

Augurzky, Boris; Felder, Stefan

Research Report

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

RWI Materialien, No. 75

Provided in Cooperation with:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris; Felder, Stefan (2013) : Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung, RWI Materialien, No. 75, ISBN 978-3-86788-492-1, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/81137>

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.



Materialien

Boris Augurzky
Stefan Felder

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Impressum

Vorstand des RWI

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Manfred Breuer; Reinhold Schulte (stellv. Vorsitzende);

Dr. Hans Georg Fabritius; Prof. Dr. Justus Haucap; Hans Jürgen Kerckhoff;

Dr. Thomas Köster; Dr. Thomas A. Lange; Martin Lehmann-Stanislawski;

Hans Martz; Andreas Meyer-Lauber; Hermann Rappen; Reinhard Schulz;

Dr. Michael N. Wappelhorst

Forschungsbeirat

Prof. Michael C. Burda, Ph.D.; Prof. Dr. Lars P. Feld; Prof. Dr. Stefan Felder;

Prof. Nicola Fuchs-Schündeln, Ph.D.; Prof. Timo Goeschl, Ph.D.; Prof. Dr. Justus

Haucap; Prof. Dr. Kai Konrad; Prof. Dr. Wolfgang Leininger; Prof. Regina T.

Riphahn, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht; Prof. Dr. Paul Klemmer †; Dr. Dietmar Kuhnt

RWI Materialien Heft 75

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1–3, 45128 Essen, Tel. 0201 – 8149-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2013

Schriftleitung:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktionelle Bearbeitung:

Katharina Brach, Sabine Weiler

Konzeption und Gestaltung:

Julica Marie Bracht, Daniela Schwindt

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-492-1

Materialien

Boris Augurzky, Stefan Felder

**Volkswirtschaftliche Kosten
und Nebenwirkungen
einer Bürgerversicherung**

Heft 75

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über: <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die vorliegende Arbeit basiert auf einem Projekt für den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV).

Dr. Boris Augurzky ist Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI in Essen und Vorsitzender des Ausschusses „Stationäre Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie dggö.

Prof. Dr. Stefan Felder ist Ordinarius und Leiter der Abteilung Health Economics am Wirtschaftswissenschaftlichen Zentrum der Universität Basel. Zudem ist er Direktor des Gesundheitsökonomischen Zentrums CINCH der Universität Duisburg-Essen, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie dggö und Geschäftsführer der European Health Economics Association EuHEA.

Die Autoren danken Prof. Dr. Harald Tauchmann, Anna Talmann und Renger van Nieuwkoop für ihre wertvolle Unterstützung und engagierte Mitarbeit.

Mitglied der



Das RWI wird vom Bund und vom Land Nordrhein-Westfalen gefördert.

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-492-1

Inhalt

Executive Summary 5

Einleitung 10

2. Volkswirtschaftliches Modell und Daten 13

- 2.1 Berechenbares Allgemeines Gleichgewichtsmodell 13
- 2.2 Haushaltstypen 14
- 2.3 Wirtschaftssektoren und Konsumgüter 21
- 2.4 Staat, Sozialversicherung, Außenhandel und Arbeitsmarkt 23
- 2.5 Kranken- und Pflegeversicherung 24
- 2.6 Das Referenzszenario BAU („business as usual“) 25

3. Einzelne Reformparameter 27

- 3.1 Nur direkt die GKV betreffend 27
 - 3.1.1 Anhebung oder partielle Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze 28
 - 3.1.2 Einbeziehung aller Einkunftsarten 30
 - 3.1.3 Reform der beitragsfreien Familienmitversicherung 33
 - 3.1.4 Herstellung der paritätischen Finanzierung 34
 - 3.1.5 Ausweitung der Steuerfinanzierung 35
- 3.2 Das Verhältnis zwischen GKV und PKV 35
 - 3.2.1 Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich 36
 - 3.2.2 Einbeziehung der PKV in den Gesundheitsfonds 37
 - 3.2.3 Verbot des Neugeschäfts der PKV 38
 - 3.2.4 Verbot des Neugeschäfts der PKV und befristete Rückkehroption in die GKV 41
 - 3.2.5 Völlige Schließung der PKV 44
- 3.3 Folgen einer Schwächung der PKV 44
 - 3.3.1 Wegfall des PKV-GKV-Systemwettbewerbs 45
 - 3.3.2 Wegfall der Kapitaldeckung in der PKV 46
 - 3.3.3 Einschränkung der Konsumentensouveränität 47
 - 3.3.4 Wegfall von in der PKV angelegten Steuerungsmechanismen 48

4. Reformpakete der Parteien 49

- 4.1 Die Linke 49
- 4.2 Bündnis 90/Die Grünen 50
- 4.3 SPD 51
- 4.4 Beurteilung der Vorschläge der Parteien 53

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

5. Fazit 53

6. Glossar & Abkürzungsverzeichnis 58

7. Literatur 62

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1	Anzahl Personen je Haushaltstyp	18
Schaubild 2	Nutzen der Haushalte	19
Schaubild 3	Messung der Wohlfahrtsänderung: Äquivalente Einkommensvariation	20
Schaubild 4	Produktionstechnologie der Unternehmen	22

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	Haushaltstypen im Modell	16
Tabelle 2	Monatliches Haushaltseinkommen (brutto) in Euro nach Haushaltstypen	17
Tabelle 3	Anzahl Versicherte nach GKV und PKV	25
Tabelle 4	BIP, Beschäftigung und Wohlfahrt	26
Tabelle 5	PKV- und GKV-Ausgaben und GKV-Beitragssatz	27
Tabelle 6	Änderungen durch Anhebung der BBG auf das Niveau der Rentenversicherung; Vergleich zu BAU	29
Tabelle 7	Änderungen durch Anhebung der Kapitalertragssteuer; Vergleich zu BAU	33
Tabelle 8	Änderungen durch Verbot des Neugeschäfts der PKV; Vergleich zu BAU	40
Tabelle 9	Änderungen durch Verbot des Neugeschäfts und befristete GKV-Rückkehrproption („Wüstenrot-Modell“); Vergleich zu BAU	42
Tabelle 10	Änderungen durch Schließung der PKV; Vergleich zu BAU	43

Verzeichnis der Kästen

Kasten 1	Unterschiedliche Preisniveaus der GKV und PKV	39
----------	-----------------------------------------------	----

Executive Summary

Die Diskussion um die Reform des deutschen Krankenversicherungsmarktes kreist seit mehreren Jahren um die beiden Reformoptionen „Gesundheitsprämie“ und „Bürgerversicherung“. Seit der Veröffentlichung des Berichts der sogenannten „Rürup-Kommission“ im Jahr 2003 wird die „Bürgerversicherung“ als eine Option für die Reform des deutschen Krankenversicherungssystems diskutiert (BMGS 2003). Diese Idee wurde insbesondere von den Parteien des linken politischen Spektrums (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke) mit jeweils unterschiedlichen Variationen aufgegriffen. Zentrales und namensgebendes Ziel der Bürgerversicherung ist es, einen integrierten Krankenversicherungsmarkt zu schaffen, der die bestehende Dualität aus der privaten Krankenversicherung (PKV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beseitigt. Dabei ist allen Bürgerversicherungskonzepten gemeinsam, dass hierzu die Zuständigkeit der GKV auf die Gesamtbevölkerung ausgeweitet werden soll. Ausgeblendet wird dabei in der Regel der umgekehrte Weg, d.h. die Integration der Versicherungssysteme unter dem Vorzeichen der PKV. Da eine an der PKV orientierte Reform der GKV in Deutschland praktisch nicht diskutiert wird, wird sie in diesem Gutachten auch nicht weiter verfolgt.

Die Umsetzung des Konzepts eines integrierten Versicherungsmarktes, in dem die Private Krankenvollversicherung keine Rolle mehr spielt, ist jedoch mit vielen offenen Fragen verbunden. Die juristische Frage, in welcher Form eine solche Änderung rechtlich zulässig wäre, wird hier nicht weiter beleuchtet. Stattdessen wird das Konzept insbesondere aus ökonomischer Perspektive hinterfragt: Wie würde sich der Wegfall der Systemkonkurrenz von PKV und GKV auswirken? Welche Folgen ergäben sich für bisher privat Versicherte? Welche langfristigen volkswirtschaftlichen Konsequenzen sind zu erwarten, wenn mit der PKV auch die auf Kapitaldeckung basierende Komponente des deutschen Krankenversicherungssystems wegfiel?

Da eine solche Reform die Weichen für die Entwicklung des Krankenversicherungssystems über Jahrzehnte neu stellen würde, werden Analysen, die nur die kurzfristigen Effekte ins Zentrum der Betrachtung stellen, der Bedeutung eines solchen Strukturbruchs aus mehreren Gründen nicht gerecht. Erstens lassen sie gesamtwirtschaftliche Aspekte wie das BIP und den Arbeitsmarkt außer Acht. Zweitens beziehen sie bereits abzusehende zukünftige Veränderungen, wie zum Beispiel die demografische Entwicklung, nicht ein. Drittens lassen sie Verhaltensänderungen der Betroffenen, die sich nicht auf den Krankenversicherungsmarkt beschränken, unberücksichtigt. Für eine umfassende ökonomische Bewertung

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

einer Abschaffung der PKV ist es daher unerlässlich zu berücksichtigen, dass Haushalte und Unternehmen auf veränderte Rahmenbedingungen reagieren und diese Verhaltensanpassungen in einer national sowie international vielfältig verflochtenen Volkswirtschaft weitreichende gesamtwirtschaftliche Effekte auslösen.

Um diese analytischen Schwächen zu überwinden, berücksichtigt die vorliegende Studie die angesprochenen Verhaltensänderungen explizit. Es gelingt ihr somit, die volkswirtschaftlichen Effekte einer Abschaffung der PKV zu beurteilen und sie, wo möglich, mit Hilfe eines Berechenbaren Allgemeinen Gleichgewichtsmodells (BAG) zu quantifizieren. Das dabei eingesetzte Modell bildet Wechselwirkungen zwischen den Eingriffen des Staates und den Reaktionen der Wirtschaftssubjekte ab, d.h. es berücksichtigt, dass Haushalte und Unternehmen ihr Verhalten an geänderte Rahmenbedingungen anpassen. Es quantifiziert die Netto-Effekte auf das Sozialprodukt, die Beschäftigung und die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt. Das Modell bildet die deutsche Volkswirtschaft bis zum Jahr 2040 ab und ermöglicht so, auch mittel- und langfristige Effekte von Reformen zu erfassen.

Insgesamt werden 27 Haushaltstypen auf der Grundlage des Haushaltseinkommens, des Familienstandes und der Krankenversicherung des Haupteinkommensbeziehers unterschieden. Ferner bilden 69 Wirtschaftssektoren das Produktionsmodell der Volkswirtschaft einschließlich der Verflechtungen der Sektoren ab. Diese umfassen Käufe und Verkäufe von Vorprodukten zwischen den Sektoren sowie Importe und Verkäufe an die Endnachfrager. Endnachfrager sind die Haushalte, der Staat und das Ausland. Die Gesetzliche und Private Krankenversicherung sowie die Soziale und Private Pflegeversicherung sind jeweils separat modelliert.

In einem Referenzszenario wird der 2013 gesetzlich geltende Rahmen fortgeschrieben. Es gilt das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) mit aktuellem Beitragssatz zum Gesundheitsfonds von 15,5%. In diesem Referenzszenario wird das Bruttoinlandsprodukt von derzeit 2675 Mrd. € um 22% auf 3255 Mrd. € bis 2040 steigen; wegen einer sinkenden Bevölkerungszahl pro Kopf sogar um 34%. Hierfür ist vor allem der arbeitssparende technische Fortschritt verantwortlich. Denn die Zahl der Erwerbstätigen geht von 33,9 Mill. Vollzeitäquivalenten bis 2040 auf 25,1 Mill. zurück. Das BIP im Gesundheitswesen steigt bis 2040 von 239 Mrd. € um 98% auf 472 Mrd. €. Damit klettert der Beitragssatz zum Gesundheitsfonds von 15,5% auf 22,4%. Für die GKV-Versicherten bedeutet die Finanzierung der GKV über das Umlageverfahren eine implizite Besteuerung, weil das Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens kleiner ist als die Rendite, die ihre Beiträge in einem Kapitaldeckungsverfahren erzielen würden. Der damit verbundene implizite Steuersatz auf das beitragspflichtige Einkommen beträgt im Durchschnitt über

Executive Summary

das Arbeitsleben der GKV-Versicherten betrachtet 6,7% pro Jahr. Mit anderen Worten handelt es sich um eine Negativrendite von 2,7% im Vergleich zu einer Verzinsung von 4,0%, die langfristig auf dem Kapitalmarkt erzielt wird.

In alternativen Szenarien werden die volkswirtschaftlichen Effekte von Bürgerversicherungskonzepten quantifiziert. Um eine Vermischung der Wirkungen verschiedener Einzelmaßnahmen zu vermeiden, werden im Modell die Reformkonzepte nicht als Ganzes, sondern nur in Form von Einzelmaßnahmen untersucht.

Anhebung oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Die Anhebung oder Aufhebung der BBG führt zu einer größeren Einkommensumverteilung und verstärkt damit den Steuercharakter der GKV-Beiträge. Aus einer Anhebung der BBG um fast 50% auf die BBG der Rentenversicherung resultieren höhere Einnahmen der GKV, womit der Beitragssatz gegenüber dem Referenzszenario um 0,4%-Punkte sinkt. Die Effekte auf das BIP und die Beschäftigung sind vernachlässigbar. Die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt wird damit nicht gefördert.

Einbeziehung aller Einkunftsarten. In eine ähnliche Richtung geht der Vorschlag zur Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Beitragsbemessung des GKV-Beitrags. Mehr noch als die alleinige Erhöhung der BBG hat dieser Vorschlag erhebliche einkommenspolitische Implikationen. Insofern wäre das einkommenspolitische Ziel einer stärkeren Besteuerung hoher Lohneinkommen und des Kapitaleinkommens besser bei den Finanzämtern aufgehoben, zumal zur Erfassung anderer Einkommensarten als nur des beitragspflichtigen Einkommens in der GKV Doppelstrukturen zu den Finanzämtern aufgebaut werden müssten. Es entstünde vor allem neue Bürokratie; die Bürger hätten mithin jährlich zwei Steuererklärungen abzugeben. Im volkswirtschaftlichen Modell stünden der Erhöhung der Kapitalertragssteuer von 25% auf 30% mit Weitergabe der Zusatzsteuereinnahmen an die GKV keine positiven Effekte auf das BIP, die Beschäftigung oder die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt gegenüber.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Verbot des Neugeschäfts (VNG). In diesem Szenario kommt das Neugeschäft der PKV zum Erliegen, die Bestandskunden bleiben jedoch der PKV erhalten. Beginnend 2013 schrumpft daher die PKV, bis in ferner Zukunft alle Bestandskunden verstorben sind. Um Einnahmeverluste der Leistungserbringer zu vermeiden, muss in diesem Szenario das Preisniveau der GKV kompensatorisch so angehoben werden¹, dass die Leistungserbringer insgesamt keinen Einnahmeverlust erleiden. Im Ergebnis führt die Bürgerversicherung in diesem politisch durchaus denkbaren Weg zu praktisch keiner Beitragssatzsenkung. Die Auswirkungen auf das BIP, die Beschäftigung und die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt sind negativ. Hier macht sich bemerkbar, dass ein nach dem Kapitaldeckungsverfahren organisiertes und gegenüber dem Umlageverfahren nachhaltigeres, weil demografiefesteres System sukzessive abgeschafft wird. Die Erweiterung des Personenkreises in der GKV führt umgekehrt dazu, dass zusätzliche Personen der impliziten Steuer der umlagefinanzierten GKV in Höhe von im Durchschnitt rund 6,7% pro Jahr des beitragspflichtigen Einkommens unterliegen. Die Einbeziehung der PKV in den Gesundheitsfonds hätte eine ähnliche Wirkung wie das VNG.

VNG der PKV und befristete Rückkehroption in die GKV. Wenn zusätzlich zum VNG außerdem für alle Bestandskunden eine zeitlich befristete Wechseloption zur GKV geschaffen wird, ist damit zu rechnen, dass vor allem Versicherte mit Kindern und ältere PKV-Versicherte die Wechseloption in Anspruch nehmen. Der GKV-Beitragssatz steigt daher zunächst sogar um rund 0,7%-Punkte an.

Völlige Schließung der PKV. Hier wechseln alle PKV-Bestandskunden sofort in die GKV. Das Preisniveau der GKV für Leistungserbringer wird wieder entsprechend angepasst.² Der GKV-Beitragssatz sinkt gegenüber dem Referenzszenario um 0,1%-Punkte, langfristig um 0,5%-Punkte. Die volkswirtschaftlichen Größen wie das BIP, die Beschäftigung und die Wohlfahrt wären allerdings negativ von der

¹ Eine Kompensation bedeutet, dass die GKV die Ärzte höher honorieren müsste, damit sich deren Gesamtvergütung nicht ändert. Dies würde voraussetzen, dass parallel zur Einführung der „Bürgerversicherung“ auch das Projekt „Anhebung des Einheitlicher Bewertungsmaßstabs (EBM)“ gelingt. Das scheint schwierig. Eine Kompensation könnte nicht beim Realverlust des einzelnen Arztes ansetzen, sondern müsste auf Basis von Durchschnittswerten in den Auszahlungspunktwert eingerechnet werden. Das heißt, es gäbe unter den Ärzten Gewinner und Verlierer. Die Auseinandersetzung zwischen den Ärzten könnte alle bisherigen Konflikte in der Ärzteschaft in den Schatten stellen

² Wasem et al. (2013) gehen davon aus, dass ein Szenario mit völliger Schließung der PKV zu Honorarverlusten für die Ärzte in Höhe von bis zu 6 Mrd. € pro Jahr führen würde, die dann ggf. in der GKV kompensiert werden müssten. Niehaus (2013) beziffert den spezifischen PKV-Mehrumsatz für die niedergelassenen Ärzte auf 5,4 Mrd. € pro Jahr, die zu kompensieren wären; der PKV-Mehrumsatz für alle Leistungserbringer insgesamt inkl. Krankenhäuser, Arznei- und Hilfsmittel beläuft sich demnach auf 11,1 Mrd. € pro Jahr.

Executive Summary

Schließung der PKV betroffen. Ein wesentlicher Grund hierfür ist die Ausweitung des Umlageverfahrens auf alle Bürger bzw. der Wegfall der im Vergleich zur GKV nachhaltigeren nach dem Kapitaldeckungsverfahren finanzierten PKV.

Es bleibt festzuhalten, dass diejenigen Reformmaßnahmen, die direkt die PKV betreffen, keine volkswirtschaftlich positiven, sondern negative Effekte zeigen – dies insbesondere, weil durch eine Abschaffung der PKV auch die im Vergleich zur GKV nachhaltigere Finanzierungsart geschwächt bzw. ganz aufgegeben würde. Der Einbezug der gesamten Bevölkerung in die Umlage der GKV erhöht insgesamt die implizite Besteuerung. Hinzu kommt, dass die in der PKV vorherrschende größere Wahlfreiheit in Bezug auf Versicherungstarife beschränkt würde. Derzeit kann ein PKV-Versicherter in größerem Umfang gemäß seiner persönlichen Präferenzen einen Versicherungstarif wählen, als das in der GKV der Fall ist. Die Konsumentensouveränität ist in der GKV eingeschränkter. Dies gilt auch für Steuerungsmechanismen, die in PKV-Tarifen implementierbar sind, die aber in der GKV durch die hohe Regelungsdichte häufig nicht konsequent genutzt werden dürfen.

Zudem verringert eine Bürgerversicherung die im System gesetzten Anreize, zum Wohle der Versicherten eine hohe Leistung bereit zu stellen. Bisher war durch die Konkurrenz der beiden nebeneinander stehenden Systeme eine derartige Anreizstruktur gegeben. Diese Anreizmechanismen gingen verloren. Stattdessen würde der Aspekt der Einkommensumverteilung zu Lasten aller anderen Aspekte des Systems im Vordergrund stehen. Alle Konzepte der Bürgerversicherung sehen eine Ausweitung der Einkommensumverteilung vor, d.h. also eine implizite Steuererhöhung. Sie verlagern eine Debatte über Steuererhöhungen in das GKV-System, das infolgedessen zu einem zweiten Finanzamt ausgebaut werden müsste. Die Konsequenz wären Doppelstrukturen, mehr Bürokratie und zwei statt einer Steuererklärung für die Bürger. Derzeit schützt die Existenz der PKV indirekt die GKV vor solchen Doppelstrukturen, weil sonst freiwillig Versicherte verstärkt in die PKV wechseln würden.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Einleitung

Die Diskussion um die Reform des deutschen Krankenversicherungsmarktes kreist seit mehreren Jahren um die beiden Reformoptionen „Gesundheitsprämie“ und „Bürgerversicherung“. Seit der Veröffentlichung des Berichts der sogenannten „Rürup-Kommission“ (BMGS 2003) wird die „Bürgerversicherung“ als eine Option für die Reform des deutschen Krankenversicherungssystems diskutiert. Die Idee der Bürgerversicherung wurde von Teilen der Wissenschaft (Greß, Rothgang 2010; Pfaff et al. 2005) propagiert, insbesondere aber von den Parteien des linken politischen Spektrums (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke) aufgegriffen. Tatsächlich stellt die „Bürgerversicherung“ kein in sich geschlossenes Konzept dar. Vielmehr handelt es sich bei den bislang unterbreiteten konkreten Vorschlägen zur Einführung einer Bürgerversicherung um ein Bündel von Reformmaßnahmen. Diese können, im Einzelnen betrachtet, höchst unterschiedlich bewertet werden und könnten in Teilen ebenso gut in anderen Reformkonzepten Platz finden.

