

Pfaff, Anita B.; Pfaff, Martin; Kern, Axel Olaf; Langer, Bernhard

Working Paper

Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland

Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe, No. 246

Provided in Cooperation with:

University of Augsburg, Institute for Economics

Suggested Citation: Pfaff, Anita B.; Pfaff, Martin; Kern, Axel Olaf; Langer, Bernhard (2003) : Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland, Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe, No. 246, Universität Augsburg, Institut für Volkswirtschaftslehre, Augsburg, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:384-opus4-712108>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/22768>

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.



Institut für Volkswirtschaftslehre

Universität Augsburg

Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe

Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland

Anita B. Pfaff

Martin Pfaff

Axel Olaf Kern

Bernhard Langer

Beitrag Nr. 246, Juli 2003

Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland

Anita B. Pfaff, Martin Pfaff, Axel Olaf Kern und Bernhard Langer

*Kooperationsprojekt mit dem
Internationalen Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES)
gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung*

Zusammenfassung:

In letzter Zeit wurde von einigen Wissenschaftlern der Vorschlag gemacht, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf einkommensunabhängige Kopfpauschalen umzustellen. Die Autoren stellen in dieser Arbeit deshalb einleitend die unterschiedlichen Vorschläge verschiedener Gutachter zur Kopfprämienfinanzierung vor. Anschließend werden Modellrechnungen zur Höhe und zu den Be- und Entlastungswirkungen einer Kopfpauschale präsentiert. Darüber hinaus werden Schätzungen zum notwendigen Steuertransferbedarf sowie zur Gegenfinanzierung dargestellt. Zur Einschätzung der Auswirkungen von Kopfpauschalen in der praktischen Umsetzung werden die Erfahrungen mit Kopfpauschalen in der Schweiz, die als einziges Land in Europa diese Finanzierungsvariante anwendet, analysiert.

Abstract:

Recently several experts have proposed to replace the existing social health insurance revenue system by income-independent per capita contributions. Therefore the authors of this paper present different estimates for alternative forms of per capita contributions. The next step of the analysis involves calculating the reduction or increase in contribution burdens following a change to a per capita contribution system. Furthermore the volume of the tax transfer required to off-set the lower income groups' massive worsening of their income position and the higher income groups' increased tax burden is estimated. Some of the problems involved in the practical application of introducing such a revenue system in Switzerland – the only European country applying this form of financing alternative – are addressed. The concluding section summarizes the effects of such a revenue system.

Key Words: Social Health Insurance System, Public Finance

JEL classification: I 10, I 18

Adresse der Verfasser:

Universität Augsburg, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, 86159 Augsburg,

Anita B. Pfaff, Tel.: (0821) 598-4202, e-mail: Anita.Pfaff@wiwi.uni-augsburg.de

Martin Pfaff, Tel.: (0821) 598-4202, e-mail: Martin.Pfaff@wiwi.uni-augsburg.de

Axel Olaf Kern, Tel.: (0821) 598-4206, e-mail: Axel.Olaf.Kern@wiwi.uni-augsburg.de

Bernhard Langer, Tel.: (0821) 598-4210, e-mail: Bernhard.Langer@wiwi.uni-augsburg.de

Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES), Haldenweg 23,
86391 Stadtbergen, Tel. (821) 431052, e-mail: inifes@t-online.de

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage und Zielsetzung	1
2	Kopfpauschalvarianten in der Diskussion	1
2.1	Knappe Modell	2
2.2	Henke Modell	2
2.3	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR)	2
2.4	Zweifel Modell	3
2.5	Breyer-Position	3
2.6	Vorteile von Kopfpauschalen	4
2.6	Kritik an Kopfpauschalen	5
3	Finanzierungswirkungen von Kopfprämien in der GKV	6
3.1	Methodisches Vorgehen	6
3.1.1	Bestimmung von Kopfprämien	6
3.1.2	Ermittlung von Belastungswirkungen	7
3.2	Die Höhe erforderlicher Kopfprämien in der GKV	8
3.2.1	Modell 1: Einheitliche Kopfprämien für alle Versicherten	8
3.2.2	Modell 2: Prämienreduzierte Versicherung von Familienangehörigen und Rentnern	13
3.2.3	Modell 3: Prämienfreie Versicherung der Minderjährigen	17
3.2.4	Zusammenfassung der verschiedenen Modellvarianten	19
3.3	Auswirkungen der Kopfprämien auf die Versicherten der GKV	21
3.3.1	Finanzielle Belastungswirkungen nach Familiengröße	22
3.3.2	Vergleich der Verteilungswirkungen von Kopfprämien mit einkommensbezogenen Beiträgen	23
3.4	Betroffene Versichertengruppen und das Steuertransfersystem	34
3.4.1	Verteilung der versicherten Gruppen auf Einkommensklassen	34
3.4.2	Prämiensubventionsbedarf und zusätzliches Steueraufkommen	39
4	Das Schweizer Modell der Kopfprämien	43
4.1	Ausgestaltung der Kopfprämien	44
4.2	System der Prämienverbilligung	45
4.2.1	Berechnung der Prämienverbilligung	45
4.2.2	Gewährung und Auszahlung der Prämienverbilligung	46
4.2.3	Kosten des Prämienverbilligungssystems	48
4.2.4	Sozialpolitische Wirksamkeit	49
4.2.5	Schlussbetrachtung	50
5	Zusammenschau und Schlussfolgerungen	52
	Literaturverzeichnis	65

1 Ausgangslage und Zielsetzung

Der Vorschlag, Kopfprämien zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einzuführen, ist nicht neu. Bereits im Jahr 1966 wurde diese Idee diskutiert.¹ Sie setzte sich allerdings nicht durch. Lediglich im Bereich der ambulanten Versorgung wird das Honorarvolumen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Basis von Kopfpauschalen vereinbart.

Die Finanzierung der GKV blieb hingegen bislang einkommensorientiert. Erst im Zuge der neueren Diskussionen über die finanzielle Lage der GKV und die angestrebte Reduzierung der Lohnnebenkosten² wurde der Vorschlag einer Kopfprämie erneut gemacht. Dabei wird insbesondere auf die Schweiz verwiesen, in der als einzigem Land in Europa seit 1996 eine Kopfprämie zur Finanzierung der Grundsicherung der Krankenversicherung besteht.

In der vorgelegten Arbeit sollen zunächst wesentliche Elemente verschiedener Varianten einer Kopfpauschalenerfinanzierung dargestellt werden. Daran anschließend sollen eigener Berechnungen zur Höhe sowie zu den Be- und Entlastungswirkungen dieser Kopfpauschalen unter Berücksichtigung einzelner Leistungsbereiche präsentiert werden. Dies erscheint vor dem Hintergrund der Diskussion um Ausgrenzungen von Leistungen von Interesse. Zur Verdeutlichung werden Kopfprämien für alternative reduzierte GKV-Leistungskataloge entsprechend der aktuellen Ausgrenzungsvorschläge berechnet. Um die gesamtwirtschaftliche Auswirkung zu verdeutlichen, soll das Gesamtvolumen der erforderlichen Prämiensubvention für Bezieher niedriger Einkommen und des zusätzlichen Steueraufkommens geschätzt werden.

Um einiger der Probleme im Zusammenhang mit der praktischen Umsetzung auf Kopfpauschalen einschätzen zu können, werden Situation, Ausgestaltung und Erfahrungen aus der Schweiz dargestellt.

2 Kopfpauschalenvarianten in der Diskussion

Von verschiedenen Wissenschaftlern wurde in letzter Zeit der Vorschlag unterbreitet, die Finanzierung der GKV-Leistungen auf einkommensunabhängige Kopfpauschalen umzustellen. Dabei stehen verschiedene Modellvarianten zur gesundheitspolitischen Diskussion.

¹ Vgl. Schneider (2003), S. 47.

² Die Lohnnebenkosten setzen sich allerdings aus vielen Faktoren zusammen. Hierzu zählen neben den Beiträgen zur Gesetzlichen Rentenversicherung auch das 13. oder 14. Monatsgehalt, das Urlaubsgeld oder vermögenswirksame Leistungen. Der Anteil der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung an den Lohnnebenkosten beträgt lediglich 8,2 % (vgl. Beske (2003), S. A-818).

2.1 Knappe Modell

Das Modell von Knappe et al. (2002) sieht eine Finanzierung der GKV über einkommensunabhängige Kopfpauschalen vor, wobei die Finanzierungsalternativen für Kinder von einer beitragsfreien Versicherung bis zur Zahlung der vollen Kopfpauschalen-Prämie reichen. Mit einer Umstellung der Finanzierung wäre nach diesem Modellvorschlag zugleich eine *Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf die gesamte Bevölkerung* verbunden. Der Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung würde als steuerpflichtiger Lohnbestandteil künftig an die Arbeitnehmer ausbezahlt werden. Zur Abmilderung der Belastungen, die unteren Einkommensbezieher durch ein Kopfprämiensystem entstehen, schlägt Knappe ein differenziertes Steuertransfersystem vor, das ein Umverteilungsvolumen von ca. 20 Mrd. EURO erfordert. Die Gegenfinanzierung erfolgt durch die Versteuerung des künftig ausbezahlten Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung sowie durch Einsparungen bei Sozial- und Beihilfe sowie der Krankenversicherung der Landwirte, so dass der Staatshaushalt je nach Kopfpauschalenmodell maximal mit „lediglich“ ca. 4 Mrd. EURO belastet würde. Nicht enthalten sind in diesen Berechnungen die Verwaltungskosten eines zu installierenden Steuertransfersystems. Darüber hinaus müssten auch die eingesparten Arbeitgeberkosten für die nicht mehr notwendige Abführung der Sozialversicherungsbeiträge zur GKV berücksichtigt werden.

2.2 Henke Modell

Der Vorschlag von Henke et al. (2002) sieht ebenfalls einkommensunabhängige Kopfprämien vor, wobei unterstellt wird, dass Personen unter 21 Jahren generell beitragsfrei versichert wären. Wie bei Knappe et al. ist auch in diesem Modell die *Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf die gesamte Bevölkerung* sowie die steuerpflichtige Auszahlung des Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung an die Arbeitnehmer vorgesehen. Zur Vermeidung von sozialen Härten solle die Prämienbelastung 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens nicht übersteigen, wobei der überschüssige Finanzierungsbedarf aus Steuermitteln zu begleichen sei. Dieses Beitragssystem würde ein Umverteilungsvolumen über den Steuer-Transfer-Mechanismus von ca. 25 Mrd. EURO erfordern.

