeht, die die Beschäftigungschancen am Standort Deutschland tendenziell verringern.

Dem kann entgegen gehalten werden, dass mit der Einbeziehung weiterer Einkommensarten die Belastung des Faktors Arbeit sinkt. Denn wenn sich das gleiche Beitragsaufkommen auf mehrere Quellen verteilt, kann der Beitragssatz grundsätzlich sinken. Anders als bei Einkommen aus unselbständiger oder selbständiger Tätigkeit wirkt aber eine Beitragspflicht auf Einkommen aus Vermögen, Vermietung und Verpachtung wie eine Vermögenssteuer. Weder Geldvermögen noch Grundbesitz können aber Leistungsansprüche in der GKV begründen. Infolge dieser impliziten Besteuerung des Vermögens entsteht ein negativer Investitionsanreiz, der einer Entlastung des Faktors Arbeit langfristig entgegen wirkt. Denn eine Schwächung der Investitionsneigung am Standort Deutschland schwächt mittelbar auch die Beschäftigungschancen der Erwerbsbevölkerung.

Allerdings wird dieser Effekt durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt. Solange an der geltenden Obergrenze festgehalten wird, wird eine Erweiterung der

¹⁰ Das birgt Risiken für eine politisch beabsichtigte stärkere Belastung der Arbeitgeber – unmittelbar ein Unsicherheitsfaktor für Unternehmen, mittelbar eine Hypothek für die Beschäftigungschancen.

Beitragspflicht allenfalls einen mäßigen Einfluss auf die Höhe des Beitragssatzes haben.¹¹ Deshalb wird vorgeschlagen, die Beitragsbemessungsgrenze zum Beispiel auf das in der Gesetzlichen Rentenversicherung gültige Niveau anzuheben (Bündnis90/Die Grünen). In der Folge käme es zu einer weiteren Umverteilung der Beitragslasten – zugunsten von Beschäftigten mit Arbeitsentgelten unterhalb der bisherigen Bemessungsgrenze und zu Lasten jener, deren Entgelte darüber liegen. Im Vergleich zum Status quo wirkt eine solche Umverteilung wie eine Besteuerung relativ hoch entlohnter Beschäftigungsverhältnisse. Das sind aber vor allem Vollzeit-Arbeitsverhältnisse mit vergleichsweise gut qualifizierten Arbeitnehmern, die die Zukunftschancen der deutschen Volkswirtschaft sichern sollen. Noch weiter geht die Idee der SPD, die Bemessungsgrenze zumindest auf Seiten der Unternehmen gänzlich aufzuheben (Handelsblatt vom 10.05.2011). Eine derartige Lohnsummensteuer würde aber die Beschäftigungschancen von Hochqualifizierten noch stärker belasten als im vorangegangenen Modell.

Verdoppelung bürokratischer Lasten

Schließlich wäre eine umfassende Beitragspflicht nur mit zusätzlicher Bürokratie zu realisieren. Die Krankenkassen hätten nicht nur die Einkommensverhältnisse ihrer Mitglieder umfassend zu prüfen, sondern darüber hinaus auch die der bislang beitragsfrei versicherten Ehepartner und Kinder. Dabei liegen diese Informationen zumindest für steuerpflichtige Personen bereits heute den Finanzämtern vor. Statt bürokratische Abläufe und Strukturen zu duplizieren, wäre es wesentlich einfacher, die Einkommensumverteilung von der Krankenversicherung zu trennen und sie innerhalb des bestehenden Apparates der Finanzverwaltung und im Rahmen des allgemeinen Steuer-Transfer-System zu organisieren.