Zentrales und namensgebendes Ziel der Bürgerversicherung ist es, einen integrierten Krankenversicherungsmarkt zu schaffen, der die derzeit bestehende Dualität zwischen gesetzlicher und privater Krankenvollversicherung aufhebt. Dabei ist allen Bürgerversicherungskonzepten gemeinsam, dass dieser integrierte Vollversicherungsmarkt darin bestehen soll, dass die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf die Gesamtbevölkerung ausgeweitet wird. Ausgeblendet wird dabei in der Regel der umgekehrte Weg, d.h. die Integration der Versicherungssysteme unter dem Vorzeichen der privaten Krankenversicherung (PKV). Eine an der PKV orientierte Reform der GKV wird in Deutschland praktisch nicht diskutiert und daher auch in dieser Untersuchung nicht weiter verfolgt.

Die Konzepte unterscheiden sich zum Teil erheblich darin, wie die Abschaffung der PKV gestaltet werden soll. Neben der Verdrängung der PKV aus dem Markt für Krankenvollversicherungen sehen aber alle Konzepte für die Bürgerversicherung Reformmaßnahmen vor, die zunächst nur die Finanzierungsseite der GKV betreffen. Grundsätzlich könnten diese auch im bestehenden GKV-System umgesetzt werden, ohne dass dazu die GKV auf weitere Bevölkerungsgruppen ausgeweitet werden müsste. Dies ist insofern wichtig, als dass alle Bürgerversicherungskonzepte Maßnahmenbündel sind, die durchaus auch einzelne Reformelemente innerhalb des GKV-Systems enthalten. Gut begründbare Einzelmaßnahmen sind aber nicht notwendigerweise ein Argument für die Einführung des Gesamtpakets, wenn sie auch unabhängig voneinander umgesetzt werden könnten.

1. Einleitung

Wenn Einzelmaßnahmen nicht direkt auf ein verändertes Verhältnis von PKV und GKV zielen, können sie dieses dennoch mittelbar beeinflussen. Dies geschieht dann, wenn Maßnahmen die Wettbewerbspositionen beider Versicherungssysteme untereinander verschieben. Im Einzelnen handelt es sich bei diesen Maßnahmen um: (i) Ausweitung der Finanzierungsbasis der GKV auf Nicht-Arbeits-einkommen, insbesondere Kapitalerträge und Mieteinnahmen; (ii) Erhöhung oder partielle Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG); (iii) Reform der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen; (iv) Wiederherstellung der Beitragsparität zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern.

Während sich die öffentliche Debatte stark auf den Aspekt pauschalierte versus einkommensabhängige Beiträge zur GKV und Abschaffung der PKV konzentrierte, trat ein anderer Aspekt eher in den Hintergrund: die volkswirtschaftlichen Implikationen dieser Reformen. Die Umsetzung des Konzepts eines integrierten Versicherungsmarktes, in dem die Private Krankenvollversicherung keine Rolle mehr spielt, ist mit erheblichen Unwägbarkeiten und offenen Fragen verbunden. Neben der juristischen Frage, in welcher Form eine solche Änderung rechtlich zulässig wäre, die hier nicht weiter beleuchtet werden soll, sind auch aus ökonomischer Perspektive kritische Fragen zu stellen: Wie würde sich der Wegfall der System-Konkurrenz von PKV und GKV zum Beispiel auf die Effizienz des Krankenversicherungsmarktes auswirken? Welche Folgen ergäben sich für bisher privat Versicherte? Welche langfristigen Konsequenzen sind zu erwarten, wenn mit der PKV auch die auf Kapitaldeckung basierende Komponente des deutschen Krankenversicherungssystems wegfiel und alle Bürger in die nach dem Umlageverfahren organisierte GKV gezwungen würden?

Eine solche Reform würde die Weichen für die Entwicklung des Krankversicherungssystems über Jahrzehnte neu stellen. Analysen, die nur die kurzfristigen Effekte auf die Beiträge zur GKV ins Zentrum der Betrachtung stellen (zum Beispiel Rothgang et al. 2011), werden der Bedeutung eines solchen Strukturbruchs aus mehreren Gründen nicht gerecht: Erstens dürfen in einer am Gemeinwohl orientierten Gesundheitspolitik niedrige Beiträge zur GKV keinen Selbstzweck darstellen, insbesondere dann nicht, wenn sie durch hohe versteckte Kosten an anderer Stelle erkaufte werden, wie beispielsweise mit einem geringeren gesamtwirtschaftlichen Wachstum oder durch eine Ausweitung der impliziten Verschuldung. Eine umfassende Bewertung der Einführung einer wie auch immer getarteten Bürgerversicherung erfordert vielmehr eine Analyse ihrer langfristigen Wohlfahrtseffekte. Zweitens darf eine Wirkungsanalyse nicht dem ökonomischen und demografischen Status quo verhaftet bleiben. Vielmehr sollten die Vor- und Nachteile eines Systemwechsels in der Krankenversicherung auch unter den durch

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

den demografischen Wandel geprägten Rahmenbedingungen geprüft werden. Ein geeigneter Analyserahmen muss daher die bereits abzusehenden zukünftigen Veränderungen einbeziehen.

Drittens kann nicht angenommen werden, ein Systemwechsel in der Krankenversicherung könne vollzogen werden, ohne dass die Betroffenen ihr Verhalten den veränderten Rahmenbedingungen anpassen. Solche Verhaltensanpassungen werden zudem nicht auf den Krankenversicherungsmarkt beschränkt bleiben, sondern auf andere Märkte, insbesondere den Arbeitsmarkt, übergreifen. So ist zu erwarten, dass heute privat versicherte Haushalte ihr Arbeitsangebot einschränken könnten, wenn dieses durch Abgaben zur GKV zusätzlich belastet würde. Beitragssenkungen bei den bisher schon gesetzlich Versicherten hätten dagegen den gegenläufigen Effekt. Von Änderungen des Arbeitsangebots werden schließlich auch Angebot und Nachfrage auf den Gütermärkten betroffen sein. Für eine umfassende ökonomische Bewertung einer Abschaffung der PKV ist es daher unerlässlich zu berücksichtigen, dass Haushalte und Unternehmen auf die veränderten Rahmenbedingungen reagieren und diese Verhaltensanpassungen in einer national sowie international vielfältig verflochtenen Volkswirtschaft weitreichende gesamtwirtschaftliche Effekte auslösen.

Die vorliegende Studie beurteilt die volkswirtschaftlichen Effekte einer Abschaffung der PKV und quantifiziert sie, wo möglich, mit Hilfe eines Berechenbaren Allgemeinen Gleichgewichtsmodells (BAG), wie es am Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) zusammen mit der Universität Basel entwickelt wurde.³ Dieses Vorgehen unterscheidet sich deutlich von anderen Analysen. So blenden Rothgang et al. (2011) Verhaltensanpassungen der Wirtschaftssubjekte nach einer Reformmaßnahme aus. Das ihrer Analyse zu Grunde liegende volkswirtschaftliche Modell fällt damit deutlich einfacher aus, was im Gegenzug die Untersuchung der Effekte von nicht weniger als 720 unterschiedlich zusammengesetzten Maßnahmenbündeln erlaubt. Um zu Aussagen über die Bedeutung der einzelnen Maßnahmen zu gelangen, verwenden die Autoren einen linearen Regressionsansatz, der die Simulationsergebnisse auf Einzelmaßnahmen zurückführen soll. Dieses Vorgehen erscheint allerdings fragwürdig, weil die Wirkungszusammenhänge in der Realität offenkundig nicht-linearer Natur sind.

Bei den Reformvorschlägen von Parteien oder Verbänden handelt es sich in der Regel um ein Bündel von Maßnahmen, von denen jede einzelne dabei eine andere Wirkung entfalten kann. Nur einige davon zielen auf die hier zentrale Frage nach der Aufhebung der Dualität von PKV und GKV in der deutschen Krankenversiche-

³ Eine erste Fassung des Modells fand bereits eine Anwendung in Augurzky et al. (2012).

2. Volkswirtschaftliches Modell und Daten

Um eine Vermischung der Wirkungen verschiedener Einzelmaßnahmen zu vermeiden, werden in dieser Studie Reformmodelle nicht als Ganzes, sondern stets nur auf einzelne Maßnahmen hin untersucht. Der Darstellung und Systematisierung schließt sich eine erste ökonomische Bewertung der Einzelmaßnahmen an. In Kapitel 3 werden relevante Einzelmaßnahmen im Rahmen eines volkswirtschaftlichen Gesamtmodells abgebildet und ihre Wirkungen sichtbar gemacht.

2. Volkswirtschaftliches Modell und Daten

2.1 Berechenbares Allgemeines Gleichgewichtsmodell

Ein BAG ist für die Analyse von Politikreformen in besonderer Weise geeignet, weil es die Wechselwirkungen zwischen den Eingriffen des Staates und den Reaktionen der Wirtschaftssubjekte abbilden und die Effekte auf das Sozialprodukt, die Beschäftigung und die gesellschaftliche Wohlfahrt quantifizieren kann. Das für dieses Vorhaben zur Verfügung stehende BAG-Modell bildet die deutsche Volkswirtschaft bis zum Jahr 2040 ab und ermöglicht darüber hinaus, auch mittel- und langfristige Effekte von Reformen zu erfassen. Schließlich ist es das zentrale Charakteristikum von BAG-Modellen, dass sie das Zusammenspiel aller Märkte unter der Annahme abbilden, dass Haushalte und Unternehmen ihr Verhalten an geänderte Rahmenbedingungen anpassen. Quantifizierte Wirkungen einer Politikreform sind in diesem Modell daher immer so zu interpretieren, dass die Wechselwirkungen mit anderen Märkten erfasst sind.

Darin unterscheidet es sich grundlegend von Modellen wie zum Beispiel Rothgang et al. (2011), die Anpassungen der Marktteilnehmer an veränderte Rahmenbedingungen ausblenden. Im Gegensatz zu diesen sind wegen der begrenzten Anzahl von Haushalten, die in einem BAG-Modell betrachtet werden, wiederum grundsätzlich keine detaillierten Aussagen über Verteilungseffekte möglich. Allerdings sind reine „Verteilungsmodelle“, die grundlegende Wechselwirkungen zwischen den Märkten nicht berücksichtigen, ebenfalls nicht zielführend. Zusammenfassend bietet die Analyse der Einführung einer Bürgerversicherung mittels eines BAG-Modells drei zentrale Vorteile gegenüber bisher vorliegenden Untersuchungen: (i) Verhaltensreaktionen und Rückkopplungen mit anderen Märkten, (ii) sich verändernde Rahmenbedingungen wie zum Beispiel die Bevölkerungsstruktur werden berücksichtigt und (iii) es können Wohlfahrtseffekte ermittelt werden, die die Grundlage für eine am Gemeinwohl orientierte Politik bilden sollten.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Es liegt in der Natur eines Modells, dass es die Wirklichkeit in abstrahierter Form abbildet und nicht jedes Detail der Realität erfassen kann. Dies gilt auch für das verwendende Gleichgewichtsmodell. Gleichwohl liefert es ein ausdifferenziertes Bild der deutschen Volkswirtschaft. So unterscheidet das Modell 69 verschiedene Produktionssektoren, von denen mit (i) Medizinprodukten, (ii) Arzneimittelherstellern und Apotheken sowie (iii) ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen drei der Gesundheitswirtschaft zuzuordnen sind. Daneben werden neun unterschiedliche Haushaltstypen betrachtet, die einerseits durch ihre Lebenssituation (Single, Partnerschaft, Rentner) und andererseits durch ihre Position in der Einkommensverteilung (hoch, mittel, niedrig) gekennzeichnet sind. Weitere für die Untersuchung wichtige haushaltsspezifische Merkmale wie Haushaltsgröße, Altersstruktur oder Beamtenstatus werden zudem innerhalb der Haushaltstypen abgebildet. Die hohe Disaggregationstiefe des BAG-Modells macht es möglich, Effekte auf die oben genannten Zielgrößen differenziert zu ermitteln. So sind beispielsweise nicht nur Aussagen zu den Effekten auf das BIP möglich, sondern auch auf die Wertschöpfung einzelner Sektoren. Ebenfalls können Wohlfahrtseffekte getrennt nach Haushaltstypen ermittelt werden.

Ein BAG zeichnet sich durch eine solide mikrotheoretische Fundierung aus. Es ist aus einer Vielzahl von Gleichungen aufgebaut, die das Verhalten rational agierender Haushalte und Unternehmen beschreiben. Trotzdem handelt es sich nicht um ein rein theoretisches Modell. Vielmehr ist das vorliegende BAG auf reale Daten der deutschen Volkswirtschaft kalibriert und berücksichtigt die Resultate empirischer Studien über die Substitutionselastizität im Konsum, in der Produktion und im Außenhandel. Die zentralen Datengrundlagen der Untersuchung bilden die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) aus dem Jahr 2008, die Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) aus dem Jahr 2007 sowie des Risikostrukturausgleichs aus dem Jahr 2010.

2.2 Haushaltstypen

Die Einteilung der Haushaltstypen erfolgt auf Basis der EVS des Jahres 2008. Die EVS ist eine Quotenstichprobe der deutschen Haushalte. Insgesamt werden Aufzeichnungen von 55110 Haushalten verwendet, die auf die Gesamtheit von 39,4 Mill. Haushalten in Deutschland hochgerechnet werden (Destatis 2010: 7). Durch Inkonsistenzen in den Daten und potenzielle Re-Identifizierbarkeit reduziert sich die Anzahl der genutzten Beobachtungen auf 44058 Haushalte mit 100468 Personen. Über Gewichtungsfaktoren werden unterschiedliche Teilnahmewahrscheinlichkeiten der Haushalte in der Grundgesamtheit ausgeglichen. Zur Analyse werden in der EVS insgesamt 27 Haushaltstypen auf der Grundlage

2. Volkswirtschaftliches Modell und Daten

des Haushaltseinkommens, des Familienstandes und der Krankenversicherung des Haupteinkommensbeziehers definiert. Anhand dieser drei Merkmale werden jeweils drei Gruppen gebildet, woraus sich die Gesamtzahl von 27 Haushaltstypen ergibt.

Das konkrete Vorgehen bei der Typenbildung wird im Folgenden erläutert: Zunächst werden die Haushalte nach ihrem Bruttoeinkommen geordnet und in drei zahlenmäßig gleich große Gruppen (Einkommensterzile) aufgeteilt, die Bezieher von niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen. Danach wird der Familienstand des Haushaltes bestimmt: die drei Kategorien Single, Partner und Rentner werden anhand des Haupteinkommensbeziehers ermittelt. In die Kategorie „Partner“ fallen alle Haushalte, deren Haupteinkommensbezieher verheiratet ist oder in eingetragener Partnerschaft lebt, aber noch nicht verrentet ist. Als „Rentner“ werden alle Haushalte mit verrenteten und pensionierten Haupteinkommensbezieher gezählt. Folgerichtig sind alle Haushalte, deren Haupteinkommensbezieher nicht in die beiden vorherigen Kategorien fällt, als „Single“-Haushalte aufgenommen. Im dritten Schritt erfolgt die Unterteilung nach Krankenversicherungsstatus (GKV-versichert, PKV-versichert, beihilfeberechtigt), die ebenfalls anhand des Versicherungsstatus des Haupteinkommensbeziehers vorgenommen wird.

Mit ihrem großen Stichprobenumfang und den detaillierten Angaben zu den hier relevanten Kategorien bildet die EVS eine sehr gute Datenbasis für die durchzuführenden Analysen. Sie unterliegt aber auch Beschränkungen. Der Fokus der EVS liegt auf den Haushalten. Dies führt dazu, dass Angaben des Haupteinkommensbeziehers maßgebend für alle Personen im Haushalt sind. Dies kann zum Beispiel im Fall des Krankenversicherungsstatus zu strukturellen Verzerrungen führen, weil alle Mitglieder des Haushaltes den Versicherungsstatus des Haupteinkommensbeziehers aufweisen. Zudem unterliegt die EVS, wie alle Befragungen mit freiwilliger Teilnahme, einer Verzerrung durch unterschiedliche Teilnahmewahrscheinlichkeiten, deren negative Auswirkungen auf die Güte der Stichprobe nur näherungsweise durch Haushaltsgewichte gemildert werden kann.

Die beschriebene Verzerrung wurde mit Hilfe der Mitgliedsdaten der PKV aus 2008 korrigiert. Diese Daten umfassen das Alter und den Versichertenstatus (beihilfeberechtigt oder sonstige Versicherte) aller PKV-Mitglieder. Gesetzlich versicherte Personen werden in dieser Statistik zwar nicht ausgewiesen, sie können aber als Residuum durch einen Abgleich mit der offiziellen Bevölkerungsstatistik ermittelt werden (Eurostat 2012). Die jeweiligen Anteile der Personen in den verschiedenen Krankenversicherungstypen können somit mit den errechneten Daten der EVS verglichen werden. Nach diesem Abgleich stellt sich in der EVS eine leichte

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Untererfassung in der sehr stark besetzten Gruppe der GKV-Versicherten dar (Korrektur 1,04), während die PKV-Versicherten leicht (Korrektur 0,91) und die Beamten relativ stark (Korrektur 0,66) überrepräsentiert sind. Die Besetzung der Haushaltstypen wird um die ermittelten Korrekturfaktoren des Versicherungsstatus korrigiert.

Für die Fortschreibung der Daten im BAG wird die Altersverteilung der einzelnen Haushaltstypen benötigt. Diese wird ebenfalls mithilfe der EVS-Angaben ermittelt. Auch an dieser Stelle unterliegen die EVS-Daten den aufgeführten Verzerrungen, die wiederum mithilfe der Daten der PKV, insbesondere anhand der dort vorliegenden Alters- und Geschlechtsaufteilung, korrigiert werden. Aufgrund der zentralen Bedeutung der PKV-Daten bei der Erstellung des zugrundeliegenden Datensatzes werden ein paar Eckdaten daraus kurz erläutert. Die Daten geben die beihilfeberechtigten und die nicht-beihilfeberechtigten Versicherten bei den PKVen unter Berücksichtigung des Alters und Geschlechts an. Insgesamt werden 4,096 Mill. beihilfeberechtigte und 4,551 Mill. nicht-beihilfeberechtigte Mitglieder gemeldet. Während in der GKV der Anteil der weiblichen Versicherten höher ist, ist das Verhältnis bei den Privaten umgekehrt. Mit einem Männeranteil von 68,4% (3,111 Mill.) ist der Unterschied bei den nicht-beihilfeberechtigten PKV-Versicherten am stärksten ausgeprägt.

Tabelle 1
Haushaltstypen im Modell

Einkommensklasse ¹	Familienstand	GKV-versichert		PKV-versichert		Beihilfeberechtigt (Beamte)	
		Anzahl (in Tsd.)	Haushaltsgröße	Anzahl (in Tsd.)	Haushaltsgröße	Anzahl (in Tsd.)	Haushaltsgröße
Niedrig	Single	6 408	1,38	211	1,27	75	1,14
	Partner	873	2,55	22	2,40	1	3,00
	Rentner	5 762	1,34	46	1,12	63	1,34
Mittel	Single	5 062	1,60	184	1,53	251	1,28
	Partner	3 083	2,98	68	3,11	50	2,79
	Rentner	4 013	1,88	99	1,43	360	1,77
Hoch	Single	2 308	2,08	515	1,65	187	1,92
	Partner	6 985	3,28	923	3,12	443	3,24
	Rentner	729	2,12	111	1,90	532	2,07

Quelle: Eigene Berechnungen nach EVS (2008) und Daten der PKV (2008). – ¹Terzile. Aufgrund der nachträglichen Korrektur mit den PKV-Daten ergeben sich leichte Unterschiede in den drei zuvor gleich groß definierten Einkommensklassen.

2. Volkswirtschaftliches Modell und Daten

Tabelle 1 gibt eine grobe Übersicht über die Besetzung der einzelnen Haushaltstypen in Deutschland und deren durchschnittliche Größe. Mit 6,985 Mill. Haushalten ist die Gruppe der verheirateten GKV-Versicherten mit hohem Einkommen am stärksten vertreten. Definitionsgemäß summiert sich die Anzahl der niedrigen, mittleren und hohen Einkommen in etwa auf dieselbe Summe; Abweichungen entstehen durch die nachträgliche Korrektur mit den Daten der PKV. Einige Haushaltstypen sind erwartungsgemäß sehr schwach besetzt, so gibt es hochgerechnet nur 139 000 Beamtenhaushalte mit niedrigem Einkommen, davon sind gerade einmal 1 000 in einem Partnerhaushalt.

Tabelle 2 zeigt das mittlere Bruttoeinkommen eines Haushalts pro Monat und den Anteil der Haushaltstypen an der Bevölkerung sowohl auf Haushalts- als auch auf Personenebene für das Jahr 2008. Die Aufteilung ist derart gewählt, dass jeweils näherungsweise ein Drittel aller Haushalte in die drei genannten Einkommensklassen fallen. Dadurch, dass Doppelverdiener-Haushalte eher in die obere Einkommensklasse fallen, befinden sich dort mehr als ein Drittel aller Personen. Die Aufteilung der Personen nach Krankenversicherungsstatus (GKV: 89,5%, PKV-Vollversicherte: 5,4% und Beamte 5,0%) entsprechen den Vorgaben aus den PKV-Daten. Dabei erfolgte die Zuordnung nach dem Versicherterstatus der Person mit dem höchsten Verdienst im Haushalt.