2.3 Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR)

Ebenfalls eine Umstellung der einkommensabhängigen paritätischen Beitragsfinanzierung auf versichertenbezogene Kopfprämien fordert der SVR in seinem Jahres-

gutachten 2002/2003.³ Versicherungspflichtig wären nach diesem Modellvorschlag alle derzeit in der GKV versicherten Personen. Die Kopfprämien könnten je nach Krankenkasse unterschiedlich hoch und langfristig auch risikoäquivalent kalkuliert sein. Die Umverteilungsaufgaben zur Vermeidung sozialer Härten sollten aus dem Krankenversicherungssystem herausgenommen und über das staatliche Steuer- und Transfersystem erfolgen. Zusätzlich sieht der Vorschlag des SVR vor, den GKV-Leistungskatalog um Zahnersatz, Sterbe- und Entbindungsgeld, Unfallfolgen sowie Leistungen zur Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch zu reduzieren.⁴ Anders als Knappe et al. und Henke et al. plädiert der SVR für eine steuerfreie Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur Sozialversicherung.

2.4 Zweifel Modell

Das Modell von Zweifel et al. (2002) sieht die Einführung risikoäquivalenter Kopfprämien zur Finanzierung von Krankenversicherungsleistungen vor.⁵ Die Autoren argumentieren, dass die komplette Herausnahme von Umverteilungselementen aus der gesetzlichen Krankenversicherung Effizienz- und Verteilungsvorteile hätte. In diesem Modell würde die gesamte Wohnbevölkerung einer Versicherungspflicht unterliegen, was einen einheitlichen Versicherungsmarkt und damit die Aufhebung der „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV zur Folge hätte. Zur Vermeidung sozialer Härten sieht das Modell eine Subventionierung der Prämien vor, die 15% des Haushaltsbruttoeinkommens übersteigen. Das dafür notwendige Steuertransfervolumen würde 35,5 Mrd. EURO betragen, da risikoäquivalente Prämien sämtliche systematische Umverteilungselemente ausgliedern. Die Gegenfinanzierung soll weitgehend aufkommensneutral zum einen durch die steuerpflichtige Auszahlung des Arbeitgeberanteils (ca. 17 Mrd. EURO) und zudem durch den Abbau der Quersubventionierung anderer Sozialversicherungsträger durch die GKV erfolgen.

2.5 Breyer-Position

Breyer et al. (2001) geben zwar keine eigenen Empfehlungen zur Ausgestaltung eines Kopfpauschalensystems ab, jedoch werden die Auswirkungen einer Kopfprämie auf die GKV-Versicherten simuliert. Dabei verweisen die Gutachter zwar auf die ihrer Meinung nach ordnungspolitische Vorteilhaftigkeit eines Kopfprämiensystems. Jedoch beträgt das Transfervolumen zur Abmilderung von sozialen Härten nach

³ Vgl. SVR (2002), S. 285ff.

⁴ Vgl. SVR (2002), S. 274ff.

⁵ Formal gesehen handelt es sich bei diesem Modell nicht um Kopfprämien im eigentlichen Sinn, da aufgrund der risikogerechten Beitragskalkulation die kassenindividuellen Gesamtausgaben nicht auf die Versichertenköpfe umgelegt werden.

ihren Berechnungen mindestens 25 Mrd. EURO⁶. Deshalb sollte dem sozialen Ausgleich „in den wissenschaftlichen und politischen Diskussionen über die allokativen Vorzüge eines Kopf-Beitrags-Systems für die Krankenversicherungen in Deutschland mehr Aufmerksamkeit als bislang gewidmet werden.“⁷

2.6 Vorteile von Kopfpauschalen

Generell werden dem Kopfpauschalenmodell folgende Vorteile zugeschrieben:⁸

- Beitragsungerechtigkeiten im bestehenden GKV-System werden beseitigt, indem alle Bürger ohne Versicherungspflichtgrenze einbezogen werden;
- Deutliche Verringerung der Lohnnebenkosten und damit Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft;
- Entkoppelung der Finanzierung der GKV von den Arbeitskosten;
- Stärkere Demographieresistenz im Vergleich zu der bestehenden GKV-Finanzierung;
- Zielgenauere Erfüllung verteilungspolitischer Funktionen;
- Die Finanzierung über Kopfpauschalen wäre ohne bzw. nur mit geringen Belastungen des Fiskus möglich;
- Kostensenkung und Verbesserung der Qualität;
- Vereinfachung des Risikostrukturausgleichs.

Zu einer Umstellung der Finanzierung der GKV auf einkommensunabhängige Kopfprämien wird in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion zugleich auch eine Reduktion des Leistungskatalogs der GKV gefordert. Von den angesprochenen Modellvorschlägen sieht sowohl die Kommission nachhaltige Finanzierung (Rürup-Kommission) als auch der SVR die Einführung von Kopfpauschalen in Verbindung mit einer Reduktion des Leistungskatalogs vor. Weitergehende Vorschläge von Mitgliedern der Rürup-Kommission fordern, auch zahnärztliche Behandlung nach einer Übergangsphase ganz aus dem Leistungskatalog der GKV zu streichen.⁹

⁶ Dieser Wert wurde unter Annahme einer maximalen Kopfprämienbelastung in Höhe von 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens bestimmt.

⁷ Breyer et al. (2001), S. 201.

⁸ Vgl. SVRKAIG (2003), S. 112f.; Knappe et al. (2002), S. 21; Henke et al. (2002), S. 13ff.; SVR (2002), S. 285f.; Breyer et al. (2001), S. 177; Wagner (2003), S. 94, Zweifel (2003).

⁹ Vgl. o.V. (2003a).

Daneben sind insbesondere vom Sachverständigenrat Gesundheit (SVRKAIG) konkrete Vorschläge in diese Richtung unterbreitet worden. So wird im Jahresgutachten 2003 die Ausgliederung von Sterbegeld, Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen nach §§ 195ff. RVO, Leistungen zur Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V sowie die Finanzierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung aus dem Leistungskatalog der GKV gefordert.¹⁰

2.6 Kritik an Kopfpauschalen

Neben den zahlreichen Befürwortern einer GKV-Finanzierung über versichertenbezogene Kopfprämien gibt es aber auch kritische Stimmen. So hegt der SVRKAIG aufgrund des enormen Steuertransferbedarfs einer Kopfprämienfinanzierung sowie der derzeitigen und absehbaren Haushaltslage der Gebietskörperschaften „Zweifel hinsichtlich eines vollen Ausgleichs der distributiven Effekte.“¹¹

Falls sich der Kopfprämienzuschuss für sozial Schwache am Haushaltsgesamteinkommen orientiert, kann er nicht mehr im Rahmen des Lohnabzugsverfahrens von den Arbeitgebern gewährt werden. Kritiker sehen im dann notwendigen Antragsverfahren das Problem zwangsläufig stark schematisierender Grenzwerte und pauschalisierender Einkommensbegriffe. Da die Modellvorschläge von Henke und Knappe von einer steuerpflichtigen Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags ausgehen, würde dieser Betrag die Beitragsbemessungsgrundlage zur Renten- und Arbeitslosenversicherung erhöhen. Durch ein derartiges Kopfprämienystem würden die Sozialabgaben nicht, wie von Befürwortern von Kopfprämien postuliert, gesenkt, sondern zumindest kurzfristig sogar noch erhöht.¹²

Ebenfalls generell abgelehnt wird eine GKV-Finanzierung über Kopf-Prämien vom Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB), der am System der einkommensbezogenen

¹⁰ Vgl. SVRKAIG (2003), S. 115. Neben der Ausgliederung der krankenversicherungsfremden Leistungen schlägt der SVRKAIG, allerdings ohne die Höhe der Einsparmöglichkeiten zu nennen, eine Reduzierung des GKV-Leistungskatalogs um bestimmte Fahrtkosten in Abhängigkeit von der Verkehrsanbindung und der Behandlungsintensität, ambulante Vorsorgeleistungen in Bade- oder Kurorten, kieferorthopädische Leistungen für Erwachsene und Jugendliche, soweit die Behandlungsbedürftigkeit nicht bestimmten validen Indizes genügt, in Abhängigkeit von ihrer Evidenzbasierung Indikationen und Formen der ambulanten Psychotherapie bei Erwachsenen, nicht wirksame Verfahren der sog. Alternativmedizin und entsprechende Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen sowie indikationsabhängig Heil- und Hilfsmittel vor (vgl. SVRKAIG (2003), S. 161f.).

¹¹ SVRKAIG (2003), S. 114.

¹² Vgl. Schneider (2003), S. 46ff.

Beitragsbemessung festhalten möchte. Als Ablehnungsgründe werden insbesondere folgende Aspekte genannt:¹³

- Benachteiligung von Familien unterer und mittlerer Einkommenschichten;
- Intransparente und komplexe Finanzierung des sozialen Ausgleichs;
- Nicht die Bedürfnisse von Versicherten und Patienten, sondern haushalterische Gesichtspunkte rücken in den Mittelpunkt.

3 Finanzierungswirkungen von Kopfprämien in der GKV

Im folgenden Kapitel wird die Höhe der für die Finanzierung von GKV-Leistungen notwendigen Kopfprämien nach verschiedenen Kopfpauschalenmodellen ermittelt. Zur Veranschaulichung werden Modelle mit einer einheitlichen Kopfprämie (Modell 1), mit einer prämienreduzierten Versicherung von Familienangehörigen und Rentnern (Modell 2) sowie mit einer prämienfreien Versicherung von Minderjährigen (Modell 3) unterschieden. Zusätzlich erfolgt die Berechnung von Kopfprämien für die von verschiedenen Institutionen propagierten Leistungsausgrenzungen. Dabei wird die Höhe der Kopfprämien bei Ausgrenzung des Zahnersatzes, der gesamten zahnärztlichen Behandlung sowie gemäß der Vorschläge des SVRKAIG bzw. des SVR näher betrachtet.

3.1 Methodisches Vorgehen

3.1.1 Bestimmung von Kopfprämien

Die detaillierte Bestimmung von Kopfprämien zur Finanzierung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erfordert Informationen sowohl über die aktuellen GKV-Ausgaben, die Anzahl der Versicherten als auch über deren Versicherungsstatus (Mitglieder oder mitversicherte Familienangehörige, AKV- oder KVdR-Mitglieder).

Die dafür notwendigen Informationen konnten direkt aus den Statistiken der GKV (KJ 1 und KM 6) entnommen werden. Die Modellrechnungen erfolgen für das (am aktuellsten mögliche) Jahr 2001. Die Bestimmung von Kopfprämien erfolgte für unterschiedliche Modellvarianten, wobei sich die Modelle hinsichtlich der Prämienbelastung für verschiedene Versichertengruppen unterscheiden.

¹³ Vgl. DGB (2003), S.10. Ähnlich ist die Position der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), vgl. Mönig-Raane (2003), S. 95.