7. Fazit

Das Heilsversprechen ihrer Protagonisten vermag die Bürgerversicherung nicht einzulösen – unabhängig von ihrer konkreten Ausgestaltung. Denn die Fehlsteuerungen, die zu einem überproportionalen Ausgabenanstieg in der GKV führen, können nicht durch die Ausweitung unerwünschter Anreize auf weitere Personenkreise überwunden werden. Umgekehrt bedeutet das aber, dass die Bürgerversicherung keine Voraussetzung für mehr Wettbewerb innerhalb der GKV

¹¹ Die bereits zuvor zitierte Mikrosimulationsstudie von Rothgang/Arnold/Unger kommt für das Jahr 2008 zu einem Entlastungspotenzial von 0,5 Beitragssatzpunkten für den Fall, dass bei den derzeitigen GKV-Versicherten alle Einkommensquellen unter ansonsten unverändertem Beitragsrecht abgabepflichtig werden (Rothgang/Arnold/Unger, 2010, 140). Dieser Effekt tritt aber nur unter der Annahme ein, dass sich die veränderten Finanzierungsregeln nicht auf die Beschäftigung auswirken – eine wie bereits diskutiert eher kritische Annahme.

ist. Weder die Versichertenstruktur der PKV-Versicherten noch deren Einkommensstruktur geben Anlass zu der Hoffnung, dass mit einer Ausdehnung der Pflichtversicherung dauerhaft Entlastungen realisiert werden können.

Selbst vorgebliche Gerechtigkeitsgewinne infolge einer erweiterten Beitragspflicht stehen unter gravierenden Vorbehalten. Denn die einkommensproportionale Beitragsfinanzierung sorgt auf Seiten der Versicherten für Fehlanreize, eine Ausdehnung der steuerähnlichen Wirkung würde den unerwünschten Effekt sogar verstärken.

Und ein vermeintliches Mehr an Verteilungsgerechtigkeit ließe sich nur auf Kosten der Solidarität mit nachfolgenden Generationen realisieren. Denn eine Bürgerversicherung würde zur Abschaffung der privaten Krankenversicherung führen. Aber nur in dieser kapitalgedeckten Form sorgen gut 4,7 Millionen Menschen vollständig und weitere 4,2 Millionen Menschen zumindest teilweise für ihre altersbedingt steigenden Ausgaben vor, ohne die Lasten wie im Umlageverfahren auf nachfolgende Beitragszahler-Generationen zu überwälzen.

Auch wenn die Alternative derzeit nicht zur Wahl steht, erst eine Trennung von Versicherung und Verteilung, eine Finanzierung über Prämien mit steuerfinanziertem Sozialausgleich, schafft die Voraussetzung, um die Probleme innerhalb der GKV zu lösen. Dabei können die zu Recht angesprochenen Verteilungsziele im allgemeinen Steuer-Transfer-System treffsicherer verfolgt werden als im Status quo und im Vergleich zum Bürgerversicherungsmodell mit ungleich weniger bürokratischem Aufwand.

Literatur

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit**, 2013a, Positive Lohn- und Beschäftigungsentwicklung stärkt Sozialsysteme – auch die gesetzliche Krankenversicherung erzielt 2012 Mehreinnahmen, Pressemitteilung des BMG, Berlin, 07. März 2013, URL: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2013-01/finanzentwicklung-in-der-gkv-2012.html> [Stand: 2013-03-08]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit**, 2013b, Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13, verschiedene Jahrgänge, URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2012.pdf [Stand: 2013-05-13]
- Brennecke**, Ralph, 1998, Einkommen und Gesundheit, Längsschnittanalyse mit dem sozioökonomischen Panel, in: Galler, H. P.; Wagner, G. (Hrsg.): Empirische Forschung und wirtschaftspolitische Beratung, Frankfurt, S. 226–240
- Breyer**, Friedrich / **Ulrich**, Volker, 2000, Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, vol. 220/1, Stuttgart, S. 1–17
- Bundesregierung**, 2013, Lebenslagen in Deutschland – Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 2013-04-20]
- DIW – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung**, 2001, Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin, URL: <http://www.diw.de/sixcms/detail.php/38789> [Stand: 2002-01-15]
- Engelen-Kefer**, Ursula, 2002, Die Finanzierungsbasis der Kassen muß verbreitert werden, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 5/2002 vom 07.01.2002, S. 12
- Felder**, Stefan, 2013, Managing The Healthcare System, in: CESifo DICE Report, Journal for Institutional Comparisons, vol. 11, No. 1, S. 3–6
- Finkenstädt**, Verena / **Niehaus**, Frank, 2013, Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen, Köln
- Handelsblatt**, 2011, SPD hat Bürgerversicherung falsch berechnet, von Peter Thelen, 10.05.2011, URL: <http://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/unmut-in-der-partei-spd-hat-buergerversicherung-falsch-berechnet/4158136.html> [Stand: 2013-05-30]