Tabelle 2

Monatliches Haushaltseinkommen (brutto) in Euro nach Haushaltstypen

Ein- kom- mens- klasse	Fami- lien- stand	GKV-versichert			PKV-versichert (keine Beamte)			PKV-versicherte und beihilferechtigt (Beamte)		
		Haushalte (in %)	Personen (in %)	Ein- kommen	Haushalte (in %)	Personen (in %)	Ein- kommen	Haushalte (in %)	Personen (in %)	Ein- kommen
Niedrig	Single	16,3	10,9	1 491	0,5	0,30	1 711	0,2	0,10	2 139
	Partner	2,2	2,7	2 040	0,1	0,06	3 975	0,0	0,00	3 718
	Rentner	14,6	9,5	742	0,1	0,06	1 343	0,2	0,10	1 492
Mittel	Single	12,9	9,9	3 510	0,5	0,31	3 857	0,6	0,38	4 165
	Partner	7,8	11,3	3 960	0,2	0,24	4 959	0,1	0,17	4 200
	Rentner	10,2	9,3	2 116	0,3	0,16	3 829	0,9	0,76	1 983
Hoch	Single	5,9	5,9	7 148	1,3	0,95	10 182	0,5	0,43	7 756
	Partner	17,7	28,1	8 228	2,3	3,22	11 819	1,1	1,72	8 636
	Rentner	1,9	1,9	6 542	0,3	0,24	8 239	1,4	1,32	4 675

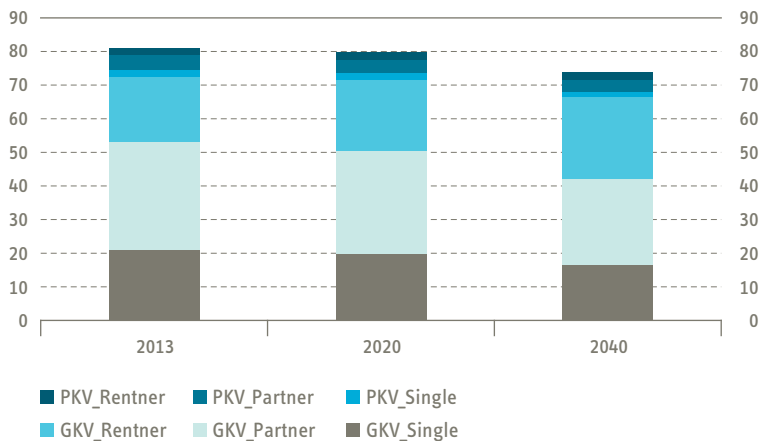
Quelle: Eigene Berechnungen nach EVS (2008) und Daten der PKV (2008). – Es handelt sich bei den Haushaltstypen zum Teil auch um gemischte Haushalte, d.h. einzelne Haushaltsmitglieder können GKV-, andere PKV-versichert sein.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Schaubild 1

Anzahl Personen je Haushaltstyp

2013 bis 2040; in Millionen



Quelle: Eigene Berechnungen.

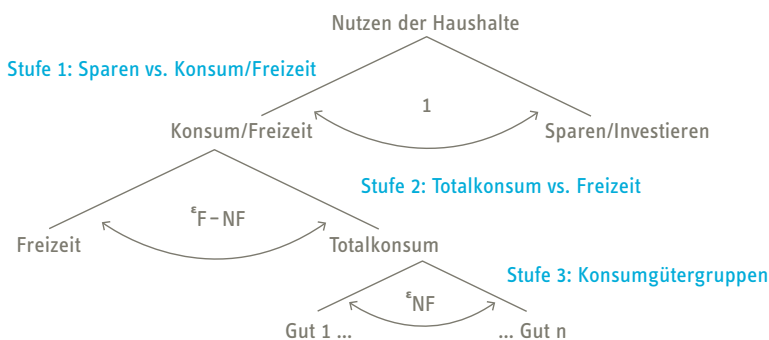
Die Einkommensverteilung entspricht grob den Erwartungen: die GKV-Haushalte verfügen in den jeweiligen Terzilen über etwas geringere Einkommen, PKV-Vollversicherte und PKV-versicherte Beamte über etwas höhere. Im zweiten und dritten Terzil liegen die Einkommen der beihilfeberechtigten Beamten in einer vergleichbaren Größenordnung wie die der GKV-Versicherten. Allerdings setzen sich PKV-Haushalte mit hohem Einkommen nicht nur aus PKV-versicherten Personen zusammen. Es ist gut möglich, dass im Haushalt eine weitere Person mit hohem Einkommen lebt, diese jedoch GKV-versichert ist. Insofern handelt es sich bei den aufgeführten Zahlen nicht um reine Einkommensunterschiede zwischen PKV- und GKV-Versicherten.

Im Laufe der Zeit wird sich die relative zahlenmäßige Besetzung und Bedeutung der Haushalte auf Grund der demografischen Alterung ändern. Die Zahl der Rentnerhaushalte wird zunehmen, während die Zahl der jüngeren Haushalte abnehmen wird; dies betrifft die GKV und die PKV gleichermaßen. Schaubild 1 verdeutlicht dies. Gleichzeitig nehmen aufgrund steigender Löhne und Transfers die Einkommen der Haushalte über die kommenden Jahre zu, bei unveränderten Steuer- und Sozialpolitiken jedoch ohne spürbare Auswirkungen auf die Einkommensverteilung.

2. Volkswirtschaftliches Modell und Daten

Schaubild 2

Nutzen der Haushalte



Quelle: Eigene Darstellung.

Für die 27 Haushaltstypen samt den im Haushalt lebenden Personen sind im EVS-Datensatz das Arbeitsangebot und die Ausgaben für einzelne Konsumgüter verfügbar. Ebenso sind Sozialbeiträge und vom Staat bezogene Transferzahlungen bekannt. Wir nutzen diese Daten, um die Nutzenfunktionen der Haushalte zu kalibrieren. Schaubild 2 zeigt die Nutzenfunktion der Haushalte. Sie ist verschachtelt und gestuft. Sie beinhaltet auf der ersten Stufe die Entscheidung zwischen gegenwärtigem und zukünftigem Konsum, also die Konsum-Spar-Entscheidung. Die Substitutionselastizität zwischen Konsum und Sparen wird als 1,0 angenommen, es handelt sich mithin um eine sog. Cobb-Douglas Funktion.

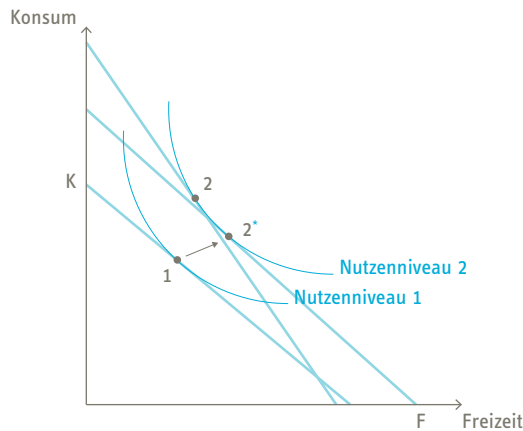
Auf der zweiten Stufe entscheidet der Haushalt zwischen Freizeit und Gesamtkonsum und damit über sein Arbeitsangebot. Bei den Rentnerhaushalten fällt diese Entscheidungsstufe weg, da sie annahmegemäß keine Arbeit anbieten. Die beschäftigungswilligen Haushalte bieten sowohl hoch- als auch niedrigqualifizierte Arbeit an, entsprechend der Information aus dem EVS-Datensatz. Nach unserer Lesart der empirischen Literatur zur Elastizität des Arbeitsangebots gibt es wenig Unterschiede zwischen den Einkommensklassen (für eine Übersicht vgl. Borjas 2000) und beträgt die Arbeitsangebotselastizität 0,15.⁴ Das Arbeitsangebotsmodell kalibrieren wir derart, dass für alle erwerbstätigen Haushalte diese Angebotselastizität gilt.

⁴ Ein Anstieg des Stundenlohns um 1% erhöht das Arbeitsangebot um 0,15%. Es handelt sich hierbei um die beobachtete, d.h. nicht um den Effekt der Einkommenserhöhung kompensierte Elastizität des Arbeitsangebots.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Schaubild 3

Messung der Wohlfahrtsänderung: Äquivalente Einkommensvariation



Quelle: Eigene Darstellung.

Auf der dritten Stufe entscheidet der Haushalt über seine Konsumstruktur, also darüber, wie er seine Konsumausgaben auf die einzelnen Konsumgüter verteilt. Die zwölf berücksichtigten Konsumgüter sind die folgenden: Nahrungsmittel, Kleidung, Wohnung, Miete, Heizung und Strom, Verkehr, Bildung, Alkohol und Tabak, Gesundheit, Kommunikation, Freizeit, Reisen und ein Restgut. In Bezug auf die Preiselastizitäten der Konsumnachfrage stützen wir uns auf Angaben von Chen (1999), der Konsumnachfrageparameter für 42 OECD-Länder geschätzt hat. Wir übernehmen von seinen Schätzungen für Deutschland den Wert $-0,222$ für Nahrungsmittel und $-0,563$ für alle anderen Güter.⁵ Die Substitutionselastizität zwischen den Konsumgütern wird so gewählt, dass sie mit diesen Preiselastizitäten und den beobachteten Ausgabenanteilen der einzelnen Konsumgüter konsistent sind (für Details siehe Boeters et al. 2008).

Gegeben diese Nutzenfunktion stellt das Modell sicher, dass die Haushalte die im Datensatz beobachteten Mengen an Ersparnissen, Arbeitsangeboten und Konsumnachfragen realisieren. Die Haushalte sind demzufolge im Gleichgewicht und haben somit keinen Anreiz, ihre Entscheidungen zu revidieren. Zudem sind alle Märkte geräumt, d.h. Angebot und Nachfrage entsprechen sich. Die Gesundheitsnachfrage ist in der Nutzenfunktion zunächst nur insoweit berücksichtigt, als es

⁵ Chen teilt die Konsumgüter der Haushalte etwas anders ein, so dass wir nicht alle Koeffizienten der Nachfrage-schätzung übertragen können.

2. Volkswirtschaftliches Modell und Daten

sich um Ausgaben handelt, die nicht durch die Krankenversicherung abgedeckt sind. Die Haushalte zahlen je nach Versicherungsstatus Beiträge an die Gesetzliche oder Prämien an die Private Krankenversicherung. Um den Nutzen aus der Gesundheit zu berücksichtigen, wird jedem Haushalt nach Maßgabe der Anzahl seiner Mitglieder ein exogener Gesundheitskonsum zugeordnet.

Als Wohlfahrtskonzept wird die sogenannte Äquivalente Variation verwendet. Sie vergleicht die Nutzenniveaus zwischen Ausgangs- und neuem Gleichgewicht und gibt an, welche Einkommensänderung gemessen am Preisniveau des Ausgangsgleichgewichts zum neuen Nutzenniveau führt. Diese Einkommensänderung gibt die Änderung des Nutzens auf Haushaltsebene an. Das Konzept der Äquivalenten Variation wird in Schaubild 3 in einem Zwei-Güter-Beispiel mit Konsum (K) und Freizeit (F) illustriert. Punkt 1 gibt die Ausgangswahl des Haushaltes 2013 an mit einem bestimmten Nutzenniveau, das durch die Indifferenzkurve angegeben wird. Nun sei angenommen, dass bis 2050 die Löhne steigen und der Preis für Konsum konstant bleibt. Die Budgetgerade wird steiler, da der relative Preis von Freizeit ansteigt. Gleichzeitig nimmt das Einkommen des Haushalts zu, weil dieser aufgrund des erhöhten Lohnes mehr verdient. Er erreicht mit Punkt 2 ein höheres Nutzenniveau (angezeigt durch eine weiter außen liegende Indifferenzkurve). Die Äquivalente Variation misst nun die Nutzenänderung mit der Einkommenserhöhung, bewertet zu den Ausgangspreisen. Im Schaubild ist daher eine Gerade mit der gleichen Steigung wie die Budgetgerade in 2013 an die Indifferenzkurve von 2050 gelegt (Punkt 2*). Das Ausmaß der Verschiebung der Budgetgeraden von Punkt 1 zu Punkt 2* entspricht schließlich der Äquivalenten Variation.

Durch Summierung der Äquivalenten Variationen der einzelnen Haushalte gelangt man zur gesamtwirtschaftlichen Wohlfahrtsänderung einer Politikreform. Die Nutzenniveaus der öffentlichen Haushalte, Staat und Soziale Sicherung werden dabei konstant gehalten, so dass alle Wohlfahrtsänderungen ausschließlich bei den privaten Haushalten auftreten. Die Äquivalente Variation kann als absolute oder relative Größe ausgedrückt werden. Im letzteren Fall ist es die prozentuale Änderung des Nutzenniveaus im Vergleich zum Ausgangspunkt.

2.3 Wirtschaftssectoren und Konsumgüter

Grundlage des Produktionsmodells sind die Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung zur Produktion aus dem Jahr 2007. Sie enthält die Input-Output-Matrix von 69 Wirtschaftssectoren. Dazu gehören die Verflechtungen der Sektoren. Diese umfassen Käufe und Verkäufe von Vorprodukten zwischen den Sektoren, sowie Importe und Verkäufe an die Endnachfrager. Endnachfrager sind die

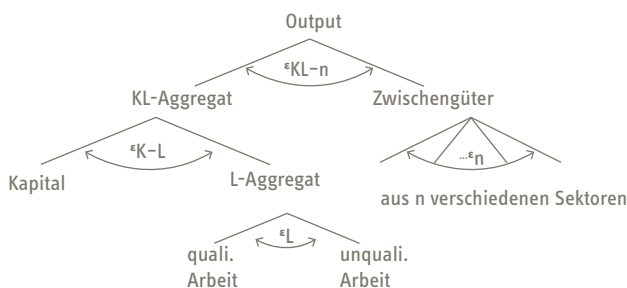
Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Haushalte, der Staat und das Ausland. Schließlich werden auch Unternehmenssteuern, die Mehrwertsteuer und die Sozialabgaben der Unternehmen berücksichtigt. Unter den 69 Sektoren sind drei der Gesundheitswirtschaft zuzuordnen. Dies sind die Sektoren (i) Medizinprodukte, (ii) Arzneimittelhersteller und Apotheker sowie (iii) ambulante und stationäre Leistungserbringer.

Wie die Nutzenfunktion der Haushalte ist auch die Produktionsstruktur der Sektoren mehrstufig (Schaubild 4). Auf der obersten Ebene wird zwischen dem Einsatz der Vorprodukte und dem Einsatz eines aggregierten Inputs entschieden, der aus Kapital und Personal zusammengesetzt ist. Die Substitutionselastizität beträgt hier null, ebenso wie jene zwischen den Vorprodukten. Die Substitutionselastizität auf der zweiten Stufe zwischen dem Kapital- und Personaleinsatz beträgt 0,5, jene auf der dritten zwischen dem Einsatz von niedrig- und hochqualifiziertem Personal 1,0.

Die Volkswirtschaft wächst aufgrund eines exogen angenommenen arbeitssparenden technischen Fortschritts mit 1,25% pro Jahr. Wir unterstellen ein ungleichgewichtiges Wachstum zwischen den Gesundheitssektoren und der übrigen Wirtschaft. Diese Annahme geht auf den US-amerikanischen Ökonomen William Baumol zurück, der eine Hypothese zur Entwicklung arbeitsintensiver Sektoren wie der Gesundheit über die lange Frist formuliert hat (Baumol 1967, 1993). Bei generell steigender Kapitalintensität der Wirtschaft und damit einhergehenden steigenden Reallöhnen ist die Gesundheitswirtschaft demnach nicht in der Lage, ihre Produktion hinreichend anzupassen und ebenfalls mehr Kapital einzusetzen. Grund hierfür sind die technologischen Bedingungen bei der Produktion von

Schaubild 4
Produktionstechnologie der Unternehmen



Quelle: Eigene Darstellung.

2. Volkswirtschaftliches Modell und Daten

Gesundheit: In der Pflege beispielsweise sind dem Kapitaleinsatz enge Grenzen gesetzt; Zuwendung zum und Pflege des Kranken benötigen Pflegekräfte, die nicht durch vermehrten Kapitaleinsatz ersetzt werden können. Dies führt im Vergleich zu anderen Sektoren zu höheren Preisen und damit insgesamt steigenden Kosten. Hartwig (2008) hat kürzlich die Baumol-Hypothese für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern bestätigt. Wir gehen daher im Ausgangsszenario von einer halben Rate des technischen Fortschritts in den drei Gesundheitssektoren im Vergleich zur übrigen Wirtschaft aus.

2.4 Staat, Sozialversicherung, Außenhandel und Arbeitsmarkt

Das staatliche Budget ist über Einnahmen aus der Mehrwertsteuer, direkten Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen und der Einkommenssteuer bestimmt. Sozialversicherungsbeiträge sind proportional an das beitragspflichtige Lohneinkommen geknüpft, während die Einkommenssteuer einen linear progressiven Tarif aufweist, inklusive Steuerabzügen und einem konstanten Grenzsteuersatz. Darüber hinaus enthält das Modell nach Sektoren differenzierte Umsatzsteuern und Subventionen sowie Abgaben auf Importe und Exporte.

Im Inland hergestellte Güter werden über die Funktion einer konstanten Transformationselastizität in Güter für die einheimischen Märkte und den Exportmarkt überführt. Export- und Importpreise in ausländischer Währung werden als konstant angenommen (Annahme einer kleinen offenen Volkswirtschaft). Analog zur Exportseite setzen wir die Armington-Annahme einer Produktheterogenität für die Importe um (Armington 1969). Eine Funktion konstanter Substitutionselastizität kennzeichnet den Zielkonflikt zwischen importierten und im Inland produzierten Variationen der gleichen Güter. Die Armington-Güter bedienen dann sowohl die Zwischennachfrage als auch die Endnachfrage. Die Erfordernis einer ausgeglichenen Zahlungsbilanz räumt den Handel mit Devisen: Der totale Wert der Exporte entspricht dem totalen Wert der Importe unter Berücksichtigung der Zahlungsbilanz im Ausgangsjahr. Eine ausgeglichene Zahlungsbilanz bestimmt dann den realen Wechselkurs, also den (endogenen) Gegenwert der einheimischen Währung in ausländischer Währung, wobei letztere durch die Annahme einer kleinen und offenen Volkswirtschaft exogen ist.

Der einheimische Arbeitsmarkt unterliegt Friktionen, die im Gleichgewicht zu einer Unterbeschäftigung führen. Arbeit ist mobil zwischen den einheimischen Sektoren, jedoch international immobil. Kapital dagegen ist sowohl im Inland als auch über die Grenze mobil. Ausländische Exporte und Importe von Kapital sind voll elastisch; mit anderen Worten ist der internationale reale Zinssatz exogen

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

vorgegeben. In der Inlandsproduktion unterscheiden wir zwischen Kapital einheimischer und ausländischer Herkunft. Der Export von einheimischem Kapital auf den internationalen Kapitalmarkt sowie der Import von ausländischem Kapital zum einheimischen Kapitalmarkt sind nicht perfekt elastisch.

2.5 Kranken- und Pflegeversicherung

Wir modellieren die Gesetzliche und Private Krankenversicherung sowie die Soziale und Private Pflegeversicherung jeweils separat. Hochgerechnet auf das Jahr 2010 versicherte die GKV 72,6 Mill. Menschen, d.h. ungefähr 89% der Bevölkerung, und ihre Gesamtausgaben beliefen sich auf 173,5 Mrd. €. Die Einnahmen der GKV werden von den GKV-Mitgliedern aufgebracht. Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen sind beitragsfrei mitversichert. Hinzu kommen Steuerzuschüsse des Bundes in Höhe von 16 Mrd. € im Jahr 2010. Der Beitrag eines GKV-Mitglieds setzt sich zusammen aus dem Beitrag an den Gesundheitsfonds und einem Zusatzbeitrag direkt an die Krankenkasse. 2013 belief sich der Beitrag an den Gesundheitsfonds auf 15,5% des beitragspflichtigen Einkommens (BPE) des Mitglieds. Das BPE ist in der Regel das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der BBG, die 2013 bei 47 250 € pro Jahr lag. Dabei trägt der Arbeitnehmer 8,2% des Beitragssatzes und der Arbeitgeber 7,3%. Die Gesamtausgaben der GKV werden auf die einzelnen Haushalte heruntergebrochen. Mit Hilfe der Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleichs aus dem Jahr 2010 können die GKV-Ausgaben je Alter und Geschlecht bestimmt und den Haushalten auf Basis ihrer Alters- und Geschlechtszusammensetzung zugeordnet werden.

Im Jahr 2010 versicherte die PKV 8,9 Mill. Menschen, d.h. rund 10,5% der Bevölkerung. Ihre Ausgaben beliefen sich auf 22,0 Mrd. €. Versicherte der PKV zahlen eine risikoabhängige und einkommensunabhängige Prämie. Zur Vereinfachung unterstellen wir im Modell jedoch, dass die PKV-Prämien risikounabhängig sind. Die Ausgaben der PKV werden ebenfalls mit Hilfe der Ausgabenprofile des GKV-Risikostrukturausgleichs auf die einzelnen Haushalte heruntergebrochen. Dabei werden die Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleichs derart skaliert, dass die Summe der Ausgaben über alle Haushalte den Gesamtausgaben der PKV 2010 entspricht.

2. Volkswirtschaftliches Modell und Daten

Im Basisszenario treffen wir schließlich die Annahme, dass die Gesundheitsnachfrage in allen Altersklassen um 2,0% pro Jahr wächst. Bei einem allgemeinen Wachstum von 1,25% jährlich wird der Gesundheitssektor um mindestens 0,75% jährlich stärker wachsen. Da aber der technische Fortschritt in der Gesundheitswirtschaft langsamer verläuft, wird das Extrawachstum der Gesundheitsausgaben sogar mehr als 0,75% betragen.⁶ Für alle Jahre gilt für die Versicherungen außerdem stets die Einschränkung, dass ihre Einnahmen ihren Ausgaben entsprechen. Diese Restriktion gilt im Übrigen auch für den Staat. Allerdings wird sein Ausgangsdefizit fixiert und nimmt nur mit der allgemeinen Wachstumsrate der Wirtschaft zu. Steigende Transferausgaben und steigende staatliche Nachfrage müssen daher mit steigenden Steuer- und Sozialversicherungseinnahmen finanziert werden.