Für jedes Kopfpauschalenmodell wurden ebenfalls auf Basis der Daten des Jahres 2001 die durch die aktuell diskutierten Reduktionen des GKV-Leistungskatalogs sich ergebenden Kopfpauschalen errechnet. Dazu wurden die gesamten GKV-Ausgaben um die Ausgaben für die jeweils auszugrenzenden Leistungsbereiche vermindert. Folgende Ausgrenzungsvorschläge wurden in den Berechnungen berücksichtigt:

- Ausgrenzung von Zahnersatz (GKV-Ausgrenzungsvolumen im Jahr 2001: ca. 3,66 Mrd. EURO);
- Ausgrenzung der gesamten zahnärztlichen Behandlung (GKV-Ausgrenzungsvolumen im Jahr 2001: ca. 11,60 Mrd. EURO);
- Ausgrenzung versicherungsfremder Leistungen nach dem Vorschlag des SVRKAIG¹⁴ (GKV-Ausgrenzungsvolumen im Jahr 2001: ca. 3,97 Mrd. EURO);
- Ausgrenzung versicherungsfremder Leistungen, Zahnersatz und Unfallfolgen nach dem Vorschlag des SVR¹⁵ (GKV-Ausgrenzungsvolumen im Jahr 2001: ca. 15,01 Mrd. EURO).

3.1.2 Ermittlung von Belastungswirkungen

Durch Multiplikation des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes des Jahres 2001 von 13,5 % bzw. einem Arbeitnehmeranteil von 6,75 % mit unterschiedlichen beitragspflichtigen Bruttoeinkommen wurden fiktive einkommensbezogene GKV-Beiträge ermittelt und mit den Prämienhöhen der verschiedenen Kopfpauschalenmodelle verglichen. Für Bruttomonatseinkommen, die über der Beitragsbemessungsgrenze lagen, wurde der GKV-Höchstbeitrag als Produkt aus Beitragsbemessungsgrenze multipliziert mit dem durchschnittlichen GKV-Beitragssatz angesetzt.

Die im Modell 3 einer prämienfreien Versicherung von Minderjährigen ermittelte Höhe der Kopfpauschale wurde für unterschiedliche Familientypen, nämlich Einverdiener (Alleinstehende, Alleinerziehende und Alleinverdienerehepaare) bzw. Zweiverdienerehepaare, bestimmt und für unterschiedliche Bruttomonatseinkommen mit einkommensbezogenen GKV-Beiträgen verglichen.¹⁶

Für die ermittelten Kopfpauschalen bzw. einkommensbezogenen GKV-Beiträge wurden nach Einkommen bzw. Familientyp die Anteile am Bruttomonatseinkommen

¹⁴ Vgl. SVRKAIG (2003), S. 115.

¹⁵ Vgl. SVR (2002), S. 274ff.

¹⁶ Auf die Möglichkeit, dass auch Partner/innen in eingetragenen Lebensgemeinschaften neuerdings familienversichert sein können wird hier nicht weiter eingegangen.

errechnet und miteinander verglichen. Zur Vereinheitlichung der Berechnungsgrundlage wurde dabei sowohl im Falle der Kopfprämien als auch für die einkommensbezogenen GKV-Beiträge die Belastung durch die GKV-Finanzierung einheitlich auf das Bruttoeinkommen zuzüglich Arbeitgeberbeitrag zur GKV bezogen.

In einem nächsten Schritt wurden in nach Ein- bzw. Zweiverdienerhaushalten getrennten Berechnungen die Auswirkungen einer Begrenzung der von einem Haushalt zu zahlenden Kopfprämien auf 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens simuliert. Die so ermittelten Kopfpauschalen für unterschiedliche Einkommenshöhen bzw. Haushaltsgrößen wurden mit den einkommensbezogenen GKV-Beiträgen verglichen. Analog wurden die Anteile der Beiträge bzw. Kopfpauschalen am Bruttoeinkommen gegenübergestellt.

Das für die Subventionierung der Prämien erforderliche Finanzvolumen für Pflichtversicherte und für KVdR-Mitglieder wurde auf Basis der Verteilung der sozialversicherungspflichtigen Entgelte der Rentnereinkommen nach Größenklassen berechnet. Grundlage bildeten die Statistiken der gesetzlichen Rentenversicherung über Versicherte (VDR 2003) und Rentenbestände (VDR 2002)

3.2 Die Höhe erforderlicher Kopfprämien in der GKV

Die Höhe der erforderlichen Kopfprämien zur Finanzierung von GKV-Leistungen ist bei gegebenem Ausgabenvolumen bzw. bei gegebener Anzahl an Versicherten vor allem vom sozialpolitisch gewollten Belastungsgrad der unterschiedlichen Versicherungengruppen abhängig: Je mehr Umverteilungsaspekte hin zu einzelnen Versicherungengruppen implizit in den Kopfpauschalenmodellen berücksichtigt werden, desto höher ist die von den restlichen Versicherten zu tragende „normale“ Kopfprämie. Zur Veranschaulichung werden daher im Folgenden die Prämienbelastungen der drei Kopfpauschalenmodelle vorgestellt:

Modell 1: einheitliche Kopfpauschalen für alle Versicherten;

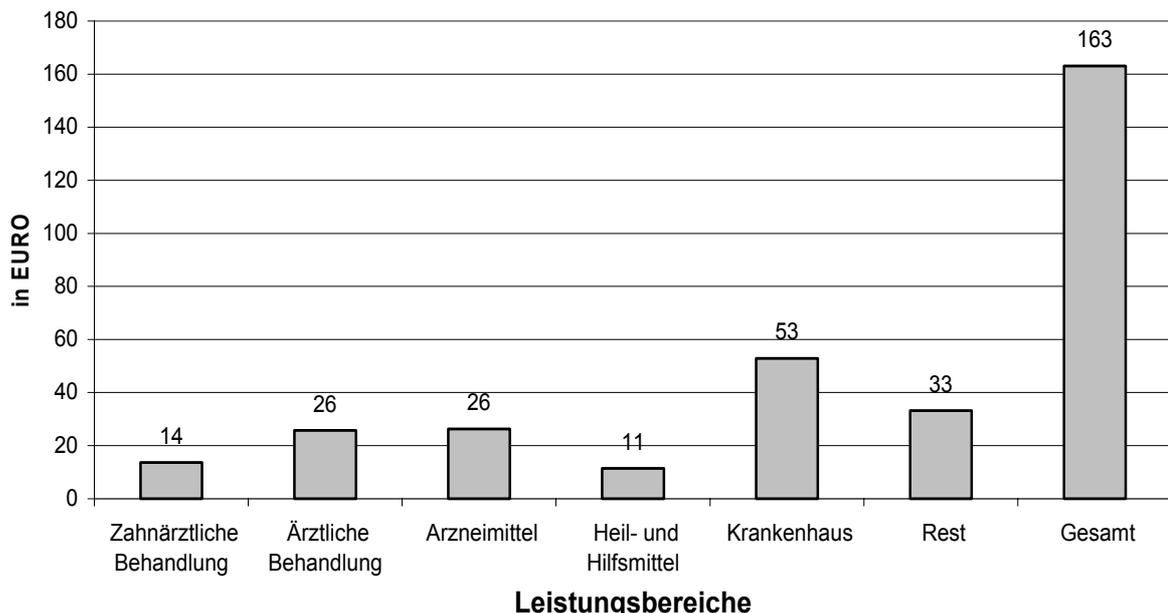
Modell 2: prämienreduzierte Versicherung von Familienangehörigen und Rentnern;
und

Modell 3: prämienfreie Versicherung der Minderjährigen.

3.2.1 Modell 1: Einheitliche Kopfprämien für alle Versicherten

Bei einer Finanzierung des aktuellen GKV-Leistungskatalogs über eine für alle GKV-Versicherten, also auch für die in der momentanen GKV-Finanzierung beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, einheitliche Kopfpauschale würde die zu zahlende Prämie 163 EURO im Jahr 2001 betragen (Abbildung 1).

Abbildung 1: Modell 1: Monatliche versicherteneinheitliche Kopfprämie nach Leistungsbereichen im Jahr 2001, Angaben in EURO

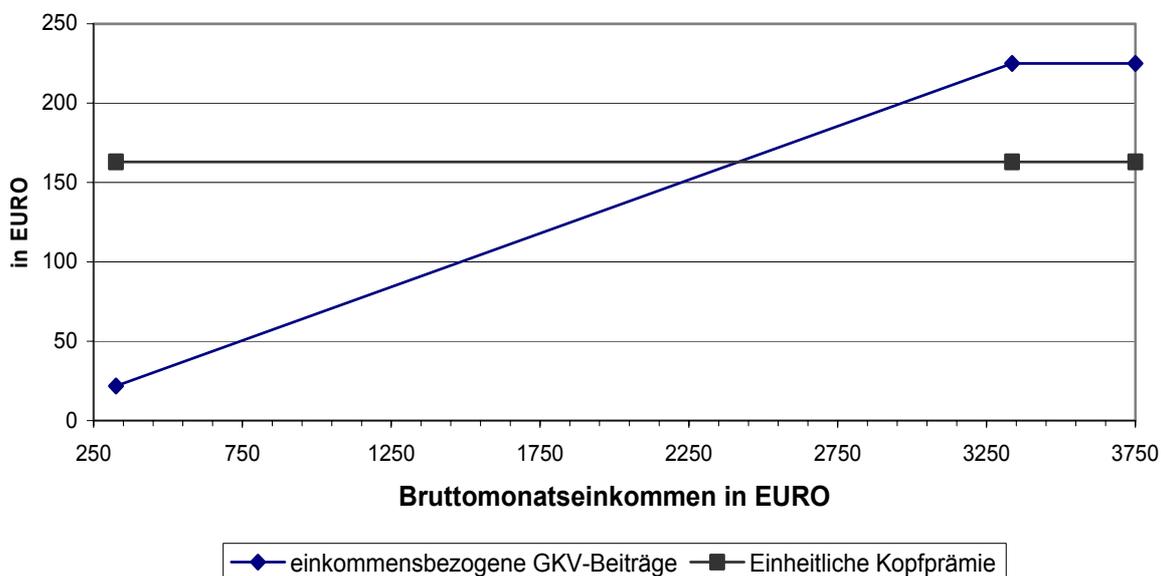


Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Für den Leistungsbereich zahnärztliche Behandlung müsste eine derartige Prämie 14 EURO, für ärztliche Behandlung sowie Arzneimittel 26 EURO, für Heil- und Hilfsmittel 11 EURO sowie für Krankenhausbehandlung 53 EURO ausmachen. Für die restlichen GKV-Leistungsbereiche zusammen müsste jeder Versicherte eine einheitliche Kopfprämie in Höhe von 33 EURO bezahlen.