- Henke**, Klaus-Dirk / **Richter**, Wolfram F., 2013, Wettbewerbliche Ordnungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: ifo Schnelldienst, 66. Jg., Nr. 4/2013, S. 15-21
- Knappe**, Eckhard / **Roppel**, Ulrich, 1986, Allokationsprobleme im System der gesetzlichen Krankenversicherung, in: WiSt – Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 15. Jg., Heft 3, S. 127–134
- Kroh**, Martin / **Neiss**, Hennes / **Kroll**, Lars / **Lampert**, Thomas, 2012, in: DIW-Wochenbericht Nr. 38/2012, S. 3–15
- Meyer**, Dirk, 1993, Der Nulltarif im Gesundheitswesen zur Steuerung des medizinisch-technischen Fortschritts, in: WiSt – Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 22. Jg., Heft 7, S. 348–352
- OECD Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung**, 2006, OECD Wirtschaftsausblick, Nr. 79, Paris
- Pimpertz**, Jochen, 2001, Marktwirtschaftliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik Nr. 121, Köln
- Pimpertz**, Jochen, 2003a; Ausgabenexplosion statt Einnahmenerosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: IW-Trends, Zeitschrift für empirische Wirtschaftsforschung, 30. Jg., Heft 1/2003, S. 24–34
- Pimpertz**, Jochen, 2003b, Solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, IW-Positionen Nr. 2, Köln
- Pimpertz**, Jochen, 2004, Kap. II.8 Soziale Sicherung, in: Perspektive 2050 – Ökonomik des demographischen Wandels, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Köln, S. 239-264
- Pimpertz**, Jochen, 2007, Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, IW-Positionen Nr. 28, Köln
- Pimpertz**, Jochen, 2010, Ausgabentreiber in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: IW-Trends, Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, Jg. 37, Heft 2/2010, S. 75–90
- Pimpertz**, Jochen / **Horschel**, Nicole / **Schröder**, Christoph, 2009, Soziale Umverteilung in Deutschland, IW-Analysen Nr. 49, Köln
- Pimpertz**, Jochen / **Kirchhoff**, Jasmina, 2012, Gesundheitswesen – Wachstumsmotor mit Fragezeichen, in: Wirtschaftswachstum?! Warum wir wachsen sollten und warum wir wachsen können, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Köln, S. 131–147
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung**, 2012, Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012, Köln

- Roll, Kathrin/ Stargardt, Tom/ Schreyögg, Jonas**, 2012, Einfluss von Versichertenstatus und Einkommen auf die Wartezeit im ambulanten Bereich. Monitor Versorgungsforschung 5/2012, S. 27–35
- Rothgang, Heinz / Arnold, Robert / Unger, Rainer**, 2010, Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, URL: <http://www.zes.uni-bremen.de/das-zentrum/organisation/mitglieder/heinz-rothgang/gutachten/> [Stand: 2013-04-20]
- Rürup-Kommission**, 2003, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, URL: <http://www.soziale-sicherungssysteme.de> [Stand: 2003-09-01]
- Straubhaar, Thomas / Geyer, Gunnar / Locher, Heinz / Pimpertz, Jochen / Vöpel, Henning**, 2006, Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen – Beschäftigungswirkungen eines modernen Krankenversicherungssystems, in: Klusen, Norbert / Meusch, Andreas (Hrsg.), Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 14, Baden-Baden
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung**, 2003, Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Jahresgutachten 2003/2004, Wiesbaden
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung**, 2004, Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/2005, Wiesbaden