2.6 Das Referenzszenario BAU („business as usual“)

Als Referenzszenario definieren wir ein Basisszenario, bei dem der aktuell gesetzlich geltende Status quo fortgeschrieben wird („business as usual“, BAU). Es gilt also das GKV-FinG mit dem aktuellen Beitragssatz zum Gesundheitsfonds von 15,5%. Der Arbeitnehmerbeitrag beträgt 8,2% und der Arbeitgeberbeitrag 7,3%. Letzterer ist festgeschrieben, während der Arbeitnehmerbeitrag angehoben werden kann. Die BBG von 47250 € p.a. im Jahr 2013 steigt mit dem Produktivitätswachstum von 1,25% pro Jahr. an 2020 beträgt sie dann rund 51500 € und 2040 rund 66000 €. Die Bevölkerung wird nach der Prognose des Statistischen Bun-

Tabelle 3

Anzahl Versicherte nach GKV und PKV

2013 bis 2040

	2013	2020	2040	Änderung 2013 - 2040 in %
Gesamtbevölkerung	81	79,9	73,8	-9
GKV	72,2	71,1	65,5	-9,3
PKV	8,9	8,8	8,3	-6,2

Quelle: Eigene Berechnungen.

⁶ Breyer und Ulrich (2000) schätzen für das Deutschland der Jahre 1970 – 1998 eine Extrawachstumsrate der Gesundheitsausgaben von 1%. Hall und Jones (2007) kommen für die USA für die Zeit zwischen 1950 und 2005 sogar auf ein vierprozentiges Extrawachstum der Gesundheitsausgaben.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Tabelle 4
BIP, Beschäftigung und Wohlfahrt
 2013 bis 2040

Zielgröße	2013	2020	2040	Änderung 2013-2040 in %
BIP (in Mrd. Euro)	2 672	2 787	3 069	14,9
davon Gesundheitswirtschaft	239	284	472	97,6
davon Rest der Wirtschaft	2 432	2 502	2 596	6,7
BIP pro Kopf in €	32 966	34 883	41 594	26,2
Beschäftigung (in Mill.)	33,9	31,8	24,9	-26,6
davon Gesundheitswirtschaft	3,6	3,5	3,4	-5,6
davon Rest der Wirtschaft	30,3	28,3	21,5	-29,1
Äquivalentes Einkommen ¹ (in Mrd. Euro)	2 960	3 131	3 562	20,3

Quelle: Eigene Berechnungen. – ¹Wohlfahrt.

desamts bis 2040 um 9% schrumpfen und damit auch die Zahl der Versicherten (Tabelle 3). Aufgrund der unter anderem höheren Lebenserwartung und des weiter anzunehmenden positiven Nettoneuzugangs in der PKV wird der Rückgang der Versichertenzahl in der PKV mit 6,2% weniger stark ausfallen.

Unter den Annahmen des Basisszenarios wird das Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Zukunft weiter steigen. Während es sich 2013 voraussichtlich auf 2 672 Mrd. € belaufen wird, wird es bis 2040 um 14,9% auf 3 069 Mrd. € zunehmen (Tabelle 4), pro Kopf sogar um 26,2%. Der technische Fortschritt bzw. das reale Wirtschaftswachstum fangen die Folgen des demografischen Wandels also zum Teil auf. Die Gesundheitswirtschaft wird viel stärker wachsen als der Rest der Wirtschaft. Dies ist vor allem der angenommenen Wachstumsrate der aktuellen Ausgabenprofile um 2% p.a. geschuldet; aber auch der demografische Wandel und der geringere Produktivitätsfortschritt in der Gesundheitswirtschaft sind dafür verantwortlich. Die Zahl der Erwerbstätigen in Vollzeitäquivalenten geht von 33,9 Mill. im Jahr 2013 um 26,6% auf 24,9 Mill. bis 2040 zurück. In der Gesundheitswirtschaft nimmt die Beschäftigung im BAU-Szenario dagegen nur um 5,6% bis 2040 ab. Das äquivalente Einkommen als Maß für die gesamte Wohlfahrt, das auch den Freizeitnutzen berücksichtigt, steigt bis 2040 um 20,3%.

3. Einzelne Reformparameter

Tabelle 5

PKV- und GKV-Ausgaben und GKV-Beitragssatz
2013 bis 2040

	2013	2020	2040	Änderung 2013 - 2040 in %
PKV-Ausgaben in Mrd. €	35,39	40,57	56,11	58,50
GKV-Ausgaben in Mrd. €	181,10	210,59	309,86	71,10
GKV-Beitragssatz AG (in %)	7,3	7,3	7,3	0
GKV-Beitragssatz AN (in %)	8,2	9,9	15,1	82,5
Summe GKV-Beitragssatz	15,5	17,2	22,4	43,8

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die stark steigenden Gesundheitsausgaben erhöhen die Ausgaben der PKV um 58,8% und der GKV um 71,1% bis 2040 (Tabelle 5). Der GKV-Beitragssatz steigt in der Summe von 15,5% auf 22,4%; ein Anstieg, der auf das starke Gesundheitsausgabenwachstum, die Alterung der Gesellschaft und den vergleichsweise schwachen Produktivitätsfortschritt im Gesundheitsbereich zurückzuführen ist. Die Finanzierung der GKV über das Umlageverfahren bedeutet für die GKV-Versicherten eine implizite Besteuerung, weil das Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens kleiner ist als die Rendite von 4% p.a., die langfristig auf dem Kapitalmarkt erzielt wird. Im Referenzszenario beträgt der implizite Steuersatz auf dem beitragspflichtigen Einkommen im Durchschnitt über das Arbeitsleben der GKV-Versicherten betrachtet 6,7%.⁷

3. Einzelne Reformparameter

3.1 Nur direkt die GKV betreffend

Im Folgenden werden Reformparameter vorgestellt und diskutiert, die zunächst nur die GKV selbst betreffen, aber eine indirekte Wirkung auf die PKV entfalten können. Darunter fallen die Anpassung der BBG, die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten in die Finanzierung der GKV, Änderungen an der beitragsfreien Familienmitversicherung und die Herstellung der paritätischen Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern.

⁷ Gasche (2009) berechnet für 2007 einen durchschnittlichen impliziten Steuersatz in der GKV für Lohnneinkommensbezieher von sogar 7,9%.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

3.1.1 Anhebung oder partielle Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze

Eine Anhebung der BBG zum Beispiel auf jene der Rentenversicherung oder eine partielle Abschaffung zum Beispiel beim Arbeitgeberanteil stellt zunächst keine strukturelle Reform des Krankenversicherungssystems dar, sondern eine Anpassung von Berechnungsparametern innerhalb des GKV-Systems. Eine Anhebung oder partielle Abschaffung der BBG führt zu einer stärkeren Einkommensumverteilung und verstärkt damit den Steuercharakter der GKV-Beiträge. Dass in allen politisch relevanten Bürgerversicherungsmodellen eine Anpassung der BBG vorgesehen ist, unterstreicht deren stark verteilungspolitisch ausgelegte Zielsetzung. Hier reicht die Spannweite von einer Beibehaltung nur für den Arbeitnehmeranteil und Abschaffung für den Arbeitgeberanteil (SPD), über eine deutliche Anhebung (Grüne) bis hin zu ihrer vollständigen Aufhebung (Linke).

Grundsätzlich ist anzumerken, dass das Krankenversicherungssystem nicht zur Umsetzung verteilungspolitischer Ziele genutzt, sondern Anreize für eine effiziente Bereitstellung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen schaffen sollte. Daher ist eine Anhebung oder Abschaffung der BBG kritisch zu bewerten. Auch ist anzumerken, dass ein Mehr an Umverteilung typischerweise mit einem Effizienzverlust erkauft wird, d.h. einem Rückgang des volkswirtschaftlichen Gesamteinkommens, das zur Verteilung zur Verfügung steht. Besonders deutlich wird dies für den Vorschlag, die BBG ganz abzuschaffen. Damit würden hohe Einkommen weit stärker als gegenwärtig belastet. Der faktische Grenzsteuersatz stiege für Einkommen oberhalb der BBG in Höhe des Beitragssatzes an. Entsprechend hohe Einkommen werden aber typischerweise von überdurchschnittlich produktiven Arbeitnehmern erzielt, die so einen Anreiz erfahren, ihren Arbeitsinsatz zu reduzieren. Auch wird der Anreiz für qualifizierte Arbeitnehmer einzuwandern verringert bzw. der Anreiz zur Abwanderung erhöht. Wird die Erhöhung der BBG zur Absenkung des Beitragssatzes genutzt, steigt allerdings der Anreiz für Einkommen unterhalb der bisherigen BBG, Erwerbseinkommen zu erzielen. Die typischerweise geringere Produktivität gering entlohnter Beschäftigten lässt es aber offen, ob dies die negativen Anreize oberhalb der BBG zu kompensieren vermag.

Nach den Berechnungen von Rothgang et al. (2011) würde die Anhebung der BBG auf die Höhe der BBG der Rentenversicherung (2013: 69.600 €) den GKV-Beitragssatz um 0,5%-Punkte reduzieren. Im BAG-Modell ergibt sich eine ähnliche Reduktion des Beitragssatzes (Tabelle 6). Die Preise von medizinischen Leistungen ändern sich gegenüber dem BAU-Szenario nicht, so dass die Ausgabenentwicklung für die PKV und die GKV konstant gleich verläuft. Die Senkung der Grenz-

3. Einzelne Reformparameter

Tabelle 6

**Änderungen durch Anhebung der BBG auf das Niveau der Rentenversicherung;
Vergleich zu BAU**

2013 bis 2040

Zielgröße	2013	2020	2040
PKV-Ausgaben (in %)	0,0	0,0	0,0
GKV-Ausgaben (in %)	0,0	0,0	0,0
GKV-Beitragsatz (in %-Punkten)	-0,4	-0,4	-0,5
Kapitalstock PKV (in %)	-	-	-
BIP (in %)	0,1	0,1	0,1
BIP Gesundheitswirtschaft (in %)	0,0	0,0	0,1
BIP Rest der Wirtschaft (in %)	0,1	0,1	0,1
Beschäftigung (in %)	0,1	0,2	0,2
Gesundheitswirtschaft (in %)	0,2	0,2	0,3
Rest der Wirtschaft (in %)	0,1	0,1	0,2
Wohlfahrt (in %)	0,0	0,0	0,0

Quelle: Eigene Berechnungen.

belastung der Arbeit hat bei gleichzeitig unveränderten gesamten Lohnbeiträgen an die GKV kaum Auswirkungen auf die Beschäftigung. Das Volkseinkommen wie auch die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt bleiben praktisch unverändert.

Mit dem Vorschlag, die BBG für die Arbeitgeberbeiträge aufzuheben und dabei immer so festzulegen, dass die Summe aller Arbeitgeberbeiträge der Summe aller Arbeitnehmerbeiträge entspricht (nominale Parität), wird ebenfalls ein verteilungspolitisches Ziel verfolgt. Die Vorstellung, Unternehmen statt Haushalte zur Finanzierung der Krankenversicherung heranzuziehen, ist indessen problematisch. Unternehmen werden die Lasten grundsätzlich an die Arbeitnehmer weitergeben, wenn sie am Markt bestehen möchten. Zudem ergibt sich das praktische Problem, dass die nominale Parität die Planungssicherheit der Unternehmen senkt. Denn bevor die Beitragsschuld der Arbeitgeber bestimmt werden kann, muss zunächst die Gesamtsumme der Arbeitnehmerbeiträge festgestellt werden. Dies kann daher immer nur im Nachhinein erfolgen.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Obwohl nur eine Rechengröße innerhalb des GKV-Systems, ist die BBG schließlich ein wichtiger Parameter im Wettbewerb zwischen PKV und GKV. Steigt die BBG, wird die GKV für freiwillig Versicherte, die mit ihrem Einkommen an der bisherigen BBG oder darüber liegen, teurer. Für sie steigt damit der Anreiz zum Wechsel in die PKV. Dies hätte weiterhin zur Folge, dass der Beitragssatz in der GKV steigen müsste.⁸ Da dies nicht im Interesse der GKV liegt, besteht hier ein impliziter Korrekturmechanismus, der starke Erhöhungen der BBG verhindert. Mit dem Wegfall der PKV würde dieses Korrektiv entfallen.

3.1.2 Einbeziehung aller Einkunftsarten

Ein zentrales Element aller Bürgerversicherungsmodelle bildet der Vorschlag, nicht ausschließlich Erwerbseinkommen, sondern jegliches Einkommen im Sinne des Einkommensteuerrechts zur Finanzierung der GKV heranzuziehen, d.h. insbesondere auch Kapitalerträge, darunter meist auch Mieteinnahmen. Zwei Argumente werden für diesen Vorschlag ins Feld geführt: Erstens sei die Finanzierungsbasis der GKV durch den Rückgang an klassischen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen bedroht. Zweitens sei es unsolidarisch, dass sich Bezieher hoher Kapitaleinkommen zu sehr geringen Beiträgen in der GKV versichern können, sofern ihr Erwerbseinkommen niedrig ist.

Zwar überzeugt das zweite Argument schnell, seine Praxisrelevanz ist allerdings gering. Zunächst stellt der „problematische“ Fall eines in der GKV versicherten Arbeitnehmers mit niedrigem Arbeitseinkommen, jedoch hohen Kapitaleinkünften, eine empirische Ausnahmeerscheinung dar. Vielmehr sind Arbeits- und Kapitaleinkünfte positiv korreliert (Grabka, Frick 2007; Niehues, Schröder 2012). Die große Mehrheit der gesetzlich Krankenversicherten, die über hohe Kapitaleinkünfte verfügt, wird daher aus ihrem Arbeitseinkommen substantielle Beiträge an die Krankenversicherung entrichten. Weiter abgeschwächt wird das Argument durch die Existenz der BBG, die, mit Ausnahme des Konzepts der Linken, in allen Bürgerversicherungsmodellen grundsätzlich bestehen bleiben soll. Für die große Mehrheit der Versicherten, die hohe Kapitaleinkünfte erzielen, hätte die Berücksichtigung der Kapitalerträge bei der Festlegung des GKV-Beitrages keine oder nur sehr geringe Relevanz, weil die BBG schon durch das Erwerbseinkommen weitgehend oder vollständig ausgeschöpft ist.

⁸ Wir modellieren den Wechsel von Versicherten zwischen GKV und PKV nicht, weil diese Entscheidung von mehreren Faktoren (Einkommen, Familienstand, Anzahl Kinder, Gesundheitszustand) abhängt, deren individueller Einfluss auf die Entscheidung schwer zu quantifizieren ist.

3. Einzelne Reformparameter

Dem wird in sogenannten „Zwei-Säulen-Modellen“ zur Verbeitragung von Kapitaleinkommen Rechnung getragen, in denen Arbeits- und Kapitaleinkommen getrennt betrachtet und verbeitragt werden sollen. Hierdurch wird zwar sichergestellt, dass Kapitalerträge auch jenseits der BBG für die Finanzierung der GKV abgeschöpft werden können. Dem Ziel einer „gerechten“ Beitragsbemessung wird allerdings im „Zwei-Säulen-Modell“ nicht entsprochen. Während im bestehenden System die Bezieher von Kapitaleinkommen tendenziell bevorteilt werden, sind es im „Zwei-Säulen-Modell“ diejenigen Versicherten, deren Einkommen sich auf eine der beiden Säule konzentriert. Benachteiligt werden also solche Versicherte, die bei gleich hohem Gesamteinkommen Arbeits- und Kapitaleinkommen kombinieren, verglichen mit jenen, die ihr gesamtes Einkommen aus nur einer der beiden Quellen schöpfen. Insofern würde das „Zwei-Säulen-Modell“ eine neue Verwerfung schaffen.

Schließlich stellt sich die Frage nach der praktischen Umsetzung einer Verbeitragung von Kapitaleinkünften. Die Krankenkassen verfügen über keine Informationen hinsichtlich der Kapitaleinkommen ihrer Mitglieder. Dasselbe gilt für die Arbeitgeber, über die die Einziehung der Krankenversicherungsbeiträge überwiegend erfolgt. Letztlich kommen daher nur die Finanzämter für die Einziehung der Beiträge in Frage. Aber selbst diese dürften mit dieser Aufgabe an die Grenzen der praktischen Umsetzbarkeit stoßen. Denn neben der allgemeinen Schwierigkeit, Kapitalerträge steuerlich zu erfassen, verfügen die Finanzämter seit dem Übergang zur Abgeltungssteuer nur noch über eingeschränkte Informationen zu den Kapitaleinkommen der Steuerpflichtigen.

Die Abkehr vom Vorhaben, Kapitalerträge direkt für die GKV zu verbeitragen (Lauterbach 2004; SPD 2011b), zeugt von großen technischen Schwierigkeiten, die damit in der Praxis vorhanden sind. Sie lenkt den Blick aber auf ein tiefer liegendes Problem des Vorschlags, die Finanzierungsbasis der GKV durch Berücksichtigung weiterer Einkunftsarten zu verbreitern: Er ist ganz überwiegend verteilungspolitisch motiviert. In der Wissenschaft besteht aber kein Zweifel daran, dass konkurrierende Systeme der Einkommensumverteilung keine sinnvolle institutionelle Ausgestaltung darstellen, um die Einkommensverteilung einer Gesellschaft zu verändern. Mit der Reform der GKV-Finanzierung wird in den Bürgerversicherungsmodellen im Wesentlichen ein verteilungspolitisches Ziel verfolgt, das allerdings eine genuine Aufgabe des Steuer- und Transfersystems ist. Damit würden faktisch zwei parallele Steuersysteme geschaffen, was unnötige Doppelarbeiten nach sich zöge. Insofern ist eine Umverteilungsdiskussion besser im Steuer- als im GKV-System aufgehoben.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Ferner stellt sich die Frage, inwieweit das Ziel, Arbeitseinkommen zu entlasten und Kapitaleinkommen im Gegenzug stärker zu belasten, wirtschaftspolitisch sinnvoll ist. Die wirtschaftspolitische Debatte in Deutschland war in der Vergangenheit stark vom sog. „Lohnnebenkosten-Argument“ geprägt. Die hohe Arbeitslosigkeit wurde als drängendstes wirtschaftspolitisches Problem betrachtet, dem durch eine relative Verbilligung des Produktionsfaktors Arbeit begegnet werden sollte. Tatsächlich ist die Belastung des Produktionsfaktors Arbeit mit Steuern und Sozialabgaben weit höher als jene des Kapitals. Allerdings sollte bei der Beurteilung der Besteuerung von Produktionsfaktoren auch die internationale Verflechtung der deutschen Volkswirtschaft berücksichtigt werden. Das Angebot an Kapital ist aufgrund eines flüssigen internationalen Kapitalmarktes sehr elastisch. Dies führt dazu, dass der Kapitaleinsatz im Inland sinkt, wodurch das Wirtschaftswachstum beeinträchtigt wird. Der Faktor Arbeit ist dagegen international bei weitem weniger mobil als Kapital. So verteilungsgerecht eine stärkere Belastung von Kapitaleinkommen auch erscheinen mag und so einleuchtend das Argument, dass dadurch Spielräume zur Senkung von Lohnnebenkosten entstehen, auch erscheint, so problematisch stellt sich der Vorschlag dar, wenn Effekte auf das Wachstum einer Volkswirtschaft mitberücksichtigt werden.

Aus Sicht der PKV ist die Art der Verbeitragung in der GKV zwar von untergeordneter Bedeutung. Sollte die Einkommensumverteilung in der GKV dadurch jedoch ausgeweitet werden, würde die PKV gegenüber der GKV aber an Attraktivität gewinnen. Dies könnte ein Grund sein, weshalb in vielen Reformvorschlägen gleichzeitig die Abschaffung der PKV gefordert wird. Diese würde die Möglichkeiten zur Einkommensumverteilung in der GKV erweitern. Insofern kann die PKV derzeit als Korrektiv gesehen werden: sie verhindert, dass Doppelstrukturen von GKV und Finanzämtern weiter ausgebaut werden.

In einem Szenario des BAG untersuchen wir die Folgen einer Anhebung der Kapitalertragssteuer von derzeit 25% auf 30%. Die Einnahmen aus der Erhöhung der Abgeltungssteuer um 5%-Punkte gehen zunächst an den Staat, der diese in Form eines Steuerzuschusses dem Gesundheitsfonds zur Verfügung stellt. Wir folgen damit einem Konzept des SPD-Parteiprogramms (SPD 2011b). Im Ergebnis zeigt sich, dass dies den Beitragssatz zum Gesundheitsfonds kurzfristig um 0,2%- und langfristig nur um rund 0,1 %-Punkte im Vergleich zur alleinigen Erhöhung der BBG zusätzlich senken würde (Tabelle 7). Dies hätte weder Auswirkungen auf die Beschäftigung noch auf das BIP und die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt.

3. Einzelne Reformparameter

Tabelle 7

Änderungen durch Anhebung der Kapitalertragssteuer; Vergleich zu BAU
2013 bis 2040

Zielgröße	2013	2020	2040
PKV-Ausgaben (in %)	0,0	0,0	0,0
GKV-Ausgaben (in %)	0,0	0,0	0,0
GKV-Beitragssatz (in %-Punkten)	-0,2	-0,1	-0,1
Kapitalstock PKV (in %)	-	-	-
BIP (in %)	0,0	0,0	0,0
BIP Gesundheitswirtschaft (in %)	0,0	0,0	0,0
BIP Rest der Wirtschaft (in %)	0,0	0,0	0,0
Beschäftigung (in %)	0,0	0,0	0,0
Gesundheitswirtschaft (in %)	0,0	0,0	0,0
Rest der Wirtschaft (in %)	0,0	0,0	0,0
Wohlfahrt (in %)	0,0	0,0	0,0

Quelle: Eigene Berechnungen.