Wie Abbildung 2 ausweist, betragen die für alle Versicherten einheitlichen Kopfprämien unabhängig vom Bruttoeinkommen 163 EURO. Die einkommensbezogenen GKV-Beiträge (nur Arbeitnehmeranteil) steigen hingegen proportional mit dem Bruttoeinkommen. Ab der im Jahr 2001 gültigen Beitragsbemessungsgrenze von umgerechnet 3336 EURO im Monat steigen sie nicht mehr weiter an und liegen konstant bei umgerechnet 225 EURO. Ab einem Bruttoeinkommen von rund 2400 EURO liegen einkommensbezogene GKV-Beiträge über der Höhe der Kopfpauschale. Die Darstellung wurde ausschließlich auf den Arbeitnehmerbeitrag bezogen, weil dies der von den Versicherten wahrgenommene Beitrag ist. Gesamtwirtschaftlich ist natürlich die Summe aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil relevant, die bereits bei einem Bruttomonatseinkommen von etwa 1200 EURO die Kopfprämien übersteigt.

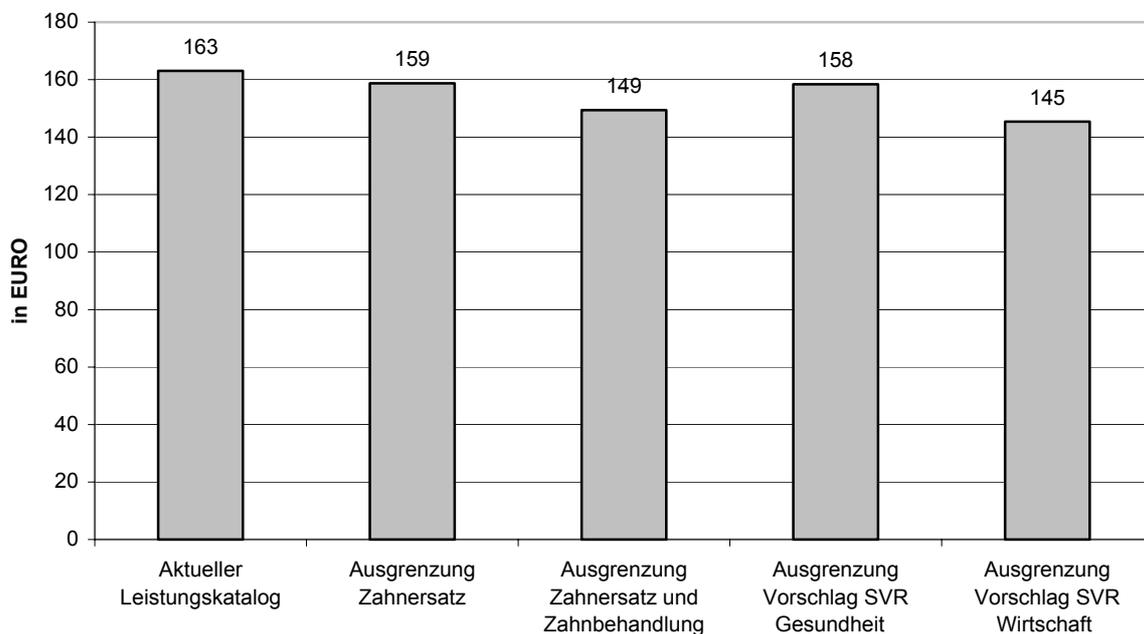
Abbildung 2: Monatliche versicherteneinheitliche Kopfprämien und einkommensbezogene GKV-Beiträge (nur Arbeitnehmeranteil) nach Bruttoeinkommen im Jahr 2001, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Abbildung 3 zeigt die notwendigen Kopfprämienhöhen bei unterschiedlichen Reduktionen des Leistungskatalogs. Danach würde die Kopfpauschale bei einer Ausgrenzung des Zahnersatzes aus dem aktuellen GKV-Leistungskatalog von 163 EURO auf 159 EURO sinken. Würde gar eine Ausgrenzung der gesamten zahnärztlichen Behandlung erfolgen, müsste die Kopfprämie lediglich 149 EURO betragen. Eine Reduktion des Leistungskatalogs nach dem Vorschlag des SVRKAiG würde zu einer Kopfpauschale in Höhe von 158 EURO führen. Für die vorgeschlagenen Leistungsausgrenzungen des SVR wäre zur Finanzierung des dadurch reduzierten Leistungskatalogs eine Kopfpauschale von 145 EURO erforderlich.

Abbildung 3: Modell 1: Monatliche versicherteneinheitliche Kopfprämie für unterschiedliche GKV-Leistungsumfänge im Jahr 2001, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Tabelle 1 vergleicht für unterschiedliche Familientypen die versicherteneinheitliche Kopfprämie mit der Höhe einkommensbezogener GKV-Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Anteil) für ausgewählte Einkommenshöhen. Die versicherteneinheitliche monatliche Kopfpauschale würde demnach von 163 EURO für Alleinstehende bis auf 815 EURO für ein Ehepaar mit drei minderjährigen Kindern steigen. Demgegenüber beträgt die maximale einkommensbezogene GKV-Beitragslast (Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Anteil) bei einem Bruttoeinkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze unabhängig vom Familientyp monatlich 450 EURO. Allenfalls für Zweiverdienerhepaare kann sie höher ausfallen, solange das individuelle Einkommen der Ehepartner unter der Beitragsbemessungsgrenze bleibt, das gemeinsame 3336 EURO aber übersteigt. Eine Beitragsbemessung am durchschnittlichen Einkommen nach § 18 SGB IV führt für Alleinverdiener unabhängig vom Familientyp zu monatlichen einkommensbezogenen GKV-Beiträgen von 309 EURO (alte Bundesländer) bzw. 256 EURO (neue Bundesländer). Eine einkommensbezogene Beitragsbemessung auf Basis der Härtfalleinkommensgrenzen nach § 61 SGB V ergibt für Alleinstehende eine Zahllast in Höhe von monatlich 124 EURO (alte Bundesländer) bzw. 102 EURO (neue Bundesländer). Diese Beiträge für ein Einkommen an der Härtefallgrenze steigen für ein Ehepaar mit drei minderjährigen Kindern bis auf monatlich 263 EURO (alte Bundesländer) bzw. 218 EURO (neue Bundesländer) an. Insgesamt zeigt sich, dass die Belastungen aus Kopfprämien vor allem für gut verdienende

Singles zum Teil deutlich unter der Beitragsbelastung durch einkommensbezogene GKV-Beiträge liegen würden. Hingegen würde für Geringverdiener die Kopfprämienhöhe mit zunehmender Familiengröße die GKV-Finanzierung über einkommensbezogene Beiträge zum Teil deutlich übersteigen. Die Beiträge der ausgewiesenen Gruppen, deren Einkommensposition sich durch die Kopfpauschalen verbessert, werden in Tabelle 1 fett dargestellt.

Tabelle 1: Monatliche versicherteneinheitliche Kopfpauschalen und einkommensbezogene GKV-Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Anteil) für unterschiedliche Bemessungsgrundlagen und Familientypen im Jahr 2001, Angaben in EURO

Familientyp	Kopfprämie	Bemessungsgrundlagen einkommensbezogener GKV-Beiträge				
		Härtefallgrenze (alte BI) ^{a)}	Härtefallgrenze (neue BI) ^{b)}	Durchschn. Einkommen (alte BI) ^{c)}	Durchschn. Einkommen (neue BI) ^{d)}	Beitragsbemess.-grenze
				2291	1933	3336
Alleinsteh.	163	124	102	309	261	450
Ehepaar	326	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 1 Minderj.	326	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 2 Minderj.	489	201	166	309	261	450
Alleinsteh. + 3 Minderj.	652	232	192	309	261	450
Ehepaar + 1 Minderj.	489	201	166	309	261	450
Ehepaar + 2 Minderj.	652	232	192	309	261	450
Ehepaar + 3 Minderj.	815	263	218	309	261	450

a) Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (alte Bundesländer).

b) Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (neue Bundesländer).

c) Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (alte Bundesländer).

d) Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (neue Bundesländer).

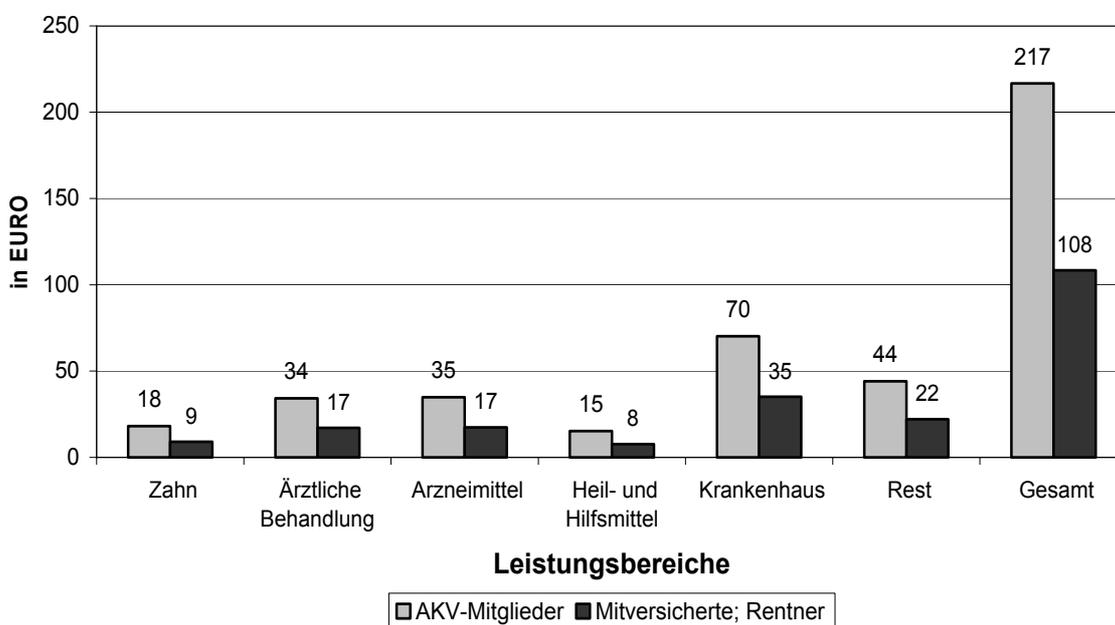
fett: Einkommensverbesserung durch Kopfpauschalen

Quelle: eigene Berechnungen

3.2.2 Modell 2: Prämienreduzierte Versicherung von Familienangehörigen und Rentnern

Um in Kopfpauschalen einen gewissen sozialen Ausgleich zu erhalten, können für bestimmte Gruppen mit besonderem Bedarf, besonderer Schutzwürdigkeit oder geringerer Zahlungsfähigkeit verminderte Prämienleistungen vorgesehen werden. Verschiedene alternative Ausgestaltungsformen hinsichtlich des begünstigten Personenkreises und dem Ausmaß der Prämienreduzierung sind denkbar. Von diesen Möglichkeiten wurde hier als Modell 2 einer prämienreduzierten Versicherung eine hälftige Kopfprämie für Mitversicherte und Rentner vorgesehen. Die anderen Versicherten zahlen die volle Kopfpauschale. Da dieses Modell durch die unterschiedlichen Finanzierungsbeiträge einzelner Versichertengruppen bereits systemimmanent Umverteilungsaspekte berücksichtigt, würde die allgemeine volle Kopfprämie zur Finanzierung von GKV-Leistungen im Jahr 2001 auf 217 EURO steigen (vgl. Abb. 4). Die reduzierte Kopfpauschale für Rentner und Familienangehörige würde hingegen nur 108 EURO betragen.¹⁷

Abbildung 4: Modell 2: Monatliche differenzierte Kopfprämie nach Leistungsbereichen im Jahr 2001, Angaben in EURO (Vollprämie für AKV-Mitglieder, hälftige für Rentner und mitversicherte Familienangehörige)



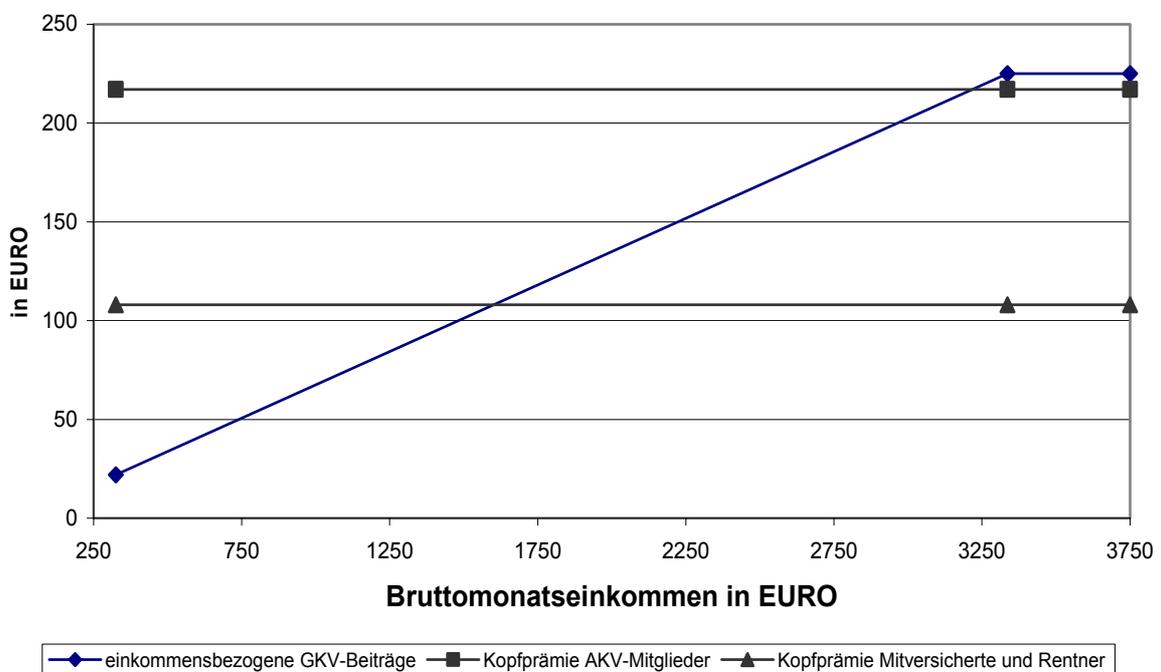
Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

¹⁷ Aufgrund von Auf- bzw. Abrundungen beträgt dieser Wert nicht exakt die Hälfte eines vollen Kopfbeitrags.

In diesem Kopfpauschalenmodell würde die allgemeine Kopfprämie für den Leistungsbereich zahnärztliche Behandlung 18 EURO, für die ambulant ärztliche Behandlung 34 EURO, für Arzneimittel 35 EURO, für Heil- und Hilfsmittel 15 EURO und für Krankenhausbehandlung 70 EURO betragen. Zur Finanzierung der restlichen Leistungsbereiche wäre eine allgemeine Kopfpauschale von 44 EURO notwendig.

Wie aus Abbildung 5 hervorgeht, würde im Jahr 2001 die allgemeine Kopfprämie von 217 EURO bei einem Bruttoeinkommen von etwas mehr als 3200 EURO die gleiche Höhe wie einkommensbezogene GKV-Beiträge aufweisen. Die reduzierte Kopfprämie von 108 EURO würde bei der Finanzierung über einkommensbezogene GKV-Beiträge bereits bei einem Bruttoeinkommen von rund 1600 EURO die gleiche Höhe betragen. Die Darstellung wurde ausschließlich auf den Arbeitnehmerbeitrag bezogen, weil dies der von den Versicherten wahrgenommene Beitrag ist. Gesamtwirtschaftlich ist natürlich die Summe aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil relevant, die bereits bei einem Bruttomonatseinkommen von etwa 800 EURO die Kopfprämien übersteigt.

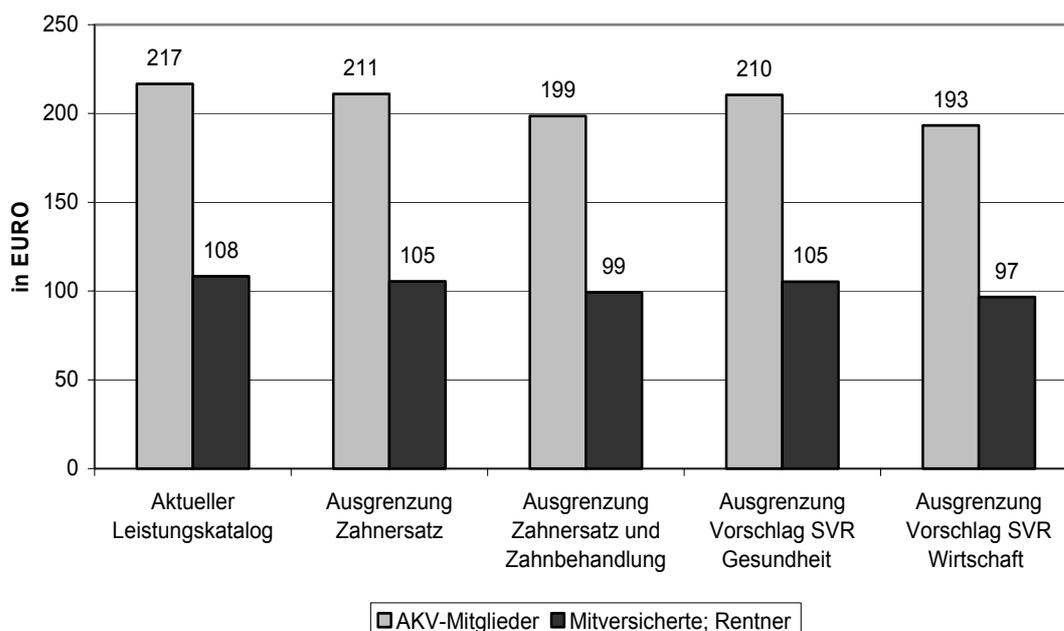
Abbildung 5: Modell 2: Monatliche differenzierte Kopfprämien und einkommensbezogene GKV-Beiträge (nur Arbeitnehmeranteil) nach Bruttoeinkommen im Jahr 2001, Angaben in EURO (Vollprämie für AKV-Mitglieder, hälftige für Rentner und mitversicherte Familienangehörige)



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

In der folgenden Abbildung (Abb. 6) ist ausgewiesen, dass sich durch die Ausgliederung von Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV die allgemeine Kopfprämie im Jahr 2001 auf 211 EURO verringern würde. Die reduzierte Kopfpauschale würde für einen derartigen Leistungsumfang 105 EURO betragen. Die Ausgliederung der gesamten zahnärztlichen Behandlung würde zu einer allgemeinen Kopfprämie von 199 EURO führen. Für die Finanzierung des GKV-Leistungskatalogs nach den Ausgrenzungsvorschlägen des SVRKAiG würde die allgemeine Kopfprämie 210 EURO betragen. Die Ausgrenzungsvorschläge des SVR würde die zur Finanzierung des GKV-Leistungskatalogs notwendige allgemeine Kopfprämie hingegen auf 193 EURO verringern.

Abbildung 6: Modell 2: Monatliche differenzierte Kopfprämie für unterschiedliche GKV-Leistungsumfänge im Jahr 2001, Angaben in EURO (Vollprämie für AKV-Mitglieder, hälftige für Rentner und mitversicherte Familienangehörige)



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Da das Modell differenzierter Kopfpauschalen bereits systemimmanent Umverteilungsaspekte berücksichtigt (was sich im Anstieg der vollen Kopfprämie von 163 EURO nach Modell 1 auf 217 EURO niederschlägt), wäre der Prämienvorteil gut verdienender Singles gegenüber einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung weniger stark ausgeprägt als im Modell einer einheitlichen Kopfprämie (vgl. Tabelle 2). Dem gegenüber würde sich vor allem für Bezieher niedrigerer Einkommen mit zunehmender Familiengröße die Kopfprämienbelastung gegenüber dem Modell einheitlicher pro-Kopf-Beiträge vermindern. Gegenüber einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung müssten diese Personengruppen bei einer Kopfprämienfinanzie-

rung aber dennoch mit zum Teil deutlichen Mehrbelastungen rechnen. Beispielsweise müsste in den alten Bundesländern ein verheiratetes Ehepaar mit zwei minderjährigen Kindern bei einem Verdienst in Höhe des Durchschnittseinkommens nach § 18 SGB IV von 2291 EURO in einem Kopfprämiensystem mit zusätzlichen Belastungen in Höhe von monatlich 239 EURO rechnen. Aber selbst bei einem für diesen Familientyp unterstellten monatlichen Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze würden sich bei einer Finanzierung durch pro-Kopf-Beiträge monatliche Mehrbelastungen von 98 EURO ergeben.