3.1.3 Reform der beitragsfreien Familienmitversicherung

Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen stellt ein Spezifikum der GKV dar, dessen Reform auch gänzlich unabhängig von Bürgerversicherungskonzepten (BMFSFJ 2011; Gonser et al. 2012) diskutiert wird. Im Verhältnis zur PKV, die eine beitragsfreie Mitversicherung nicht kennt, ist sie ein wichtiger Wettbewerbsparameter. Durch die Umverteilung zugunsten von Familien mit Kindern und Ehepaaren mit nur einem Lohn Einkommen macht sie die GKV für diese Zielgruppe interessant. Seit 2004 (GKV-Modernisierungsgesetz) wird diese Unterstützung von Familien aus Steuermitteln mitfinanziert (BGBI: 2190). Hierin kann eine Wettbewerbsverzerrung zuungunsten der PKV gesehen werden, weil diese für Kinder privat versicherter Eltern keine staatliche Unterstützung erfährt. Relativiert wird dies allerdings durch das staatliche Beihilfesystem für Beamte, das Ehegatten und Kindern sehr hohe Beihilfen von bis zu 80% ihrer Gesundheitskosten einräumt. Da die Beihilfe beitragsmindernd nur bei einer PKV in Anspruch genommen werden kann, erwächst der PKV im Wettbewerb um Beamtenfamilien nur eingeschränkt ein Wettbewerbsnachteil aus der Familienmitversicherung in der GKV.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern wird im Rahmen der verschiedenen Bürgerversicherungsmodelle nicht in Frage gestellt, jedoch die von nicht selbstversicherten Ehepartnern. Als Reformoptionen werden Abschaffung der Mitversicherung für Ehegatten, die weder Kinder noch pflegebedürftige Familienmitglieder betreuen, oder ein Beitragssplitting vorgeschlagen. Letzteres sieht vor, dass analog zum Steuersystem das gesamte Arbeitseinkommen der Ehepartner gemeinsam verbeitragt wird. Dies zielt insbesondere auf den Fall, dass zwar beide Ehepartner arbeiten und eigenständig in der GKV versichert sind, jedoch einer wegen geringen Einkommens nur geringe Beiträge entrichtet, selbst dann, wenn das gemeinsame Familieneinkommen hoch ist.

Grundsätzlich erscheint es aus ökonomischer Perspektive nicht gerechtfertigt, die innerfamiliäre Arbeitsteilung staatlicherseits zu beeinflussen. Ein Argument für die Einführung einer Bürgerversicherung kann darin indes nicht gesehen werden, denn entsprechende Reformen ließen sich auch innerhalb des bestehenden GKV-Systems umsetzen. Die Diskussion um die Bürgerversicherung könnte nur insofern mittelbar einen Einfluss ausüben, als dass in einer entsprechenden Reform eine (unerwünschte) Schwächung der Wettbewerbsposition der GKV gesehen werden könnte. Schließlich sind durch manche Reformvorschläge zur Mitversicherung von Familienangehörigen bei besonderen Haushaltskonstellationen erhebliche Zusatzbelastungen für einzelne Haushalte zu erwarten.

3.1.4 Herstellung der paritätischen Finanzierung

Die Bürgerversicherungsmodelle von SPD, Grünen und der Linken sehen, wenn auch in unterschiedlicher Form, alle eine paritätische Finanzierung der Versichertenbeiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer vor. Dies stellt zunächst ein Zurücknehmen der Neuregelung im GKV-FinG dar, die ein Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge vorsieht. Aus Sicht der gesundheitsökonomischen Mehrheitsmeinung (Augurzky 2010) war diese Neuregelung allerdings richtungsweisend. Grundsätzlich überzeugt die Forderung nach einer paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer aus verteilungspolitischer Perspektive nicht. Dass die Arbeitgeber 50% der Krankenversicherungsbeiträge zahlen, bedeutet keineswegs, dass sie auch 50% der Last der GKV-Finanzierung tragen. Diese Last werden unabhängig davon, von wem die Zahlung vorgenommen wird, immer private Haushalte tragen müssen.

Deutlich wird dies, wenn man sich vor Augen führt, dass für ein Unternehmen Arbeitgeberbeiträge gleichermaßen Lohnkosten darstellen wie Lohn und Gehalt. In Lohn- und Gehaltsverhandlungen, aber auch bei der Entscheidung über die Einstellung von neuen Mitarbeitern betrachten die Unternehmen immer die

3. Einzelne Reformparameter

gesamten Arbeitslosen inklusive der Versicherungsbeiträge und anderer Lohnnebenkosten. Letztlich werden die Unternehmen die Belastung durch höhere Arbeitgeberbeiträge in Form geringerer Löhne oder unterlassener Einstellungen an die Arbeitnehmer weitergeben. Die Forderung nach paritätischer Finanzierung ist daher im Wesentlichen Symbolpolitik. Aus Sicht der PKV schließlich spielen die Finanzierungsanteile der Arbeitnehmer und Arbeitgeber keine Rolle.

3.1.5 Ausweitung der Steuerfinanzierung

In verschiedenen Modellen ist eine Ausweitung des Steuerzuschusses zur GKV vorgesehen. In Abschnitt 3.1.2 wurde eine entsprechende Variante vorgestellt. Dort wurden die Einnahmen aus der Erhöhung der Kapitalertragssteuer dem Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Unabhängig davon wird jedoch über eine Ausweitung des Steuerzuschusses diskutiert. Ziele dieser Maßnahme sind, (i) die Einnahmen der GKV unabhängiger von konjunkturellen Schwankungen zu gestalten, (ii) die Lohnnebenkosten zu reduzieren und (iii) weitere versicherungsfremde Leistungen zu finanzieren.

Dem Vorteil eines dadurch zu erreichenden niedrigeren Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds steht allerdings der Nachteil von Steuererhöhungen oder Kürzungen anderer staatlicher Ausgaben gegenüber. Von der konkreten Ausgestaltung hängt es ab, ob eine solche Änderung volkswirtschaftlich vor- oder nachteilhaft ist. Aus Sicht der GKV erhöht ein Steuerzuschuss allerdings ihre Abhängigkeit von der Finanzpolitik. Aus Sicht der PKV führt die Ausweitung der Steuerfinanzierung der GKV zu einer Verschlechterung ihrer Wettbewerbsposition, weil sie selbst ohne Steuerzuschuss kalkulieren muss, aber ihre Versicherten sich als Steuerzahler am Steuerzuschuss der GKV beteiligen.

3.2 Das Verhältnis zwischen GKV und PKV

Im Folgenden werden Reformparameter diskutiert, die das Verhältnis der GKV und PKV direkt betreffen. In der Konsequenz schränken sie das Neugeschäft der PKV ein oder führen sogar zur vollständigen Auflösung der PKV, wenn auch alle PKV-Bestandskunden in die GKV überführt würden. Wesentlicher Parameter zur Einschränkung des Zugangs zur PKV von angestellten Arbeitnehmern ist die Versicherungspflichtgrenze, die 2013 bei 4 350 € monatlich bzw. 52 200 € jährlich liegt. Je höher sie ausfällt, desto weniger Arbeitnehmer können in die PKV wechseln. Der Zugang von Beamten und Selbständigen bleibt davon jedoch unberührt. Der Zugang zur PKV könnte Angestellten, Beamten oder Selbständigen jeweils auch völlig verwehrt werden. Würde er allen Gruppen verwehrt, käme das Neuge-

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

schäft der PKV zum Erliegen. Nur noch die Bestandskunden würden betreut und die einzelnen PKVen würden langfristig schließen. In einem noch weitergehenden Schritt würden alle Bestandskunden der PKV einer sofortigen Wechselflicht in die GKV unterliegen, was das sofortige Ende der PKV bedeutete. Indirekt würde die Geschäftsgrundlage der PKV auch durch die Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich oder in den Gesundheitsfonds (Einkommensumverteilung) ohne Angleichung der Gebührenordnung zerstört.

Diskutiert werden im Folgenden die sich daraus ergebenden volkswirtschaftlichen Konsequenzen, darunter der Wegfall des PKV-GKV-Systemwettbewerbs, der Wegfall der Kapitaldeckung in der PKV, die Ausweitung der Einkommensumverteilung, die Einschränkung der Konsumentensouveränität und der Wegfall von in der PKV angelegten Steuerungsmechanismen. Juristische Aspekte werden dabei ausgeblendet.

3.2.1 Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich

Ein vermeintlich weniger radikaler Ansatz zur Schaffung eines integrierten Krankenversicherungsmarktes, als die GKV in Form einer Bürgerversicherung auf die gesamte Bevölkerung auszudehnen, besteht in der Einbeziehung der PKV in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) der GKV. Während die PKV über risikoangepasste Prämien den Risikoausgleich direkt am Markt vornimmt, führt die GKV diesen im Hintergrund über den Morbi-RSA durch. Außerdem führt die PKV einen intertemporalen Risikoausgleich durch, indem sie Altersrückstellungen aufbaut, um die höhere erwartete Morbidität im Alter auszugleichen zu können.

Eine Integration der PKV in den Morbi-RSA der GKV hätte zur Folge, dass es je nach Risikostruktur für einzelne PKV-Versicherte zu einer Entlastung oder Belastung käme. Die PKV-Prämien wurden langfristig kalkuliert, ohne dass ein Risikoausgleich über die Grenzen des jeweiligen Tarifs hinaus berücksichtigt worden wäre. Langjährige Bestandskunden haben daher hohe Altersrückstellungen aufgebaut, um altersbedingte Prämienanstiege auszuschließen. Bestandskunden mit steigenden Prämien infolge der Einbindung in den Morbi-RSA könnten sich altersbedingt nicht mehr darauf einstellen und Vorsorge betreiben. Es käme zu Doppelbelastungen, insbesondere auch weil die PKV-Versicherten sowohl für ihr eigenes höheres Morbiditätsrisiko im Alter vorsorgen als auch für jenes der GKV-Versicherten.

3. Einzelne Reformparameter

Eine weitere Herausforderung dürfte die Integration der Beihilfe in den Morbi-RSA darstellen. Durch die einer Verbeamtung vorgelagerte Gesundheitsprüfung dürften die Beamten im Durchschnitt ein geringeres Risiko aufweisen als die übrige Bevölkerung. Dies bedeutet, dass die Beihilfe in den Morbi-RSA einzahlen müsste. Die PKV hätte schließlich zwei Risikoausgleichssysteme parallel zu bewältigen: jenes am Markt über risikoabhängige Prämien und jenes über den Morbi-RSA im Hintergrund.

3.2.2 Einbeziehung der PKV in den Gesundheitsfonds

Im Unterschied zur Einbindung der PKV in den Morbi-RSA ist die Einbindung in den Gesundheitsfonds zu sehen, d.h. die Einbindung der PKV in die vom Fonds vorgenommene Einkommensumverteilung der GKV. Konkret würde dies bedeuten, dass ein PKV-Versicherter einen einkommensabhängigen Beitrag an den Gesundheitsfonds zahlt – ganz analog zu GKV-Mitgliedern. Im Fonds findet anschließend die Einkommensumverteilung statt und der PKV-Versicherte erhielte dann aus dem Fonds den Betrag zum Beispiel in Form eines Gutscheins zurück, der den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben der GKV pro Kopf entspricht. Da die gleichen Kriterien wie in der GKV gelten müssten, würde der PKV-Versicherte auch einen Betrag für Kinder und Ehegatten ohne eigenes Einkommen erhalten, d.h. es würde die Mitversicherung von Familienangehörigen gelten. Mit den „Gutscheinen“ aus dem Fonds würde der PKV-Versicherte einen Teil seiner PKV-Prämie abdecken.⁹

Nun kämen allerdings die Besonderheiten der PKV zum Tragen: Erstens führt das höhere Preisniveau der medizinischen Leistungen in der PKV dazu, dass die durchschnittliche Prämie in der PKV unter ansonsten gleichen Bedingungen höher ausfallen muss als die der GKV, die der Versicherte aus dem Fonds bekommt. Die meisten PKV-Bestandskunden müssten daher mit erheblichen Zusatzbelastungen rechnen. Neukunden dagegen würden sich kaum noch für die PKV entscheiden. Zweitens erfolgt in der PKV der Aufbau eines Kapitalstocks, der wiederum die durchschnittliche PKV-Prämie höher als in der GKV ausfallen lässt. Die Wahl für die PKV bedeutet für einen Versicherten damit die Wahl eines kapitalgedeckten Versicherungssystems. Das mag für viele Versicherte interessant sein, für andere jedoch nicht. Bestandskunden müssten mit erheblichen Zusatzbelastungen rechnen. Für Neukunden dürfte die PKV uninteressant werden.

⁹ Unklar bleibt das Verfahren bei Beamten. Vermutlich müssten sie den Beihilfeanteil ihrer Pauschale aus dem Gesundheitsfonds (Gutscheins) an ihren Arbeitgeber abgeben.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Im Endeffekt dürfte die Einbeziehung der PKV in den Gesundheitsfonds faktisch zu einem Erliegen des Neugeschäfts der PKV führen. Insofern wäre diese Maßnahme vergleichbar mit der Schließung der PKV für das Neugeschäft. Sollte die Maßnahme auch für die Bestandskunden der PKV gelten, müsste vermutlich eine Rückkehroption in die GKV eingeräumt werden, wenn die Zusatzbelastungen durch diese Maßnahme unverhältnismäßig hoch ausfielen. Dies käme damit einer völligen Schließung der PKV nahe. Sowohl das VNG als auch die Schließung der PKV werden weiter unten aufgegriffen.

3.2.3 Verbot des Neugeschäfts der PKV

Das VNG in der PKV wird im Modell so umgesetzt, dass ab 2013 jeweils diejenigen, die im Referenzszenario BAU im Alter von 25 Jahren in die PKV eintreten würden, dies nicht mehr tun können. Dies gilt auch für diejenigen, die aufgrund des PKV-Status ihrer Eltern privatversichert waren und diesen Vertrag dann übernehmen würden. Diese Jahrgänge werden in diesem Szenario ab dem Alter 25 gesetzlich versichert. Alle im Jahre 2013 über 25-jährigen PKV-Versicherten bleiben dagegen in der PKV. Weiterhin nehmen wir an, dass es keinen Übertritt von Versicherten aus der GKV in die PKV mehr gibt. In diesem Szenario erweitert sich somit kontinuierlich der Versichertenkreis der GKV. Umgekehrt kann die PKV nicht mehr wachsen. Ihr Versichertenbestand nimmt mit der Sterblichkeit der Versicherten nach 2013 daher stetig ab.

Bei diesem Übergangsszenario ist zu entscheiden, welche Gesundheitsausgaben die neu in die GKV wechselnden Versicherten in der GKV aufweisen. Wir unterscheiden zwei Varianten. In der ersten Variante „VNG“ nehmen wir an, dass die 25-jährigen Wechsler das Ausgabenniveau von 25-jährigen GKV-Mitgliedern übernehmen. Da die PKV aber ein höheres Ausgabenniveau als die GKV hat, werden die die GKV-Ausgaben übersteigenden Ausgaben über eine private Zusatzversicherung abgedeckt (Kasten 1). In die GKV wechselnde Versicherte behalten somit ihren Status als Privatpatient über eine geeignete Zusatz-PKV teilweise bei. In der zweiten Variante „VNG_EBM“ übernimmt die GKV das Ausgabenniveau der Neuversicherten vollständig. Dies führt im Unterschied zur einfachen VNG-Variante zu einem, wenn auch leichten, Anstieg des Ausgabenprofils in der GKV. Hinter dieser Variante steckt die Idee einer Angleichung der beiden Gebührenordnungen

3. Einzelne Reformparameter

Kasten 1

Unterschiedliche Preisniveaus der GKV und PKV

Derzeit können Leistungserbringer privat und gesetzlich Versicherten für dieselbe Leistung unterschiedliche Beiträge berechnen. Als Abrechnungsgrundlage für Privatpatienten dient die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), während der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) vertragsärztlich erbrachte, ambulante Leistungen von gesetzlich Krankenversicherten regelt. Die SPD plant eine einheitlich Honorarordnung, die so angepasst werden soll, dass insgesamt nicht weniger Mittel für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen (SPD 2011b). Das impliziert jedoch eine maßgebliche Ausgabensteigerung für die gesetzlichen Krankenkassen. Die Grünen hingegen tendieren zu einer Angleichung der Tarife auf EBM-Niveau, was wiederum Honorarkürzungen zur Folge hat, sodass beide Vorschläge als schwer durchsetzbar einzustufen sind (BDI 2012). Gleichwohl sind von Seiten der Leistungserbringer Kompensationsforderungen zu erwarten, so dass es wahrscheinlich zu einem Anstieg des Vergütungsniveaus käme.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) in der GKV und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der PKV. Für beide Varianten gilt, dass die Leistungserbringer in der Summe keine Einnahmeneinbußen zu verzeichnen haben.¹⁰

Die neuen Versicherten der GKV weisen im Durchschnitt ein höheres BPE auf. Dadurch ist ein dämpfender Einfluss auf den Beitragssatz zu erwarten. Zudem sind die Ausgaben der 25-jährigen generell unterdurchschnittlich hoch. In der einfachen VNG-Variante tritt also ein zweiter dämpfender Effekt auf den Beitragssatz im Gesundheitsfonds auf. In „VNG_EBM“ tritt dagegen ein kompensatorischer Effekt auf, weil das PKV-Ausgabenniveau der 25-jährigen Wechsler höher als das Ausgabenniveau der 25-jährigen in der GKV ist.

Die Erweiterung des Personenkreises in der GKV hat außerdem zur Folge, dass zusätzliche Personen der impliziten Steuer der umlagefinanzierten GKV in Höhe von rund 6,7% des beitragspflichtigen Einkommens unterliegen. Trotz eines möglicherweise sinkenden Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds ist zu erwarten, dass die Wohlfahrt in der Volkswirtschaft abnimmt, wenn Personen, deren Krankenversicherung vorher nach dem Kapitaldeckungsverfahren organisiert war, in das Umlageverfahren der GKV wechseln (Felder, Kifmann 2004).

¹⁰ Dies gilt in der Variante VNG_EBM jedoch nicht für einzelne Disziplinen und Regionen, weil es zu einer entsprechenden Umverteilung der Ausgaben kommen würde. Auch sei darauf hingewiesen, dass in der Variante VNG vermutlich weniger Zusatz-PKVen nachgefragt würden, weil die Belastung durch GKV-Beiträge für die betroffenen Versicherten steigt und damit weniger Budget für Zusatz-PKVen übrig bleibt. Im BAG-Modell wird von diesen Punkten abstrahiert.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Tabelle 8

Änderungen durch Verbot des Neugeschäfts der PKV; Vergleich zu BAU

Zielgröße		2013	2020	2040
PKV-Ausgaben (in %)	VNG ^a	-0,6	-7,1	-40,3
	VNG_EBM ^b	-0,8	-8,3	-45,8
GKV-Ausgaben (in %)	VNG ^a	0,1	0,5	2,7
	VNG_EBM ^b	0,1	0,7	3,9
GKV-Beitragssatz (in %-Punkten)	VNG ^a	0,0	-0,2	-0,9
	VNG_EBM ^b	0,0	0,0	-0,1
Kapitalstock PKV (in %)	VNG ^a	0,0	-5,4	-50,4
	VNG_EBM ^b	0,0	-5,5	-54,4
BIP (in %)	VNG ^a	0,0	0,0	-0,4
	VNG_EBM ^b	0,0	-0,1	-0,4
Gesundheitswirtschaft (in %)	VNG ^a	0,0	-0,4	-1,9
	VNG_EBM ^b	0,0	-0,4	-1,8
Rest der Wirtschaft (in %)	VNG ^a	0,0	0,0	-0,1
	VNG_EBM ^b	0,0	0,0	-0,2
Beschäftigung (in %)	VNG ^a	0,0	-0,1	-0,4
	VNG_EBM ^b	0,0	-0,1	-0,5
Gesundheitswirtschaft (in %)	VNG ^a	0,0	-0,3	-2,0
	VNG_EBM ^b	0,0	-0,4	-2,0
Rest der Wirtschaft (in %)	VNG ^a	0,0	0,0	-0,2
	VNG_EBM ^b	0,0	0,0	-0,3
Wohlfahrt (in %)	VNG ^a	0,0	-0,1	-0,5
	VNG_EBM ^b	0,0	-0,1	-0,4

Quelle: Eigene Berechnungen. – ^a ohne Anpassung des EBM – ^b mit Anpassung des EBM.

Nach dem BAG-Modell würde ein Verbot des Neugeschäfts den Beitragssatz zum Gesundheitsfonds zunächst nicht senken (Tabelle 8). Erst 2040 würde der Beitragssatz 0,9%-Punkte niedriger liegen – bei einem für 2040 errechneten Beitragssatz von 22,4% im Referenzszenario BAU. Trägt die GKV dagegen die gesamten ehemals PKV-Gesundheitsausgaben der Neuversicherten (Szenario VNG_EBM), dann sinkt der Beitragssatz bis 2040 um kaum noch spürbare 0,1%-Punkte. Die Ausgaben der PKV würden bis 2040 bei einem VNG in den beiden Varianten um rund

3. Einzelne Reformparameter

40% bzw. 45% zurückgehen. Der Kapitalstock in der PKV würde bis 2020 um rund 5% und bis 2040 um rund die Hälfte gegenüber heute sinken. Die Auswirkungen auf das BIP, die Beschäftigung und die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt sind in beiden Varianten negativ.