Tabelle 2: Monatliche differenzierte Kopfpauschalen und einkommensbezogene GKV-Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Anteil) für unterschiedliche Bemessungsgrundlagen und Familientypen im Jahr 2001, Angaben in EURO

Familientyp	Kopfprämie	Bemessungsgrundlagen einkommensbezogener GKV-Beiträge				
		Härtefallgrenze (alte BI) ^{a)}	Härtefallgrenze (neue BI) ^{b)}	Durchschn. Einkommen (alte BI) ^{c)}	Durchschn. Einkommen (neue BI) ^{d)}	Beitragsbemessungsgrenze
				2291	1933	3336
Alleinsteh.	217	124	102	309	261	450
Ehepaar	329	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 1 Minderj.	329	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 2 Minderj.	438	201	166	309	261	450
Alleinsteh. + 3 Minderj.	548	232	192	309	261	450
Ehepaar + 1 Minderj.	438	201	166	309	261	450
Ehepaar + 2 Minderj.	548	232	192	309	261	450
Ehepaar + 3 Minderj.	657	263	218	309	261	450

a) Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (alte Bundesländer).

b) Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (neue Bundesländer).

c) Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (alte Bundesländer).

d) Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (neue Bundesländer).

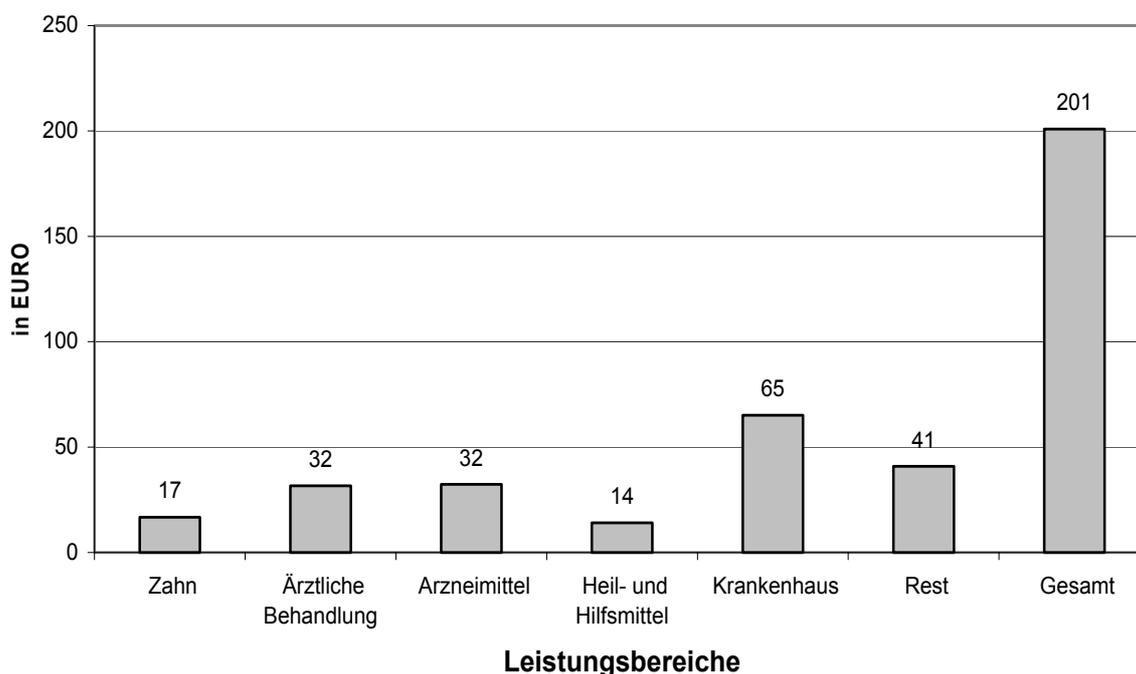
fett: Einkommensverbesserung durch Kopfpauschalen

Quelle: eigene Berechnungen

3.2.3 Modell 3: Prämienfreie Versicherung der Minderjährigen

Da die Zahlung einer vollen Kopfprämie für Minderjährige wohl verfassungsrechtlich beanstandet werden kann und somit vermutlich nicht durchsetzbar wäre,¹⁸ soll im Folgenden die Prämienhöhe für ein Kopfpauschalenmodell mit einer beitragsfreien Mitversicherung von Minderjährigen dargestellt werden. Die dadurch nur von Erwachsenen zu zahlende Kopfprämie würde sich für das Jahr 2001 gegenüber dem Modell einer einheitlichen Kopfpauschale für alle Versicherten von 163 EURO auf 201 EURO erhöhen. Für den Leistungsbereich zahnärztliche Behandlung wäre eine von Erwachsenen zu entrichtende Kopfprämie von 17 EURO, für ambulant ärztliche Behandlung und Arzneimittel von jeweils 32 EURO, für Heil- und Hilfsmittel von 14 EURO sowie für Krankenhausbehandlung von 65 EURO notwendig. Für die Finanzierung der restlichen Leistungsbereiche würde die Kopfpauschale 41 EURO betragen (Abb. 7).

Abbildung 7: Modell 3: Monatliche volle Kopfprämie nach Leistungsbereichen im Jahr 2001 bei prämienfreier Versicherung der Minderjährigen, Angaben in EURO



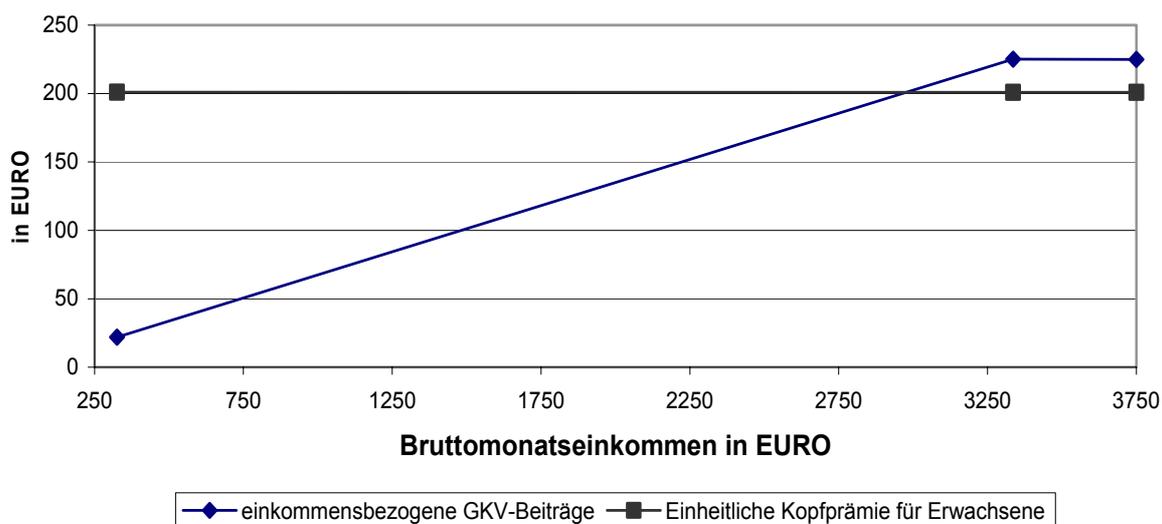
Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Wie aus Abbildung 8 hervorgeht, liegen einkommensbezogene GKV-Beiträge bei einem Bruttoeinkommen von ca. 3000 EURO auf der gleichen Höhe wie die in die-

¹⁸ Vgl. Breyer et al. (2001), S. 179.

sem Kopfpauschalenmodell nur von Erwachsenen zu zahlenden Kopfprämien. Berücksichtigt man die Beitragshöhe von Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Beitrag gemeinsam, so würde sie bei diesem Einkommen etwa der Kopfprämienhöhe für zwei Erwachsene – etwa ein Ehepaar mit oder ohne Kinder - entsprechen. Anders betrachtet: Fasst man Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Beiträge zusammen, so würden für einen Erwachsenen bereits ab einem monatlichen Einkommen von etwa 1500 EURO die Kopfpauschalen niedriger als die derzeitigen einkommensproportionalen Beiträge liegen. Einerseits wird daraus ersichtlich, dass Alleinstehende deutlich durch ein Kopfpauschalenmodell auch bei mittleren Einkommen begünstigt würden und Alleinverdienerehepaare erst ab einem Einkommen nahe der Beitragsbemessungsgrenze besser gestellt würden. Andererseits profitieren mittlere – bei Einverdienerehepaaren hohe Einkommensgruppen – von einer solchen Umstellung.

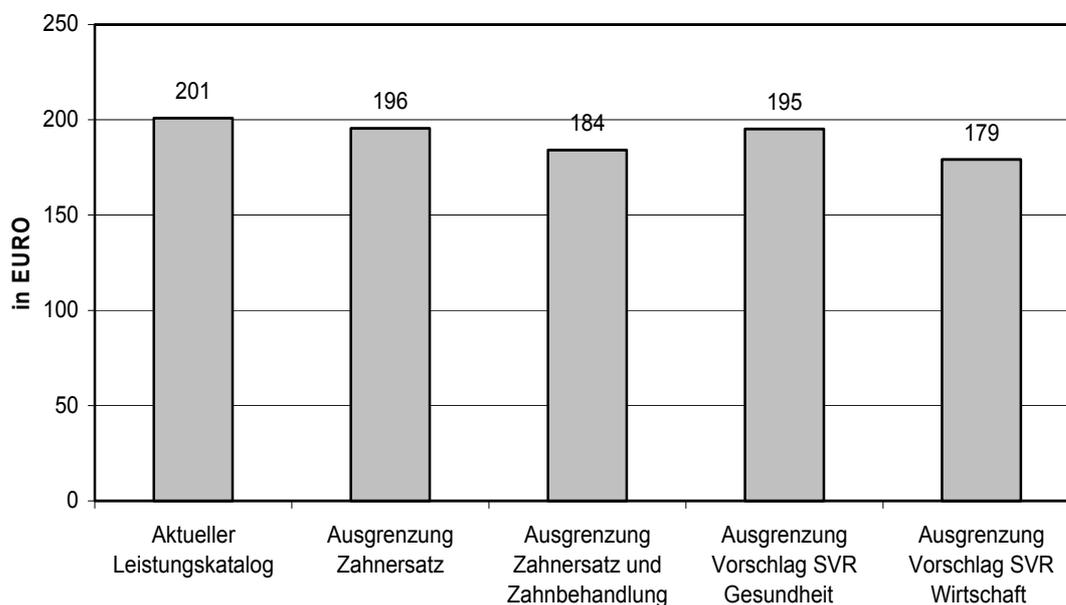
Abbildung 8: Modell 3: Monatliche volle Kopfprämien bei prämienfreier Versicherung der Minderjährigen und einkommensbezogene GKV-Beiträge (nur Arbeitnehmeranteil) nach Bruttoeinkommen im Jahr 2001, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Wie in der unten stehenden Abbildung 9 gezeigt ist, würde eine Ausgrenzung von Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV zu einer von Erwachsenen zu zahlenden Kopfprämie von 196 EURO führen. Eine Ausgliederung der gesamten zahnärztlichen Behandlung würde die Kopfprämie auf 184 EURO reduzieren. Die Vorschläge des SVRKAiG zur Reduktion des Leistungskatalogs würden zu einer Kopfprämie von 195 EURO führen. Bei einer Umsetzung der vorgeschlagenen Leistungsausgrenzungen des SVR würde die Kopfpauschale 179 EURO betragen.

Abbildung 9: Modell 3: Monatliche volle Kopfprämie bei prämienfreier Versicherung der Minderjährigen für unterschiedliche GKV-Leistungsumfänge im Jahr 2001, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Unterschiedliche Familientypen werden auch in diesem Modell – wenn auch nicht so extrem wie bei Modell 1 – sehr unterschiedlich belastet oder entlastet. Wie Tabelle 3 zeigt, würde die Kopfprämienbelastung für gutverdienende Singles bei einer beitragsfreien Mitversicherung von Minderjährigen gegenüber der Erhebung einer einheitlichen Kopfpauschale zwar steigen (Anstieg von monatlich 163 EURO auf 201 EURO). Dennoch würde sich aber für diesen Personenkreis gegenüber einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung eine deutliche Prämienreduktion ergeben. Gegenüber den anderen vorgestellten Kopfprämienfinanzierungsvarianten würde die beitragsfreie Mitversicherung Minderjähriger insbesondere die Kopfprämienbelastung von kinderreichen Familien deutlich reduzieren (vgl. insbesondere Tabelle 1). Dennoch würde der Kopfbeitrag von kinderreichen, insbesondere verheirateten, Geringverdienern deutlich über einkommensbezogenen GKV-Beiträgen liegen.

3.2.4 Zusammenfassung der verschiedenen Modellvarianten

Tabelle 4 zeigt eine Zusammenfassung der zur Finanzierung von GKV-Leistungen notwendigen Höhe der allgemeinen Kopfprämie für die unterschiedlichen Kopfpauschalenmodelle.

Tabelle 3: Monatliche Kopfpauschalen für Erwachsene und einkommensbezogene GKV-Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Anteil) für unterschiedliche Bemessungsgrundlagen und Familientypen im Jahr 2001, Angaben in EURO

Familientyp	Kopfprämie	Bemessungsgrundlagen einkommensbezogener GKV-Beiträge				
		Härtefallgrenze (alte BI) ^{a)}	Härtefallgrenze (neue BI) ^{b)}	Durchschn. Einkommen (alte BI) ^{c)}	Durchschn. Einkommen (neue BI) ^{d)}	Beitragsbemessungsgrenze
				2291	1933	3336
Alleinsteh.	201	124	102	309	261	450
Ehepaar	402	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 1 Minderj.	201	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 2 Minderj.	201	201	166	309	261	450
Alleinsteh. + 3 Minderj.	201	232	192	309	261	450
Ehepaar + 1 Minderj.	402	201	166	309	261	450
Ehepaar + 2 Minderj.	402	232	192	309	261	450
Ehepaar + 3 Minderj.	402	263	218	309	261	450

a) Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (alte Bundesländer).

b) Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (neue Bundesländer).

c) Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (alte Bundesländer).

d) Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (neue Bundesländer).

fett: Einkommensverbesserung durch Kopfpauschalen

Quelle: eigene Berechnungen

Demnach würde eine für alle Versicherten einheitliche Kopfprämie bei monatlich 163 EURO liegen. Im Modell einer halben Kopfprämie für Mitversicherte und Rentner würde die allgemeine Kopfpauschale 217 EURO betragen. Das Modell einer prämienvfreien Versicherung von Minderjährigen würde zu einer allgemeinen Kopfpauschale von 201 EURO führen.

Generell liegt die allgemeine Kopfpauschale umso höher, je mehr in einem bestimmten Kopfprämienmodell systemimmanent Umverteilungsaspekte und damit niedrigere Kopfprämien für einzelne Versichertengruppen vorgesehen werden. Bei einem bloßen nominalen Vergleich von Kopfprämien mit einkommensbezogenen

Beiträgen sind keine fundierten Aussagen über Be- bzw. Entlastungswirkungen auf der Familienhaushaltsebene möglich. In einer ersten Abschätzung wurden deshalb für verschiedene Familientypen und Beitragsbemessungsgrundlagen die Höhe von Kopfprämien mit einkommensbezogenen GKV-Beiträgen verglichen. Für weitergehende Erkenntnisse werden die Be- und Entlastungsrechnungen nun in einem nächsten Schritt für das gesamte Einkommensspektrum durchgeführt.

Tabelle 4: Allgemeine monatliche Kopfpauschalen unterschiedlicher Modellvarianten für verschiedene Leistungsumfänge der GKV im Jahr 2001, Angaben in EURO

Modellvarianten	aktueller Leistungskatalog	Ausgrenzung			
		Zahnersatz	Zahnersatz und Zahnbehandlung	gemäß Vorschlag SVRKAiG	gemäß Vorschlag SVR
Modell 1: Einheitliche Kopfprämie	163	159	149	158	145
Modell 2: Beitragsreduzierte Versicherung von Familienangehörigen und Rentnern	217	213	201	213	196
Modell 3: Beitragsfreie Versicherung von Minderjährigen	201	196	184	195	179

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

3.3 Auswirkungen der Kopfprämien auf die Versicherten der GKV

Die finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Kopfpauschalenmodelle auf die GKV-Versicherten unterscheiden sich je nach Finanzierungsbeitrag der einzelnen Versichertengruppen sowie nach Familiengröße. Deshalb wird im Folgenden für das Kopfpauschalenmodell mit einer beitragsfreien Mitversicherung von Minderjährigen (Modell 3) zunächst die finanzielle Belastung für unterschiedliche Familiengrößen dargestellt. In einem weiteren Schritt erfolgt für ein derartiges Kopfpauschalenmodell durch den Vergleich von Kopfprämien mit einkommensbezogenen Beiträgen die Abschätzung von Be- und Entlastungswirkungen für die Versicherten auf Familienhaushaltsebene. Für die Analyse wurde gezielt auf das Kopfprämienystem mit einer freien Versicherung für Minderjährige abgestellt, da ein derartiges System aus sozialpolitischen Gründen realistischere Umsetzungschancen hätte als beispielsweise die Erhebung einer einheitlichen Kopfprämie. Diese Einschätzung folgt aus verschie-

denen Urteilen des Bundesverfassungsgerichts, die eine stärkere Berücksichtigung der höheren Belastungen von Familien verlangen.

3.3.1 Finanzielle Belastungswirkungen nach Familiengröße

Schon bei einer Finanzierung von GKV-Leistungen über einkommensbezogene Beiträge ist für die finanzielle Belastung der Versicherten neben dem Bruttoeinkommen die Familiensituation (alleinstehend, alleinerziehend, verheiratet, Einverdiener- bzw. Zweiverdiener Ehepaar) als wesentliches Kriterium anzusehen. Da bei einer Finanzierung von Leistungen der GKV über Kopfpauschalen kein Einkommensbezug der Prämien vorliegt, ist die Belastungssituation auf der Familienhaushaltsebene insbesondere von der Familiengröße sowie dem Familienstand abhängig. In Modell 3 ist wegen der beitragsfreien Versicherung der Kinder allerdings nur die Differenzierung Alleinstehende, Alleinerziehende einerseits und Ehepaare andererseits wichtig. Eine gewisse Beachtung muss bei Ehepaaren auch noch der Frage geschenkt werden, ob ein oder beide Partner GKV-Mitglieder sind. Denn die bestehende Regelung kann dazu führen, dass verheiratete Zweiverdiener mit höheren Beiträgen belastet werden als Alleinverdiener, wenn sie individuell unter der Beitragsbemessungsgrenze verdienen, gemeinsam jedoch darüber.

Wie aus Tabelle 5 hervorgeht, erhöht sich in einem Kopfpauschalenmodell der prämienfreien Versicherung von Minderjährigen bei einer Finanzierung des aktuellen GKV-Leistungskatalogs die Kopfprämie von monatlich 201 EURO für Alleinstehende auf monatlich 402 EURO für ein Ehepaar.

Tabelle 5: Monatliche Kopfpauschalen bei prämienfreier Versicherung von Minderjährigen für unterschiedliche Familientypen bei verschiedenen Leistungsumfängen der GKV im Jahr 2001, Angaben in EURO

Familientyp	Aktueller Leistungskatalog	Ausgrenzung Zahnersatz	Ausgrenzung Zahnersatz und Zahnbehandlung	Ausgrenzung Vorschlag SVRKAiG	Ausgrenzung Vorschlag SVR
Allein stehend	201	196	184	195	179
Alleinstehend + minderjähr. Kind(er)	201	196	184	195	179
Ehepaar	402	392	368	390	358
Ehepaar + minderjähr. Kind(er)	402	392	368	390	358

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Für die unterschiedlichen Ausgrenzungsvorschläge ergeben sich entsprechend geringere pro-Kopf-Beiträge. Die Kopfprämie steigt für zusätzliche, im Haushalt lebende minderjährige Personen¹⁹ nicht an, da für Minderjährige gemäß den Annahmen keine Prämie zu entrichten ist.

3.3.2 Vergleich der Verteilungswirkungen von Kopfprämien mit einkommensbezogenen Beiträgen

Die Prämienbelastung in einem Kopfpauschalensystem mit einer beitragsfreien Versicherung von Minderjährigen hängt, wie unter Punkt 3.2.3 dargestellt, wesentlich von Zahl der (nicht-)minderjährigen Familienmitglieder ab. Demgegenüber resultiert bei der momentanen GKV-Finanzierung die Beitragsbelastung auf der Familienhaushaltsebene vor allem aus der Anzahl der in einer Familie lebenden Einkommensbezieher. Deshalb soll im Folgenden für die Darstellung der aktuellen GKV-Finanzierung eine Unterscheidung in Ein- und Zweiverdienerfamilien vorgenommen werden, weil bei Zweiverdienern aktuell bei gleichem Einkommen höhere Beiträge zahlen können. Für sie lohnt sich dann die Umstellung auf Kopfpauschalen ähnlich wie bei Alleinstehenden viel eher.

3.3.2.1 Auswirkungen auf Alleinstehende, Alleinerziehende und Einverdienerfamilien

Bei der aktuellen GKV-Finanzierung zahlt in einer Einverdienerfamilie nur der Einkommensbezieher GKV-Beiträge. Weder für den erwachsenen mitversicherten Ehegatten noch für die mitversicherten Kinder fallen GKV-Beiträge an. Für die Prämienbelastung in einem Kopfpauschalenmodell hat hingegen nicht die Anzahl der Einkommensbezieher unter den Erwachsenen Bedeutung, sondern die Zahl der Erwachsenen unabhängig vom Erwerbsstatus.