3.2.4 Verbot des Neugeschäfts der PKV und befristete Rückkehroption in die GKV
Ergänzend zum VNG zielt dieses Reformmodell darauf ab, einer Gruppe von PKV-Versicherten Zugang zur GKV zu verschaffen und damit den Personenkreis derjenigen, die in die GKV wechseln können, zu erweitern. Diese Alternative wird in der öffentlichen Debatte zuweilen „Wüstenrot-Modell“ genannt in Anlehnung an eine bekannte Fernsehwerbung, in der ein roter Fuchs die Zuschauer aufforderte, noch schnell vor dem Jahresende einen Bausparvertrag bei Wüstenrot abzuschließen.

Im Rahmen des BAG-Modells haben wir geprüft, welche PKV-Versicherten von einem Wechsel in die GKV bei gleichzeitiger Beendigung des Neugeschäfts der PKV profitieren könnten (vgl. den folgenden Abschnitt). Dabei zeigt sich, dass die Rentner aus dem Wechsel einen Vorteil ziehen würden. Es wird daher im Modell „VNG-Plus“ angenommen, dass alle PKV-Rentner in die GKV wechseln. Dabei unterscheiden wir wiederum zwei Szenarien mit und ohne Anpassung des EBM. Im Szenario ohne Anpassung des EBM decken die neuen PKV-Rentner in der GKV die Differenz ihrer Gesundheitsausgaben zum GKV-Niveau über eine Zusatzversicherung ab. Aufgrund des dennoch vergleichsweise hohen Ausgabenniveaus dieser zusätzlichen Wechsler steigen die Ausgaben in der GKV. Im Szenario mit Anpassung des EBM fällt diese Zusatzversicherung weg; stattdessen steigen die Ausgaben in der GKV zusätzlich an. Für die Wechsler haben die PKV-Versicherer Anwartschaften aufgebaut, deren Funktion mit dem Wechsel in Frage steht. Für die Belange des Modells wird angenommen, dass der aufgebaute Kapitalstock zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben der PKV-Rentner zum Staat übergeht und von diesem zur Finanzierung seiner staatlichen Ausgaben verwendet werden kann. Konkret wird unterstellt, dass der Staat diesen Kapitalstock mit 10% p.a. abschreiben und die Rendite aus dem verbleibenden Bestand verwenden kann.¹¹

Die Umsetzung dieses Modells hätte zur Folge, dass der Beitragssatz zum Gesundheitsfonds 2013 – je nachdem, ob eine Niveauanpassung des EBM vorgesehen ist oder nicht – sofort um 0,7%-Punkte bzw. um 0,5%-Punkte ansteigen müsste (Tabelle 9). Dies ist wenig überraschend, bringen doch Familien häufig beitragsfrei mitzuversichernde Kinder und die Rentner aus der PKV ein hohes Gesundheits-

¹¹ Lauterbach (2004) schlägt vor, dass der Kapitalstock der Wechsler in die GKV in der PKV verbleibt. Eine solche Variante würde die ausgewiesenen Ergebnisse nicht wesentlich ändern.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Tabelle 9

Änderungen durch Verbot des Neugeschäfts und befristete GKV-Rückkehrproption („Wüstenrot-Modell“); Vergleich zu BAU

Zielgröße		2013	2020	2040
PKV-Ausgaben (in %)	WR ^a	-18,4	-37,3	-80,7
	WR_EBM ^b	-23,0	-53,8	-93,0
GKV-Ausgaben (in %)	WR ^a	4,6	5,4	8,2
	WR_EBM ^b	6,9	8,1	12,2
GKV-Beitragssatz (in %-Punkten)	WR ^a	0,5	0,4	-0,5
	WR_EBM ^b	0,7	0,7	-0,1
Kapitalstock PKV (in %)	WR ^a	0,0	-38,9	-95,7
	WR_EBM ^b	0,0	-74,9	-97,7
BIP (in %)	WR ^a	0,0	-0,1	-0,5
	WR_EBM ^b	0,0	-0,2	-0,5
Gesundheitswirtschaft (in %)	WR ^a	0,7	-0,7	-2,3
	WR_EBM ^b	1,6	-0,8	-1,3
Rest der Wirtschaft (in %)	WR ^a	-0,1	0,0	-0,2
	WR_EBM ^b	-0,1	-0,1	-0,3
Beschäftigung (in %)	WR ^a	0,0	-0,1	-0,5
	WR_EBM ^b	0,0	0,0	-0,4
Gesundheitswirtschaft (in %)	WR ^a	0,2	-0,8	-2,6
	WR_EBM ^b	0,5	-1,0	-2,0
Rest der Wirtschaft (in %)	WR ^a	0,0	0,0	-0,1
	WR_EBM ^b	0,0	0,1	-0,2
Wohlfahrt (in %)	WR ^a	0,0	-0,2	-0,7
	WR_EBM ^b	0,0	-0,4	-0,7

Quelle: Eigene Berechnungen. – ^aohne Anpassung des EBM – ^bmit Anpassung des EBM.

3. Einzelne Reformparameter

Tabelle 10

Änderungen durch Schließung der PKV; Vergleich zu BAU

Zielgröße		2013	2020	2040
PKV Ausgaben %	GSL ^a	-66,6	-78,7	-92,4
	GSL_EBM ^b	-97,3	-100,0	-100,0
GKV Ausgaben %	GSL ^a	11,5	11,5	11,3
	GSL_EBM ^b	16,6	16,6	16,6
GKV-Beitragssatz (in %-Punkten)	GSL ^a	-0,7	-0,8	-1,4
	GSL_EBM ^b	-0,1	-0,1	-0,7
Kapitalstock PKV %	GSL ^a	-71,3	-84,7	-93,5
	GSL_EBM ^b	-100,0	-100,0	-100,0
BIP (in %)	GSL ^a	0,0	-0,2	-0,5
	GSL_EBM ^b	0,0	-0,2	-0,5
Gesundheitswirtschaft (in %)	GSL ^a	-0,9	-2,0	-2,3
	GSL_EBM ^b	-1,3	-1,2	-0,2
Rest der Wirtschaft (in %)	GSL ^a	0,1	0,0	-0,1
	GSL_EBM ^b	0,2	-0,1	-0,5
Beschäftigung (in %)	GSL ^a	-0,2	-0,3	-0,5
	GSL_EBM ^b	-0,1	-0,2	-0,5
Gesundheitswirtschaft (in %)	GSL ^a	0,8	-0,9	-2,4
	GSL_EBM ^b	0,9	-0,7	-1,3
Rest der Wirtschaft (in %)	GSL ^a	-0,3	-0,2	-0,2
	GSL_EBM ^b	-0,3	-0,2	-0,3
Wohlfahrt (in %)	GSL ^a	0,2	-0,3	-0,7
	GSL_EBM ^b	0,2	-0,5	-0,8

Quelle: Eigene Berechnungen. - ^aohne Anpassung des EBM - ^bmit Anpassung des EBM.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

ausgabenniveau in die GKV ein. Mit der Zeit würde dieser Effekt sich auswachsen, weil die Sterblichkeit unter Rentnern vergleichsweise hoch ist und immer mehr Neuversicherte in der GKV bleiben. Der zusätzliche Wechsel der Rentner bedeutete einen starken Rückgang des PKV-Geschäfts: um rund ein Fünftel zu Beginn und je nach Variante um 80% bzw. 90% bis 2040. Das BIP, die Beschäftigung und die Wohlfahrt würden insbesondere 2020 und 2040 im Vergleich zu BAU sinken.

3.2.5 Völlige Schließung der PKV

Bei der sofortigen Gesamtschließung (GSL) der PKV unterscheiden wir wiederum Varianten mit und ohne Angleichung des EBM in der GKV. In der ersten Variante „GSL“ verbleibt der PKV ein Zusatzversicherungsgeschäft zur Deckung der Differenz im Ausgabenniveau zwischen PKV und GKV. In dieser Variante verbleibt auch ein anteiliger Kapitalstock in der PKV zur Deckung dieses verbleibenden Zusatzversicherungsbereichs. Die Variante „GSL_EBM“ bedeutet hingegen eine völlige Schließung der PKV; denn das ganze private Versicherungsgeschäft wird von der GKV übernommen.¹² Bei dieser Variante geht der gesamte Kapitalstock der PKV an den Staat, der ihn gemäß den bereits erwähnten Regeln zur Finanzierung seiner staatlichen Aufgaben einsetzen kann.

Eine sofortige – verfassungsrechtlich aber bedenkliche – Schließung der PKV hätte Auswirkungen auf den Beitragssatz zum Gesundheitsfonds. Er würde um 0,7%-Punkte sinken, falls die GKV ihr Ausgabenniveau für die eintretenden PKV-Versicherten übernehmen würde (Tabelle 10). Rothgang et al. (2011) berechneten einen Rückgang des Beitragssatzes von 1,2%. Passt die GKV jedoch den EBM an, um die Gesamtausgaben für Leistungserbringer konstant zu halten, und übernimmt damit die Gesamtausgaben der bisher PKV-Versicherten, sinkt der Beitragssatz nur noch um 0,1%-Punkte. Ab 2020 gehen das BIP und die Beschäftigung zurück, ebenso die Wohlfahrt. Die Wohlfahrtseffekte fallen mit 0,2% in 2020 und mit um die 0,7% in 2040 deutlich negativer aus. Grund hierfür ist u.a. der Wohlfahrtsverlust der ehemals PKV-Versicherten, die durch die Schließung der PKV mit der impliziten Steuer des Umlageverfahrens der GKV belegt werden.

¹² Diese Variante ist selbstredend extrem. Tatsächlich würden private Zusatzversicherungen (Wahlleistungen, Zugang zum Chefarzt in der stationären Versorgung etc.) auch nach Schließung der PKV weiterhin bestehen bleiben. Die Abgrenzung zwischen Grund- und Zusatzversicherung, insbesondere wenn dabei die Beihilfe berücksichtigt werden soll, ist im Modell kaum zu leisten, so dass wir darauf verzichteten.

3. Einzelne Reformparameter

3.3 Folgen einer Schwächung der PKV

Im Folgenden werden die volkswirtschaftlichen Effekte einer Schwächung der PKV ausführlicher diskutiert.

3.3.1 Wegfall des PKV-GKV-Systemwettbewerbs

Zwar findet der Wettbewerb zwischen einzelnen GKVern und einzelnen PKVern unter ungleichen Bedingungen statt, weil die angebotenen Produkte völlig unterschiedlichen Gesetzen gehorchen. Insofern besteht hier kein Wettbewerb im herkömmlichen Sinne. Allerdings gibt es einen Systemwettbewerb, der auch für GKV-Versicherte Vorteile mit sich bringt. Die PKV bietet im System der GKV eine „outside option“ für freiwillig gesetzlich Versicherte. Das Gesamtsystem der GKV – nicht nur die einzelnen Krankenkassen – steht daher im Wettbewerb zur PKV. Diese Situation würde sich grundlegend ändern, wenn die PKV als konkurrierendes System wegfiel. Betroffen ist hier erstens der Leistungskatalog der GKV. Diesen deutlich zu reduzieren, ist im Status quo u.a. deshalb schwierig, weil die GKV ein starkes Interesse an einem Leistungsangebot haben muss, das nicht zu stark hinter dem der PKV zurückfällt. Die Existenz der PKV sichert damit der Gesamtheit aller gesetzlich Versicherten einen Krankenversicherungsschutz auf hohem Niveau.

Ein Wegfall der PKV würde zweitens dazu führen, dass die GKV viel stärker als bisher zu einem Einkommensumverteilungssystem umfunktioniert würde. Eine Stärkung des Wettbewerbs auf Seiten der Leistungserbringung scheint in keinem der auf dem Markt befindlichen Bürgerversicherungskonzepte eine nennenswerte Rolle zu spielen (Kapitel 5). Gerechtigkeitsargumente mit Bezug auf die Einkommensverteilung stehen dagegen im Vordergrund. Dass die Krankenversicherung als Instrument der Einkommensumverteilung zu betrachten ist, hat sich in der Reformdiskussion der vergangenen Jahre wiederholt als Hemmschuh für wettbewerbsorientierte Reformen erwiesen, zum Beispiel bei der Diskussion um einkommensunabhängige Zusatzbeiträge.

Die Abschaffung der PKV würde das Risiko, die BBG künftig immer weiter anzuheben, erhöhen. Der Krankenversicherungscharakter der GKV würde dabei immer unbedeutender und es träte der „Finanzamtscharakter“ in den Vordergrund. Bei einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage würden sich bürokratische Doppelstrukturen zur Einkommensumverteilung noch stärker herausbilden als dies heute der Fall ist. Einkommensumverteilung sollte aber Aufgabe des Steuersystems und dagegen das Ausgleichen von Krankheitsrisiken Aufgabe der Kranken-

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

versicherung sein. Die Existenz der PKV sorgt derzeit dafür, dass die GKV ihrer eigentlichen Aufgaben der Krankenversicherung stärker nachkommt als versicherungsfremden Umverteilungsaufgaben.

3.3.2 Wegfall der Kapitaldeckung in der PKV

Die Prämiengestaltung der PKV unterscheidet sich nicht nur durch die Risikoanpassung ihrer Prämien von der GKV, sondern auch dadurch, dass in der Prämienkalkulation der Aufbau eines Kapitalstocks angelegt ist. Beides zusammen ist Ausdruck des Prinzips, dass die – bei Vertragsabschluss – erwarteten individuellen Gesundheitskosten eines Versicherten dem Gegenwartswert seiner erwarteten zukünftigen Prämienzahlungen entsprechen sollen. Dem Aufbau eines Kapitalstocks in Form von Altersrückstellungen kommt hierbei die Aufgabe zu, langfristig eine stabile Prämie sicherzustellen, die nicht aufgrund im Alter steigender Gesundheitsausgaben angehoben werden muss. Prämien, die in vergleichsweise jungem Alter die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben übersteigen, stehen daher Prämien in höherem Alter gegenüber, die unter den dann mittleren Gesundheitskosten liegen.

Eine solche langfristige, individuelle Äquivalenz zwischen erwarteten Kosten und Prämien über die Laufzeit eines Versicherungsvertrags kennt das GKV-System nicht.¹³ Äquivalenz soll dort kurzfristig zwischen Beiträgen und Ausgaben des gesamten Versicherungskollektivs gelten.¹⁴ Systematisch mit dem Alter ansteigende Beiträge werden im GKV-System daher nicht durch einen Ausgleich zwischen Prämienzahlungen desselben Versicherten zu unterschiedlichen Zeitpunkten vermieden, sondern durch kontemporären Ausgleich der Beiträge zwischen allen Versicherten. Notwendig für stabile Beiträge zur GKV ist daher eine stabile Balance zwischen unterschiedlichen Altersgruppen in der Versichertengemeinschaft. Diese ist in einer alternden Gesellschaft wie der deutschen nicht gegeben. Unter diesen Bedingungen ist ein mit Kapitalbildung arbeitendes System daher vorteilhafter. Ein Wegfall der PKV und damit des einzigen auf Kapitaldeckung basierenden Elements des deutschen Krankenversicherungssystems erscheint vor diesem Hintergrund als ein Verlust. Viele Autoren (zum Beispiel Wille et al. 2012: 19) sehen hierin das zentrale Argument gegen Reformoptionen, die die Existenz der PKV in heutiger Form in Frage stellen.

¹³ *Einschränkend muss erwähnt werden, dass auch die staatliche Beihilfe ein Umlagesystem ist. Die Aussage gilt daher nur für den durch die PKV abgedeckten Gesundheitsausgaben, nicht aber für die durch die Beihilfe abgedeckten.*

¹⁴ *Der Risikostrukturausgleich sorgt dafür, dass diese Äquivalenz nicht für die einzelne Krankenkasse gelten muss. Der Steuerzuschuss zur GKV-Finanzierung lässt darüber hinaus zu, dass die Beiträge auch für das gesamte GKV-System hinter den Ausgaben zurückbleiben.*

3. Einzelne Reformparameter

Zwar wird vereinzelt die Vorteilhaftigkeit der Kapitaldeckung in Frage gestellt, zum Beispiel wegen volatiler Finanzmärkte und eines Wertverlusts des Kapitals, wenn eines Tages aufgrund der fortgeschrittenen Alterung der Gesellschaft stark entspart wird.¹⁵ Letzteres wird durch die auch über nationale Grenzen hinausgehende Kapitalanlage jedoch stark abgemildert, weil die internationale Alterung geringer ausfällt als die deutsche und zum Teil auch zeitversetzt stattfindet. Aber selbst wenn die Kapitaldeckung weniger effektiv sein sollte als bei der Kalkulation der Prämien angenommen, ist es unbestreitbar besser, überhaupt eine Kapitaldeckung zu haben als gar keine wie in der GKV.

Als weiterer Kostentreiber erscheint der medizinisch-technische Fortschritt, der in stärkerem Maße neue und kostenintensive diagnostische und therapeutische Möglichkeiten generiert als bestehende Verfahren kostengünstiger zu machen (Deutscher Ethikrat 2011; Deutscher Bundestag 2012). Die Altersrückstellungen der PKV sind zunächst nicht darauf ausgelegt, solche Mehrkosten abzufedern, so dass diese steigende Prämien nach sich ziehen. Dies gilt allerdings für beide Systeme, GKV und PKV, sodass hier keines einen Vorteil hat. Um die durch den medizinisch-technischen Fortschritt hervorgerufenen Ausgabensteigerungen in den Prämien besser aufzufangen, wurde im Jahr 2000 ein gesetzlich vorgeschriebener Zuschlag auf die PKV-Prämie in Höhe von 10% eingeführt. Dieser fing die Prämiensteigerungen der Über-65-jährigen deutlich ab (Owono, Weber 2010).

Ein Wegfall der Kapitaldeckung in der PKV ist gleichbedeutend mit einer Ausweitung des Umlageverfahrens. Mit der Umlage in der GKV ist nach unseren Berechnungen aktuell eine implizite Besteuerung der Arbeit in der Höhe von 6,7% verbunden. Damit werden alle Haushalte, die nach dem Status quo privatversichert sind und in den entsprechenden Reformszenarien in die GKV wechseln müssen, dieser zusätzlichen Steuer unterworfen. Dies führt, wie gezeigt, zu volkswirtschaftlichen Wohlfahrtsverlusten.

3.3.3 Einschränkung der Konsumentensouveränität

Während die PKV ein privatrechtliches Vertragsverhältnis mit den Versicherten begründet, ist die GKV Ausdruck staatlicher Fürsorge. Diese historische gewachsene rechtliche Unterscheidung, die unter den heutigen gesellschaftlichen Bedingungen anachronistisch wirken mag – viele gesetzlich Versicherte bedürfen zweifellos keiner stärkeren Fürsorge als privat Versicherte – hat insofern materielle Bedeutung, als dass die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten für den Versiche-

¹⁵ Der Kapitalstock einer gealterten Gesellschaft würde aufgebraucht, um altersnahe Dienstleistungen von der jüngeren Bevölkerung einzukaufen. Durch die Knappheit an jungen Menschen steigen die Preise ihrer Dienstleistungen, wodurch der vorhandene Kapitalstock an Wert verliert.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

rungsschutz im Rahmen der GKV stark eingeschränkt sind, während die PKV auf dem Prinzip der Vertragsfreiheit beruht. Die PKV ist daher grundsätzlich besser geeignet, unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten hinsichtlich ihres Krankenversicherungsschutzes Rechnung zu tragen als das starre GKV-System mit seinem im Wesentlichen allgemein und verbindlich vorgegebenem Leistungskatalog.

Der Markt für Krankenversicherungen bildet dagegen unterschiedliche Präferenzen ab. Privat Krankenversicherte können zwischen einer Vielzahl von unterschiedlichen Versicherungspaketen wählen, die sich nicht nur zwischen verschiedenen Versicherern, sondern auch zwischen den Tarifen desselben Versicherers unterscheiden. Zwar besteht innerhalb der GKV seit langem die Möglichkeit, dass Kassen ihr Leistungspaket im Rahmen der von ihnen angebotenen Satzungsleistungen leicht differenzieren. Außerdem wurde das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführt, das seit 2007 auch eine Differenzierung innerhalb einer Kasse durch Wahltarife ermöglicht. Dennoch bleibt in der GKV die Möglichkeit für Versicherte, sich ein Versicherungspaket nach den eigenen Wünschen zusammenzustellen, weit hinter denen in der PKV zurück. Die Ausweitung der GKV auf die gesamte Bevölkerung würde für die freiwillig Versicherten die Wahlfreiheit stark einschränken. Für die Wohlfahrt einer Gesellschaft ist jedoch von zentraler Bedeutung, dass die bereitgestellten Güter und Dienstleistungen den Präferenzen der Konsumenten entsprechen.

3.3.4 Wegfall von in der PKV angelegten Steuerungsmechanismen

Der in der GKV verankerte Fürsorgegedanke hat ein System entstehen lassen, das viele Elemente nicht kennt, die für einen privaten Versicherungsmarkt typisch sind. Insbesondere gibt es nur wenige Mechanismen zur Begrenzung des sog. Verhaltensrisikos. Dieses besteht darin, dass Leistungen, sobald diese von einer Versicherung abgedeckt sind, im Übermaß in Anspruch genommen werden. Kostenbeteiligungen bleiben im Rahmen der GKV auf Zuzahlungen für einige konkrete Leistungen wie Medikamente, Pflegeleistungen der ambulanten Versorgung, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz und Krankentransporte sowie (bis 2012) die Praxisgebühr beschränkt. Deren Ausweitung in Richtung auf eine allgemeine Kostenbeteiligung oder Selbstbehalte, die auch den Kern der medizinischen Leistungen umfassen, erscheint im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nur schwer möglich.

Für die PKV sind entsprechend ausgestaltete Tarife hingegen üblich, sodass Anreize zur sparsamen Leistungsanspruchnahme gesetzt werden können. Zwar hat das Wettbewerbsstärkungsgesetz entsprechende Tarife auch für die GKV im Rahmen von Wahlтарifen möglich gemacht. Deren Akzeptanz unter den gesetzlich

4. Reformpakete der Parteien

Versicherten ist allerdings gering, unter Umständen auch deshalb, weil Selbstbehalte nur schwer in ein System zu integrieren sind, in dem die Versicherten selbst keine Leistungen bezahlen und daher kaum über deren Kosten informiert sind.¹⁶ Die Inanspruchnahme von Anreizinstrumenten zur Steuerung der Leistungsanspruchnahme erscheint tatsächlich besser mit der Privaten als mit der Gesetzlichen Krankenversicherung zu harmonisieren. Von einer Ausweitung der GKV auf die gesamte Bevölkerung ist daher ein Bedeutungsverlust dieser Mechanismen zu erwarten.

4. Reformpakete der Parteien

In ihrem Streben nach einer Reformierung des Gesundheitswesens beabsichtigen sowohl SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN als auch DIE LINKE die Einführung einer Bürgerversicherung. Diese soll den Kreis der pflichtversicherten Personen um alle bisher privat Versicherten – Beamte, Selbstständige und Arbeitnehmer mit Einkünften über der Versicherungspflichtgrenze – erweitern. Allen Vorschlägen gemein ist das Ziel der Solidarität, das sich über eine Finanzierung entsprechend der ökonomischen Leistungsfähigkeit jedes Versicherten definiert. Abgesehen von dieser Gemeinsamkeit unterscheidet sich jedoch die konkrete Ausgestaltung der Vorschläge im Detail, wie zum Beispiel sonstige Finanzierungsinstrumente, mögliche Abschaffung der PKV oder die Ausgestaltung der Familienversicherung. Von den anderen Parteien im Bundestag liegen keine Vorschläge hinsichtlich der Einführung einer einkommensabhängigen Bürgerversicherung vor.

4.1 Die Linke

Nach eigenen Angaben steht die Partei für eine solidarische Bürgerversicherung für Gesundheit und Pflege. Solidarität wird dabei über die Bedürftigkeitsgerechtigkeit definiert. Basierend auf DIE LINKE (2011a; 2011b) ist folgendes vorgesehen: Die Parität der Beitragssätze zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern soll wiederhergestellt werden. Sämtliche Eigenbeteiligungen des Patienten sollen abgeschafft werden. Alle, auch die heute privat Versicherten, sollen entsprechend ihres Einkommens Beiträge in die GKV zahlen. Dabei werden alle Einkommensarten – Löhne, Honorare sowie Miet-, Pacht- und Kapitalerträge – verbeitragt. Ausgenommen sind lediglich beitragsfreie Sozialtransfers sowie bei Zins- und Kapital-

¹⁶ Zusammen mit einem Selbstbehalt- auch einen Kostenerstattungstarif abzuschließen, bei dem der Versicherte die Rechnungen der Leistungserbringer zunächst privat begleicht und sich die Kosten später von der GKV erstatten lässt, wäre folgerichtig. Dies ist für einen GKV-Versicherten wegen der für privat erbrachte Leistungen im ambulanten Sektor höheren Vergütungen meist mit erheblichen Nachteilen verbunden. Die Kostenerstattung wurde bislang von GKV-Versicherten daher sehr selten gewählt.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

erträgen der Sparer-Pauschbetrag. Die BBG soll sofort auf die Höhe der BBG der gesetzlichen Rentenversicherung (West) angehoben (2013: 5 800 € im Monat, d.h. +4,7%) und langfristig ganz abgeschafft werden. Der zu zahlende Beitrag wird einheitlich festgelegt und die Beitragshöhe richtet sich alleine nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten. Nach Berechnungen der Linkspartei könnte dadurch der Beitragssatz auf 10,5% des Einkommens sinken, sodass Versicherte auf Löhne und Gehälter sowie Renten nur noch einen Anteil von 5,25% zahlen müssten (DIE LINKE 2013).

Der Vorschlag impliziert die Abschaffung der privaten Vollversicherung bzw. eine Beschränkung dieser auf die Versicherung von Zusatzleistungen. Für Beamte soll statt der Beihilfe eine den abhängig Beschäftigten entsprechende paritätische Beteiligung des Arbeitgebers geschaffen werden. Es wird eine zeitlich befristete Übergangsregelung für bestehende Versicherungsverträge gewährleistet. Zusätzlich soll jeder Mensch ab Geburt einen eigenständigen Krankenversicherungsanspruch erhalten, um zu vermeiden, dass der Versicherungsschutz einkommensloser Menschen, wie zum Beispiel Mitversicherte in der gesetzlichen Krankenkasse, von einem Verdiener im Haushalt abhängt. Personen ohne eigene Einkünfte sollen stattdessen beitragsfrei versichert werden (Bartsch 2011; DIE LINKE 2011a; 2011b).

Die Ausführungen hinsichtlich der konkreten Umsetzung des Konzepts der Bürgerversicherung verbleiben insgesamt auf einem eher oberflächlichen Niveau. So wird zum Beispiel nicht dargestellt, wie die Verbeitragung der Miet-, Pacht- und Kapitalerträge tatsächlich geschehen soll. Auch die Übergangsregelungen werden weder zeitlich definiert noch im Detail dargestellt.

4.2 Bündnis 90/Die Grünen

Die Grünen treten für eine Bürgerversicherung ein, in der auch Beamte, Selbstständige und Arbeitnehmer mit Einkünften über der Versicherungspflichtgrenze Mitglieder sind. Demzufolge werden alle bisher privat Versicherten ebenfalls in die Bürgerversicherung aufgenommen, wobei bestehende Vertragsverhältnisse verfassungsrechtlich geschützt sind und somit nur eine sukzessive Lösung in Betracht kommt (Bündnis 90/Die Grünen 2010a). Zusätzlich erworbene Leistungsansprüche aus der PKV sollen dabei über Zusatzversicherungen gewährleistet und so erhalten bleiben. Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung werden hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen, so dass die paritätische Beitragsbeteiligung wiederhergestellt wird. Laut Rothgang et al. (2011) führt das Grundmodell zu einer Beitragsentlastung von 1,6 Beitragssatz-

4. Reformpakete der Parteien

punkten auf Arbeitnehmer- und 0,35 Beitragssatzpunkten auf Arbeitgeberseite. Für die Berechnungen wurde ein übergangsloser Einbezug aller gegenwärtig privat Versicherten angenommen (Rothgang et al. 2011: 14).

An der Finanzierung sollen alle Einkommensarten beteiligt werden, also auch Einkommen aus Kapitalanlagen, Vermietung und Verpachtung sowie Gewinne, wobei auf Kapitalerträge ein Freibetrag eingeräumt werden soll. Wie dies im Detail geschehen soll, bleibt offen. Die BBG soll um 47% auf das Niveau der heutigen BBG (West) der gesetzlichen Rentenversicherung (2013: 5 800 €) angehoben werden und sich mit einer jährlichen Fortschreibung an der generellen Einkommensentwicklung orientieren. Die Beitragsfestsetzung durch den Gesundheitsfonds soll aufgehoben werden. Stattdessen sollen die Krankenkassen jeweils einen kassenindividuellen Beitragssatz erheben. Dadurch soll der Beitragssatzwettbewerb gefördert werden. Zusatzbeiträge und der Sonderbeitrag von 0,9% ebenso wie Selbstbeteiligungen werden abgeschafft.

Kinder werden kostenlos versichert, zeitlich begrenzt auch Ehegatten bzw. Lebenspartner, die nicht erwerbstätig sind, aber Kinder erziehen (bis zum Eintritt des Rechtsanspruchs auf einen Kindergartenplatz) oder Pflegeleistungen erbringen (bei wenigstens 14 Stunden Pflegeaufwand pro Woche). Für alle anderen Ehepaare und für eingetragene Lebensgemeinschaften wird ein Beitragssplitting eingeführt. Dabei wird das beitragspflichtige Haushaltseinkommen halbiert und auf beide Teile bis zur BBG der Krankenversicherungsbeitrag erhoben. Damit werden auch die nicht erwerbstätigen Ehegatten bzw. Lebenspartner zu Vollmitgliedern. Für die betroffenen Personen wird es für eine Übergangszeit einen Vertrauens- und Bestandsschutz geben.

Zur Ausgestaltung der Übergangs- bzw. Stichtagsregelungen für zum heutigen Zeitpunkt Privatversicherte sollen Übergangmodelle entwickelt werden, die die verfassungsrechtlich geschützten Ansprüche der privat Versicherten garantieren. Ein sukzessiver Lösungsvorschlag enthält zum Beispiel Zusatzversicherungen neben dem Bürgerversicherungstarif, die aus bisherigen Alterungsrückstellungen mitfinanziert werden. Auch Beamte sollen unter Beachtung der besonderen Regelung mittelfristig in die Bürgerversicherung integriert werden. Angestrebtes Ziel der Partei ist jedoch, dass sich möglichst umgehend alle Versicherten am Solidar- ausgleich beteiligen (Bündnis 90/Die Grünen 2004; 2010a; 2010b).

4.3 SPD

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Der Vorschlag der SPD zur Bürgerversicherung sieht vor, dass langfristig eine breitere Finanzierungsbasis geschaffen wird, zu der die Gesamtheit der versicherten Personen beiträgt (SPD 2011a; 2011b; 2013). Arbeitnehmer und Arbeitgeber sollen sich je hälftig an der Finanzierung beteiligen. Alle Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen können den einheitlichen Tarif der Bürgerversicherung anbieten. Dabei sollen Krankenkassen allerdings wieder einen kassenindividuellen Beitragssatz festlegen können. Familienversicherte sollen beitragsfrei mitversichert bleiben. Die Finanzierung stützt sich auf drei Säulen: Bürgerbeitrag, Arbeitgeberbeitrag und einen stetig ansteigenden Steuerbeitrag.

Der Bürgerbeitrag soll den heutigen Arbeitnehmerbeitrag ersetzen und wird von den Versicherten nur auf ihre Einkommen aus selbstständiger und unselbstständiger Arbeit prozentual entrichtet. Der Bürgerbeitragssatz wird einheitlich festgelegt, jedoch sollen die Krankenkassen zur Wettbewerbsförderung die Möglichkeit bekommen, diesen anzupassen. Die BBG soll auf dem heutigen Stand (2013: 3 937,50 €) gehalten und wie bisher jährlich fortgeschrieben werden. Zusatzbeiträge und der Sonderbeitrag von 0,9% fallen ersatzlos weg. Stattdessen müssen Arbeitgeber zur Wiederherstellung der Parität mehr zahlen. Für Selbstständige wird die Mindestverbeitragung auf das Niveau oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze („Minijob“) abgesenkt.

Die BBG für den Arbeitgeberbeitrag entfällt. Er soll vielmehr als prozentualer Beitrag auf die gesamte Lohnsumme der bürgerversicherten Beschäftigten eines Unternehmens erhoben werden. Dadurch wird ein anteilig gleicher Finanzierungsbeitrag sichergestellt, der direkt an den Gesundheitsfonds abgeführt wird. Es kommt so zu unterschiedlichen Beitragssätzen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Ferner sollen dauerhaft mehr Steuermittel in das Gesundheitssystem eingebracht werden, um eine nachhaltige Finanzierung zu gewährleisten. Die Dynamisierung des Steuerbeitrags wird aus den Mehreinnahmen einer Anhebung der Zinsabgeltungssteuer finanziert. Auf diesem Weg werden auch Einkünfte aus Kapitalerträgen (abzüglich des Sparerfreibetrags) in die Finanzierung mit einbezogen.

Mit Einführung der Bürgerversicherung werden alle heute gesetzlich Versicherten und jeder künftige Krankenversicherte automatisch Mitglied einer GKV. Die Krankenkassen unterliegen dem Kontrahierungszwang, d.h. die Aufnahme soll alters-, risiko- und geschlechtsunabhängig erfolgen. Privatversicherte haben unabhängig von Alter und Gesundheitszustand in einem zeitlich auf ein Jahr begrenzten Rahmen die Wahlfreiheit: Sie können entweder wechseln oder in ihren bestehenden Verträgen der Privatversicherung verbleiben. Für Beamte sollen dieselben Wechseloptionen gelten. Neu Verbeamtete hingegen werden automatisch

5. Fazit

normale GKV-Pflichtmitglieder und ebenso ihre mitversicherten Ehepartner. Die Ausgestaltung des Beihilferechts für Beamte obliegt den Bundesländern, d.h. sie können die Beihilfe beibehalten oder auf das neue System umstellen. Die Bürgerversicherung muss dann entsprechend beihilfefähig ausgestaltet werden. Für Leistungserbringer soll es eine einheitliche Gebührenordnung geben.

4.4 Beurteilung der Vorschläge der Parteien

Die Vorschläge sollen hier nicht im Einzelnen beurteilt werden. Eine Beurteilung einzelner Reformparameter fand bereits unter Abschnitt 3 statt. Vielmehr soll darauf hingewiesen werden, dass es bei all den genannten Vorschlägen hauptsächlich um das Thema der Einkommensumverteilung geht. Wie die Vorstellung der Konzepte der Parteien gezeigt hat, handelt es sich bei vielen Maßnahmen um die Ausweitung der steuerlichen Komponente in der GKV-Finanzierung. Die Erhöhung der BBG ist zum Beispiel eine Steuererhöhungsmaßnahme, ebenso die „Mehr-Säulen-Modelle“ für die Verbeitragung verschiedener Einkommensarten. Hier findet eine Verlagerung einer Steuerreformdebatte in das Gesundheitswesen statt. Eine inhaltlich saubere Lösung wäre die Trennung der Steuerdebatte von der Finanzierung des Gesundheitswesens. Wenn eine Partei ihrer Wählerschaft ein Mehr an Umverteilung anbieten möchte, wäre zu empfehlen, dieses Angebot außerhalb statt innerhalb der GKV zu machen – schon allein zur Vermeidung einer hohen Komplexität der Beitragserhebung und von Doppelstrukturen (Finanzämter und Krankenkassen). In einer sinnvollen Aufgabentrennung kümmern sich die Finanzämter um den Einzug von Steuern und die Krankenkassen um die Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Derzeit ist die PKV ein Garant dafür, dass die Krankenkassen nicht zu zweiten Finanzämtern umgebaut werden. Auch bremsst sie die Wünsche zu weiterer Einkommensumverteilung.

5. Fazit

Die vorliegende Studie beurteilt die volkswirtschaftlichen Effekte von Reformmaßnahmen in Bezug auf die PKV und quantifiziert sie, wo möglich, mit Hilfe eines BAG. Das Modell bildet Wechselwirkungen zwischen den Eingriffen des Staates und den Reaktionen der Wirtschaftssubjekte ab und quantifiziert die Nettoeffekte auf das Sozialprodukt, die Beschäftigung und die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt. Unter Einbezug der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung und Annahmen zur Produktivitätsentwicklung der Wirtschaft berechnet das Modell die Entwicklung der deutschen Volkswirtschaft bis 2040 und ermöglicht, auch mittel- und langfristige Effekte von Reformen zu erfassen. Zentrales Charakteristikum des Modells ist, dass es das Zusammenspiel aller Märkte abbildet und dass Haushalte

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

und Unternehmen ihr Verhalten konsistent an geänderte Rahmenbedingungen (Preise, Steuern und Einkommen) anpassen. Darin unterscheidet sich diese Studie von anderen, die das Zusammenspiel der Märkte nicht abbilden.

Insgesamt werden 27 Haushaltstypen auf der Grundlage des Haushaltseinkommens, des Familienstandes und der Krankenversicherung des Haupteinkommensbeziehers unterschieden. Ferner bilden 69 Wirtschaftssektoren das Produktionsmodell der Volkswirtschaft einschließlich der Verflechtungen der Sektoren ab. Diese umfassen Käufe und Verkäufe von Vorprodukten zwischen den Sektoren, sowie Importe und Verkäufe an die Endnachfrager. Endnachfrager sind die Haushalte, der Staat und das Ausland. Die Gesetzliche und Private Krankenversicherung sowie die Soziale und Private Pflegeversicherung sind jeweils separat modelliert.

In einem Referenzszenario wird der 2013 gesetzlich geltende Rahmen fortgeschrieben. Es gilt also das GKV-FinG mit aktuellem Beitragssatz zum Gesundheitsfonds von 15,5%. In diesem Referenzszenario wird das Bruttoinlandsprodukt von derzeit 2 675 Mrd. € um 22% auf 3 255 Mrd. € bis 2040 steigen; wegen einer sinkenden Bevölkerungszahl sogar um 34% pro Kopf. Der arbeitssparende technische Fortschritt ist dafür der entscheidende Faktor. Denn die Zahl der Erwerbstätigen geht von 33,9 Mill. Vollzeitäquivalenten auf 25,1 Mill. bis 2040 zurück. Das BIP im Gesundheitswesen steigt bis 2040 von 239 Mrd. € um 107% auf 496 Mrd. €. Damit klettert der Beitragssatz zum Gesundheitsfonds von 15,5% auf 22,4%. Für die GKV-Versicherten bedeutet die Finanzierung der GKV über das Umlageverfahren eine implizite Besteuerung, weil das Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens kleiner ist als die Rendite, die ihre Beiträge in einem Kapitaldeckungsverfahren erzielen würde. Der damit verbundene implizite Steuersatz auf dem beitragspflichtigen Einkommen beträgt im Durchschnitt über das Arbeitsleben der GKV-Versicherten betrachtet 6,7% jährlich.

In alternativen Szenarien werden die volkswirtschaftlichen Effekte von Bürgerversicherungskonzepten quantifiziert. Die Idee der Bürgerversicherung wird insbesondere von den Parteien des linken politischen Spektrums (SPD, Grüne und Linke) aufgegriffen. Tatsächlich stellt die „Bürgerversicherung“ kein in sich geschlossenes Konzept dar. Vielmehr bilden alle Vorschläge zur Einführung einer Bürgerversicherung ein Bündel von Reformmaßnahmen. Nur einige davon zielen auf die hier zentrale Frage nach der Aufhebung der Dualität von Kapitaldeckungs- und Umlageverfahren in der deutschen Krankenversicherung. Um eine Vermischung der Wirkungen verschiedener Einzelmaßnahmen zu vermeiden, werden im Modell Reformkonzepte nicht als Ganzes, sondern stets nur Einzelmaßnahmen daraus untersucht.

5. Fazit

Anhebung oder partielle Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze. Die Anhebung oder partielle Abschaffung der BBG führt zu einer stärkeren Einkommensumverteilung und verstärkt damit den Steuercharakter der GKV-Beiträge. Aus einer Anhebung der BBG um 47% auf die BBG der Rentenversicherung resultieren höhere Einnahmen der GKV, womit der Beitragssatz gegenüber dem Referenzszenario um 0,4%-Punkte sinken würde. Die Effekte auf das BIP sind vernachlässigbar. Die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt bleibt praktisch unverändert. Insgesamt ist es außerdem problematisch, wenn die GKV die Funktion der Einkommensumverteilung ausweitet. Dafür vorgesehen ist eigentlich das Steuersystem, das alle hierfür nötigen Voraussetzungen besitzt. Die originären Aufgaben der Krankenversicherung sind dagegen die Versicherung des Krankheitsrisikos, das Versorgungsmanagement und die Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern.

Einbeziehung aller Einkunftsarten und Erhöhung der BBG. In ähnliche Richtung geht der Vorschlag zur Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Beitragsbemessung des GKV-Beitrags. Mehr noch als die alleinige Erhöhung der BBG handelt es sich hierbei um ein rein steuerpolitisches Instrument. Auch hier gilt, dass dieses Ziel einer stärkeren Besteuerung hoher Lohneinkommen und des Kapitaleinkommens besser bei den Finanzämtern aufgehoben wäre, zumal zur Erfassung anderer Einkommensarten als nur des beitragspflichtigen Einkommens in der GKV Doppelstrukturen zu den Finanzämtern aufgebaut werden müssten; die Bürger hätten mithin jährlich zwei Steuererklärungen abzugeben.

Im Rahmen des BAGs wird diese Reformmaßnahme aufgrund ihrer Analogie zum Steuersystem als Anhebung der Kapitalertragssteuer von derzeit 25% auf 30% abgebildet. Die zusätzlichen Einnahmen aus der höheren Kapitalertragssteuer fließen dabei der GKV zu. Die neuen Einnahmen haben nur einen geringfügigen beitragsatzmindernden Effekt. Der GKV-Beitragssatz sinkt kurzfristig um 0,2%-Punkte, langfristig bis 2040 um lediglich 0,1%-Punkte gegenüber dem dann höheren Niveau von 22,4%.

Einbeziehung der PKV in den Morbi-RSA. Eine Integration der PKV in den Morbi-RSA der GKV wäre ein enormer Eingriff in die Kalkulationssystematik der PKV. Die PKV-Prämien wurden langfristig kalkuliert, ohne dass ein Risikoausgleich über die Grenzen des jeweiligen Tarifs hinaus berücksichtigt worden wäre. Langjährige Bestandskunden haben hohe Alterungsrückstellungen aufgebaut, um altersbedingte Prämienanstiege auszuschließen. Bestandskunden mit infolge der Einbindung in den Morbi-RSA steigenden Prämien könnten sich altersbedingt nicht mehr darauf einstellen und Vorsorge betreiben. Es käme zu Doppelbelastungen, insbe-

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

sondere weil die PKV-Versicherten sowohl für ihre eigenen Morbiditätsrisiken im Alter vorsorgen als auch für jene der GKV-Versicherten. Eine weitere Herausforderung dürfte die Integration der Beihilfe in den Morbi-RSA darstellen.

Einbeziehung der PKV in den Gesundheitsfonds. Wenn die PKV in den Gesundheitsfonds einbezogen wird, unterliegt sie der Einkommensumverteilung der GKV. Für PKV-Versicherte käme es infolgedessen zu einer Doppelbelastung: erstens durch die zusätzliche Einkommensumverteilung und zweitens aufgrund des höheren Preisniveaus für Leistungserbringer in der PKV. Damit würden PKV-Bestandskunden erheblich belastet und das Neugeschäft der PKV käme praktisch zum Erliegen. Insofern ist diese Maßnahme in ihrer Wirkung vergleichbar mit dem VNG.

Verbot des Neugeschäfts. In diesem Szenario kommt das Neugeschäft der PKV zum Erliegen, die Bestandskunden bleiben jedoch der PKV erhalten. Ab dem Jahr 2013 schrumpft daher die PKV, bis in ferner Zukunft alle Bestandskunden verstorben sind. Aufgrund der höheren Vergütung für PKV-Versicherte sinken die Einnahmen der Leistungserbringer bei einer Schrumpfung der PKV möglicherweise um 1,5 Mrd. € jährlich (Wasem et al. 2013). In einem Unterszenario wird das Preisniveau der GKV daher kompensatorisch erhöht, so dass die Leistungserbringer insgesamt keinen Einnahmeverlust erleiden. Verteilungseffekte zwischen Regionen und ärztlichen Fachdisziplinen werden dabei allerdings nicht berücksichtigt.¹⁷ Der GKV-Beitragssatz bleibt in diesem realistischen Unterszenario praktisch unverändert. Die Auswirkungen auf das BIP, die Beschäftigung und die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt sind negativ. Hier macht sich negativ bemerkbar, dass ein nach dem Kapitaldeckungsverfahren organisiertes und gegenüber dem Umlageverfahren nachhaltigeres System sukzessive abgeschafft wird. Die Erweiterung des Personenkreises in der GKV führt umgekehrt dazu, dass zusätzliche Personen der impliziten Steuer der umlagefinanzierten GKV in Höhe von rund jährlich 6,7% des BPE unterliegen.

Verbot des Neugeschäfts der PKV und befristete Rückkehroption in die GKV. Wenn zusätzlich zum VNG außerdem für alle Bestandskunden eine zeitlich befristete Wechseloption zur GKV geschaffen wird, ist damit zu rechnen, dass vor allem Ver-

¹⁷ Eine Kompensation bedeutet, dass die GKV die Ärzte höher honorieren müsste, damit sich die Gesamtvergütung der Ärzte nicht ändert. Dies würde voraussetzen, dass parallel zur Einführung der „Bürgerversicherung“ auch das Projekt „Anhebung des **Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)**“ gelingt. Das scheint schwierig. Gelingt die Kompensation dennoch, wird diese der GKV- und EBM-Systematik folgend (zweistufige Vergütung mit Gesamtvergütung und Honorarverteilung) nicht beim Realverlust des einzelnen Arztes ansetzen, sondern auf Basis von Durchschnittswerten zwischen den Facharztgruppen verteilt werden müssen. Das heißt, es gäbe innerärztliche Gewinner und Verlierer. Die Auseinandersetzungen zwischen den Ärzten könnten alle bisherigen Konflikte in der Ärzteschaft in den Schatten stellen.

5. Fazit

sicherte mit Kindern und ältere PKV-Versicherte die Wechseloption in Anspruch nehmen. Da es sich hierbei um Versicherte mit hohem Ausgabenvolumen handelt, würde der GKV-Beitragssatz kurzfristig um rund 0,7%-Punkte ansteigen.

Völlige Schließung der PKV. Zusätzlich zum VNG müssen hier alle PKV-Bestandskunden sofort in die GKV wechseln. Juristische Aspekte der Schließung werden dabei nicht beachtet. Im realistischen Fall der gleichzeitigen Anhebung des Preisniveaus der GKV würde der GKV-Beitragssatz zunächst um 0,1%-Punkte sinken.¹⁸ Die volkswirtschaftlichen Größen wie das BIP, die Beschäftigung und die Wohlfahrt wären mittel- und langfristig dennoch negativ von der Schließung der PKV betroffen. Ein wesentlicher Grund hierfür ist die Ausweitung des Umlageverfahrens auf alle Bürger bzw. der Wegfall der im Vergleich zur GKV nachhaltigeren, nach dem Kapitaldeckungsverfahren finanzierten PKV.

Es bleibt festzuhalten, dass diejenigen Reformmaßnahmen, die direkt die PKV betreffen, keinerlei volkswirtschaftlich positive, sondern negative Effekte zeigen – dies insbesondere, weil durch eine Schrumpfung bzw. Abschaffung der PKV auch die im Vergleich zur GKV nachhaltigere Finanzierungsart geschwächt bzw. aufgegeben würde. Hinzu kommt, dass mit der Verkleinerung der PKV die dort vorherrschende größere Wahlfreiheit in Bezug auf Versicherungstarife beschränkt würde. Derzeit kann ein PKV-Versicherter in größerem Umfang gemäß seinen persönlichen Präferenzen einen Versicherungstarif wählen als das in der GKV der Fall ist. Die Konsumentensoeveränität ist dagegen in der GKV eingeschränkter. Dies gilt auch für Steuerungsmechanismen, die in PKV-Tarife implementierbar sind, die aber in der GKV durch die hohe Regelungsdichte häufig nicht konsequent genutzt werden dürfen.

Auch wenn es an der Schnittstelle GKV-PKV zu Verwerfungen, d.h. zu einem Wettbewerb zwischen völlig verschiedenen Produkten kommt, muss konstatiert werden, dass der Wettbewerb der beiden Systeme GKV und PKV zu einem volkswirtschaftlichen Mehrwert führt. Die verschiedenen Bürgerversicherungskonzepte der politischen Parteien befassen sich fast ausschließlich mit dem Thema der Einkommensumverteilung. Dabei sehen alle Konzepte eine Ausweitung der Einkommensumverteilung vor, d.h. also eine implizite Steuererhöhung. Sie verlagern damit eine Debatte zu Steuererhöhungen in das GKV-System, das folglich zu einem zwei-

¹⁸ Wasem et al. (2013) gehen davon aus, dass ein Szenario mit völliger Schließung der PKV mit Honorarverlusten für die Ärzte in Höhe von bis zu 6 Mrd. € pro Jahr verbunden wäre, die dann ggf. in der GKV kompensiert werden müssten. Niehaus (2013) beziffert den spezifischen PKV-Mehrumsatz für die niedergelassenen Ärzte auf 5,4 Mrd. € pro Jahr, die zu kompensieren wären; der PKV-Mehrumsatz für alle Leistungserbringer insgesamt inkl. Krankenhäuser, Arznei- und Hilfsmittel beläuft sich demnach auf 11,1 Mrd. € pro Jahr.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

ten Finanzamt ausgebaut werden müsste. Die Konsequenz wären Doppelstrukturen, mehr Bürokratie und zwei statt einer Steuererklärung für die Bürger. Derzeit schützt die Existenz der PKV indirekt die GKV vor einem Ausbau zu einer zweiten Steuerbehörde und vor der Erhöhung der impliziten Steuerkomponente der GKV, weil sonst freiwillig Versicherte verstärkt in die PKV wechseln würden. Auf der Leistungsseite führt die Existenz der PKV mit einem hohen Leistungsversprechen überdies dazu, dass auch das GKV-System versucht, einen hohen Versorgungsstandard trotz aller Sparbemühungen aufrechtzuerhalten.

Vor dem Hintergrund der negativen volkswirtschaftlichen Effekte stellt sich schließlich die Frage, ob sich der Aufwand zur grundlegenden Änderung des Systems lohnt, in die auch die staatliche Beihilfe jeweils auf Länderebene eingeschlossen und u.a. der juristische Umgang mit dem bestehenden Kapitalstock der PKV geklärt werden müsste. Dies heißt indessen nicht, dass es keinen Reformbedarf im Bereich der Krankenversicherung gäbe. Im Versorgungsmanagement, in Leistungs- und Qualitätsfragen sollten die eigentlichen Aufgaben der Krankenversicherung, sowohl GKV als auch PKV, liegen. Die Bürgerversicherung trägt dazu allerdings nichts bei.

6. Glossar & Abkürzungsverzeichnis

Äquivalente Variation. Die äquivalente Variation ist eine Möglichkeit, die Änderung der gesellschaftlichen Wohlfahrt aufgrund von Reformen in monetären Einheiten zu messen. Die äquivalente Variation des Einkommens eines Haushaltes misst, wie viel Geld man ihm bei einer Politikreform wegnehmen dürfte, damit er gleich gut gestellt ist wie vor der Reform. Dieser Betrag misst also die Nutzenänderung, die der Konsument durch die Politikreform erfährt. Durch Summierung der äquivalenten Variationen aller Haushalte, einschließlich der öffentlichen, errechnet man die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtsänderung.

Berechenbares Allgemeines Gleichgewichtsmodell (BAG). BAG-Modelle erklären gesamtwirtschaftliche Effekte von Politikmaßnahmen auf der Grundlage wirtschaftstheoretischer Verhaltensannahmen. Sie gehen dabei einerseits von den beobachteten gegenwärtigen Produktionsverflechtungen aus und erfassen andererseits den Kreislaufzusammenhang von Einnahmen und Ausgaben sowie die Wechselwirkungen zwischen allen Bereichen der Volkswirtschaft. Diese Modelle sind insbesondere dazu geeignet, die Effekte von Politikmaßnahmen zu quantifizieren. Siehe zum Beispiel auch <http://www.zew.de/de/publikationen/klimaplattform/cgmodels.php>.

6. Glossar & Abkürzungsverzeichnis

Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Die BBG bezeichnet die Höchstgrenze, bis zu der eine sozialversicherungsrechtliche Heranziehung vom Bruttolohn zur Erhebung von Beiträgen zur Sozialversicherung erfolgt. Übersteigt der Bruttolohn einer sozialversicherten Person diese Grenze wird der Beitrag erhoben, der für Einkommen in der Höhe der BBG anfällt. Die Höhe der BBG sowie die Höhe des Beitrags werden für jeden Versicherungszweig (auch Arbeitslosen- und Rentenversicherung) getrennt festgelegt. Er beträgt 2013 in der Krankenversicherung 47 250 € auf Jahresbasis.

Gesundheitsfonds. Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds neu gestaltet. Seit 2009 gilt bundesweit ein einheitlicher Beitragssatz. Die Beiträge der Versicherten werden über die beitragspflichtigen Einnahmen berechnet und fließen gemeinsam mit Steuermitteln in den Gesundheitsfonds. Die Krankenkassen erhalten vom Gesundheitsfonds risikoadjustierte Kopfpauschalen für ihre Versicherten zur Deckung ihrer Leistungsausgaben. Hierdurch wird die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten berücksichtigt. Darüber hinaus erhalten alle Krankenkassen weitere standardisierte Zuweisungen zur Deckung der sonstigen Ausgaben (zum Beispiel Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Wettbewerbssituation der Krankenkassen nicht von ihrer Versichertenstruktur im Hinblick auf Morbidität und Einkommen abhängig ist. Siehe auch <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/gesundheitsfonds.html>.

Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS). Die EVS ist eine amtliche Statistik über die Lebensverhältnisse privater Haushalte in Deutschland. Sie liefert unter anderem statistische Information über die Ausstattung mit Gebrauchsgütern, die Einkommens-, Vermögens- und Schuldensituation sowie die Konsumausgaben privater Haushalte. Einbezogen werden dabei Haushalte aller sozialen Gruppierungen, so dass die EVS ein repräsentatives Bild der Lebenssituation der Gesamtbevölkerung in Deutschland zeichnet. Siehe auch https://www.destatis.de/DE/Meta/AbisZ/Einkommens_Verbrauchsstichprobe.html.

GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-Fin). Mit dem am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde der Beitragssatz auf 15,5% des Einkommens angehoben und festgeschrieben. Krankenkassen können von ihren Mitgliedern zusätzlich einkommensunabhängige Zusatzbeiträge erheben, falls die Leistungsausgaben insgesamt die über den Beitragssatz generierten Einnahmen übersteigen. Die individuellen Zusatzbeiträge werden über einen aus Steuermitteln finanzierten

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Sozialausgleich reduziert, falls sie 2% der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen übersteigen. Siehe auch <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gesundheitsreform.html>.

Kapitaldeckungsverfahren. Im Kapitaldeckungsverfahren gleichen sich im Erwartungswert die Prämienzahlungen des Versicherten und die Leistungen des Versicherers über die Laufzeit des Versicherungsvertrages aus. Bei einer stetigen Zahlung von Prämien und im Durchschnitt später bezogenen Leistungen wird in der privaten Krankenversicherung im jungen und mittleren Alter der Versicherten ein Kapitalstock aufgebaut, der am Kapitalmarkt verzinst wird. Das Vermögen und die erwirtschafteten Erträge werden im höheren Alter der Versicherten genutzt um die Krankenpflegekosten mitzufinanzieren. Das Umlageverfahren baut dagegen auf einen Generationenvertrag, in dem die jungen Generationen die höheren Ausgaben der alten Generationen mitfinanzieren.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde der Risikostrukturausgleich ab dem 1. Januar 2009 neu ausgestaltet und darüber hinaus durch die gleichzeitige Einführung des Gesundheitsfonds vereinfacht. Zudem werden im neuen, morbiditätsorientierten RSA nicht nur die Merkmale Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente, sondern auch der unterschiedlich hohe Versorgungsbedarf von Versicherten mit einer kostenintensiven chronischen oder schwerwiegenden Krankheit berücksichtigt. Für Versicherte mit einer von 80 ausgewählten Erkrankungen erhalten die Krankenkassen zusätzliche Zuweisungen. Siehe auch <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/risikostrukturausgleich-rsa.html>.

Risikostrukturausgleich (RSA). Der RSA ist ein finanzieller Ausgleichmechanismus für die Wettbewerbsnachteile, die sich durch ungleiche Versichertenstrukturen in einem wettbewerblich organisierten System von Krankenkassen mit freiem Kasenswahlrecht ergeben. Durch die Umgestaltung des Finanzierungssystems und die Einführung des Gesundheitsfonds wurde der Übergang zur direkten Morbiditätsorientierung im RSA vollzogen (-> morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich). Siehe auch <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/risikostrukturausgleich-rsa.html>.

Umlageverfahren. Das Umlageverfahren ist ein Finanzierungssystem, bei dem die durch Beiträge aufgebrachten Mittel eines Jahres zur Finanzierung der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen verwendet werden. Bei der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung wird das Verfahren in der Weise angewandt, die von den

6. Glossar & Abkürzungsverzeichnis

Versicherungspflichtigen zu zahlenden Beiträgen so zu bemessen, dass sie die innerhalb eines Jahres anfallenden Ausgaben decken. In der gesetzlichen Rentenversicherung bedeutet Umlageverfahren, dass die Beitragszahler nicht einen Kapitalbestand für ihre eigene Rente aufbauen wie beim Kapitaldeckungsverfahren, sondern die Bezüge der aktuellen Rentenbezieher finanzieren. Sie erwerben nur einen Anspruch auf eine spätere eigene Rente. Siehe auch Duden Wirtschaft von A bis Z: Grundlagenwissen für Schule und Studium, Beruf und Alltag. 5. Aufl. Mannheim: Bibliographisches Institut 2013. Lizenzausgabe Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung 2013.

Rürup-Kommission. Expertengremium unter Vorsitz von Bert Rürup (ehemaliger Professor an der TU Darmstadt), das im November 2002 von der Bundesregierung als „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ eingesetzt wurde und im August 2003 Lösungswege zur

BAG	Berechenbares Allgemeines Gleichgewichtsmodell
BAU	Business as usual (Referenzszenario)
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BPE	Beitragspflichtiges Einkommen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (GKV)
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	GKV Finanzierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte (PKV)
GSL	Gesamtschließung
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
PKV	Private Krankenversicherung
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
VNG	Verbot des Neugeschäfts

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

nachhaltigen finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung unterbreitete. Siehe auch <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/74979/ruerup-kommission-v11.html>.

7. Literatur

Armington, P.S. (1969), A theory of demand for products distinguished by place of production. International Monetary Fund Staff Papers 16, 159–76.

Augurzyk, B., S. Felder, R. van Nieuwkoop und A. Tinkhauser (2012), Soziale Gesundheitswirtschaft – Impulse für mehr Wohlstand. WISO Diskurs, Januar 2012. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Augurzyk, B. (2010), Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung – Ein Kommentar zum Gesetzesentwurf zum GKV-FinG. RWI Positionen 37. Essen: RWI.

Bartsch, D. (2011), Eine Simulationsstudie zu den kurz-, mittel- und langfristigen Entwicklungen der Beitragssätze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nach dem Konzept einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung der Fraktion DIE LINKE im Bundestag.

Baumol, W.J. (1967), Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. *American Economic Review* 57 (3): 415–26.

Baumol, W.J. (1993), Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice. *Public Choice*, 77 (1): 17–28.

Boeters, S., Chr. Böhringer, T. Büttner und M. Krause (2010), Economic effects of VAT reforms in Germany. *Applied Economics* 42 (17): 2165–2182.

Borjas, G.J. (2000), Labor Economics, 2nd edn. Boston, MA: McGraw-Hill

Bundesgesetzblatt (BGBl.) S. 2190 – Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2011), Neue Wege – gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Berlin.

Bundesverband der Deutschen Industrie e.V. (BDI) (2012), Das Konzept der Bürgerversicherung: Zukunftsweisend oder Schnee von gestern? BDI-Standpunkt Gesundheit Ausgabe 2, 24.05.2012.

7. Literatur

Bündnis 90/Die Grünen (2004), Leistungsfähig – solidarisch – modern. Die grüne Bürgerversicherung. 23. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz. 2./3. Oktober 2004 Kiel.

Bündnis 90/Die Grünen (2010a), Bürgerversicherung – Eine für Alle. Die grüne Bürgerversicherung.

Bündnis 90/Die Grünen (2010b), Zugang, Teilhabe, Prävention: Grüne Gesundheitspolitik erhält und stärkt die Solidarität. 32. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz. Freiburg, 19.–21. November 2010.

Destatis (2010), Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte. Fachserie 15 Heft 4. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Deutscher Bundestag (2012), Medizinisch-technischer Fortschritt für Steigerung bei Gesundheitsausgaben verantwortlich. Internet: http://www.bundestag.de/presse/hib/2012_07/2012_349/02.html. Abgerufen am 15.02.2012.

Deutscher Ethikrat (2011), Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme. Berlin.

DIE LINKE (2011a), Bürgerversicherung.

DIE LINKE (2011b), Programm der Partei DIE LINKE. 2. Parteitag, 2. Tagung Erfurt, 21. bis 23. Oktober 2011.

DIE LINKE (2013), Bürgerinnen- und Bürgerversicherung, Solidarische. Internet: <http://www.linksfraktion.de/themen/buergerinnen-buergerversicherung-solidarische/>. Abgerufen am 20.02.2013.

Eurostat (2012), Bevölkerung am 1. Januar nach Alter und Geschlecht [demo_pjan]. Internet: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database. Abgerufen am 05.11.2012.

Felder, S. und M. Kifmann (2004), Kurzfristige und langfristige Folgen einer Bürgerversicherung. In Cassel, D. (Hrsg.), Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen. Gesundheitsökonomische Beiträge. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 9–32.

Gasche, M. (2009), Implizite Besteuerung im Deutschen Sozialversicherungssystem, MEA Discussion Papers Nr. 190–2009.

Gonser, R., N. Thanner und K. Nagels (2012), Beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern in der gesetzlichen Krankenversicherung: Reformbedürftig aber reformresistent? *Gesundheitswesen* 2012; 74 – A34.

Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung

Grabka, M.M. und J.R. Frick (2007), Vermögen in Deutschland wesentlich ungleich verteilt als Einkommen. Wochenbericht des DIW 74, 665–672.

Hartwig, J. (2008), What drives health care expenditure? Baumol's model of «unbalanced growth» revisited. *Journal of Health Economics* 27 (3): 603–623.

Lauterbach, K. (2004), Das Prinzip der Bürgerversicherung: alle Bürger und alle Einkommensarten tragen bei, dann sinken die Beitragssätze. In Engelen-Kefer, U. (Hrsg.), Reformoption Bürgerversicherung: Wie das Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden kann. Hamburg: VSA-Verlag, 48–63.

Niehaus, F. (2013), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011. Diskussionspapiere des Wissenschaftlichen Instituts der PKV. Köln.

Niehus J. und C. Schröder (2012), Integrierte Einkommens- und Vermögensbeurteilung. *IW Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung* 39 (1): 89–104.

Owono T.A. und R. Weber (2010), Zu den Altersbeiträgen in der privaten Krankenversicherung. 10 Jahre nach der Umsetzung der Empfehlungen der Wasem-Kommission – Eine Zwischenbilanz. Heft 3/2010 Gesundheits- und Sozialpolitik.

Rothgang H., R. Arnold und R. Unger (2011), Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen.

SPD (2011a), Fragen und Antworten zur Bürgerversicherung.

SPD (2011b), Beschluss des Präsidiums am 11. April 2011. Die Bürgerversicherung – solidarisch, gerecht und leistungsfähig.

SPD (2013), Regierungsprogramm: „Deutschland besser und gerechter regieren: Für ein neues soziales Gleichgewicht in unserem Land“, Entwurf vom 11.3.2013.

Wille, E., G.J. Hamilton, J.M. Graf von der Schulenburg und G. Thüsing (2012), Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkasse. Baden-Baden: Nomos.

Wasem, J., F. Buchner, G. Lux, A. Walendzik und L. Weegen (2013), Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem. Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz? Baden-Baden: Nomos.