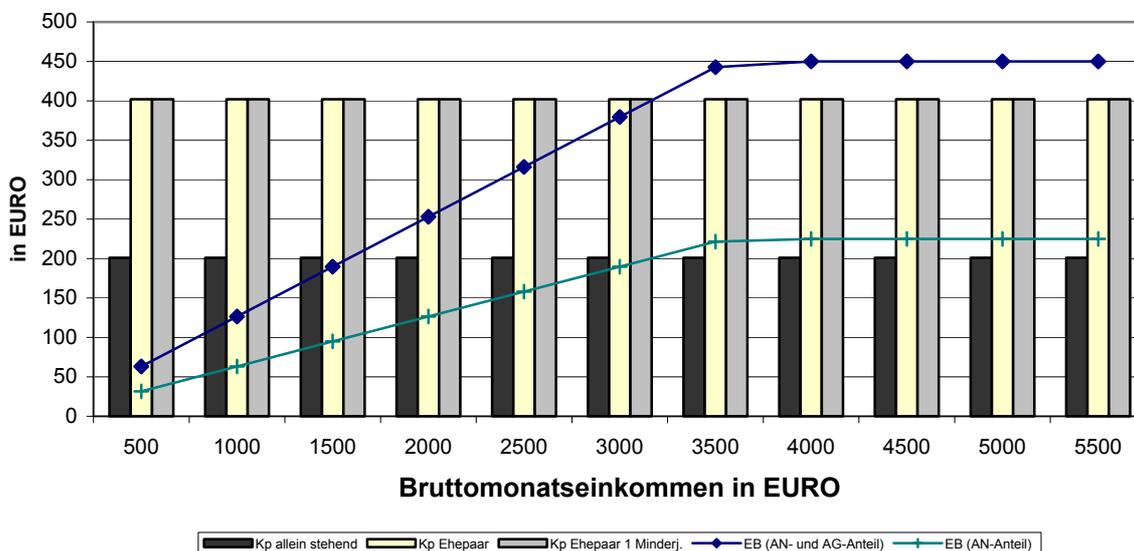
3.3.2.1.1 Prämienhöhe ohne Prämiensubvention

Aus Abbildung 10 geht hervor, dass die einkommensbezogenen GKV-Beiträge unabhängig von der Familiengröße mit steigendem Bruttoeinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 3336 EURO bzw. 3561 EURO inkl. ausgezahltem GKV-Arbeitgeberbeitrag stetig zunehmen. Die folgenden Darstellungen (Abbildungen 10-17) vergleichen in absoluter Höhe sowie prozentual als Anteil am Einkommen die einkommensbezogenen Beiträge mit Kopfpauschalen. Da jedoch beide Beitragsformen mit einem unterschiedlichen Einkommen verbunden sind, weil bei

¹⁹ Der Fall, dass die dritte und jede weitere Person nicht minderjährig sind, wird nicht weiter betrachtet.

den Kopfpauschalen der GKV-Arbeitgeberanteil als Teil des Bruttoeinkommens ausgezahlt wird, kann der Vergleich nur sinnvoll gezogen werden, wenn man jeweils beide Beiträge – einkommensbezogene wie auch Kopfpauschalen – auf den gleichen Einkommensbegriff bezieht. Für die Darstellung wurde das „neue“ Bruttoeinkommen inkl. Arbeitgeberbeitrag als Referenzgröße herangezogen. Deshalb ist mit einem bestimmten „neuen“ Bruttoeinkommen ein geringerer nominaler Beitrag verbunden, weil der alte Beitragssatz von 13,5 % (bezogen auf das „alte“ Bruttoeinkommen) einem geringeren Beitragssatz bezogen auf das „neue“ Einkommen, nämlich 12,65 % entspricht. Anders ausgedrückt, wird der maximale einkommensbezogene Beitrag von 450 € erst bei einem (neuen) Einkommen von 3561 € erreicht, (das sind 3336 € Bruttoeinkommen zuzüglich 6,75 % oder 225,18 €). Im unterstellten Kopfpauschalenmodell würde ein Alleinstehender bzw. Alleinerziehender oder ein einzelner Verheirateter hingegen unabhängig vom Einkommen eine Prämie von konstant 201 EURO bezahlen. Ab einem Bruttomonatseinkommen von knapp 3000 EURO würde schon alleine der Arbeitnehmeranteil (AN-Anteil) an den GKV-Beiträgen für einen derartigen Familientyp über den zu zahlenden Kopfpauschalen liegen. Unter einem Bruttomonatseinkommen von knapp 3000 EURO würde die Prämienbelastung durch pro-Kopf-Beiträge gerade für Geringverdiener deutlich zunehmen. Der aussagekräftigere Vergleich der gesamten einkommensbezogenen GKV-Beiträge, der Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Anteil (AN- und AG-Anteil) mit Kopfprämien zeigt, dass die Kopfprämien bereits ab einem Bruttomonatseinkommen von ca. 1500 EURO niedriger ausfallen als einkommensbezogene GKV-Beiträgen.

Abbildung 10: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Alleinstehende, Alleinerziehende sowie Alleinverdienerhepaare und Kopfprämien (Kp) nach Familienstand und Bruttoeinkommen, Angaben in EURO

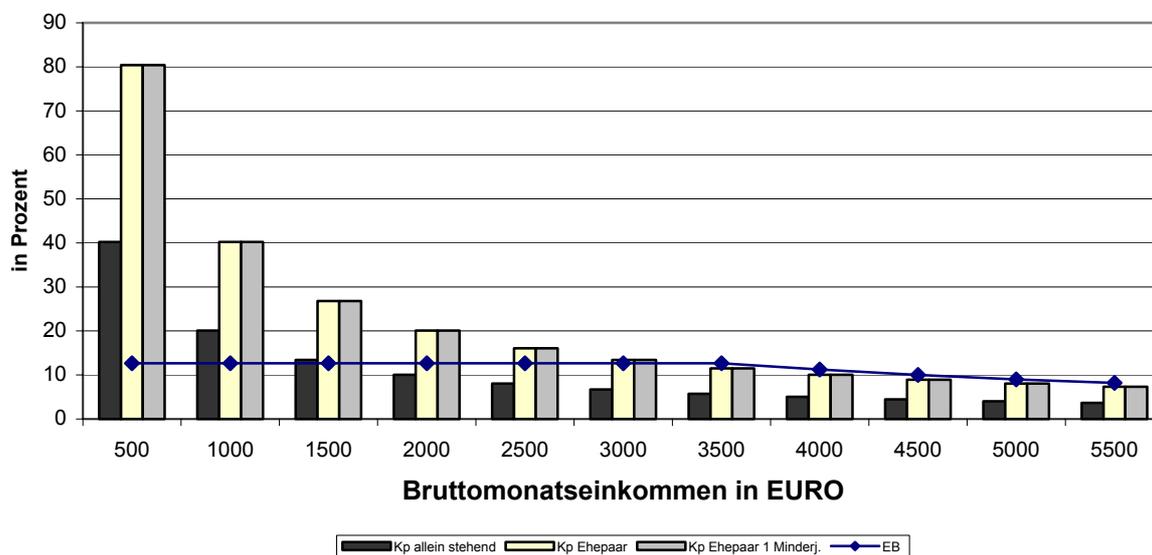


Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Für Verheiratete würde die Kopfprämienbelastung – unabhängig von der Zahl der Kinder – bei konstant 402 EURO liegen, wohingegen die einkommensbezogenen GKV-Arbeitnehmerbeiträge höchstens ca. 225 EURO betragen würden. Unter Einbeziehung der gesamten einkommensbezogenen GKV-Beitragslast würde sich für Verheiratete lediglich bei den höchsten Einkommen eine finanzielle Besserstellung durch die Erhebung von Kopfpauschalen ergeben. Für alle anderen Einkommen, insbesondere für die Geringverdiener wäre hingegen mit deutlichen Mehrbelastungen zu rechnen. Die Anzahl der in einer Familie lebenden Minderjährigen hat keine finanziellen Auswirkungen, da sowohl das unterstellte Kopfprämienmodell als auch die einkommensbezogene GKV-Finanzierung eine beitragsfreie Mitversicherung von Minderjährigen umfassen.

Diese Vergleiche zeigen, dass – was die Verteilungswirkungen angeht – bei Verheirateten (mit oder ohne Kindern) in der überwiegenden Zahl der Situationen höhere Belastungen anfallen, während bei den Alleinstehenden/Alleinerziehenden oder einzelnen Ehepartnern in Zweiverdienerfamilien schon ab vergleichsweise niedrigen Einkommen eine Entlastung eintritt.

Abbildung 11: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Alleinstehende, Alleinerziehende sowie Alleinverdienerhepaare und Kopfprämien (Kp) in Prozent des Bruttoeinkommens nach Familienstand und Bruttoeinkommen, Angaben in Prozent



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Da das bestehende Beitragsverfahren mit bis zur Beitragsbemessungsgrenze proportionalen Beiträgen alle Beitragszahler anteilig gleich hoch belastet, ist ein Vergleich der prozentualen Belastung der Einkommen aufschlussreich. Abbildung 11 zeigt, dass der prozentuale Anteil der Kopfpauschalen am Bruttomonatseinkommen für Alleinstehende bzw. Alleinerziehende bei unteren Einkommen ganz erheblich über der prozentualen Belastung aus einkommensbezogenen GKV-Beiträgen (AN- und AG-Anteil) liegt. Dabei ist zu beachten, dass die prozentuale Belastung der Einkommen nach geltendem Recht wie auch die durch Kopfpauschalen auf geltende Bruttoeinkommen zuzgl. Arbeitgeberanteil bezogen werden. Deshalb liegt die Belastung durch einkommensproportionale Beiträge bei den Einkommen bis zu Bemessungsgrenze bei 12,64 % um erst bei höheren Einkommen sukzessive abzunehmen.

Für Alleinstehende bzw. Alleinerziehende mit Durchschnitts- und hohem Einkommen würden sich bei einer Finanzierung durch pro-Kopf-Beiträge deutliche Entlastungen ergeben. Für Verheiratete würde sich erst ab einem Bruttomonatseinkommen von ca. 3000 EURO durch die Erhebung von Kopfprämien eine finanzielle Besserstellung gegenüber einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung ergeben. Insbesondere verheiratete Geringverdiener würden hingegen durch pro-Kopf-Beiträge belastet,

wobei die Kopfprämien z.B bei einem Bruttoeinkommen von etwa 500 EURO über 75% des Bruttomonatseinkommens betragen können.

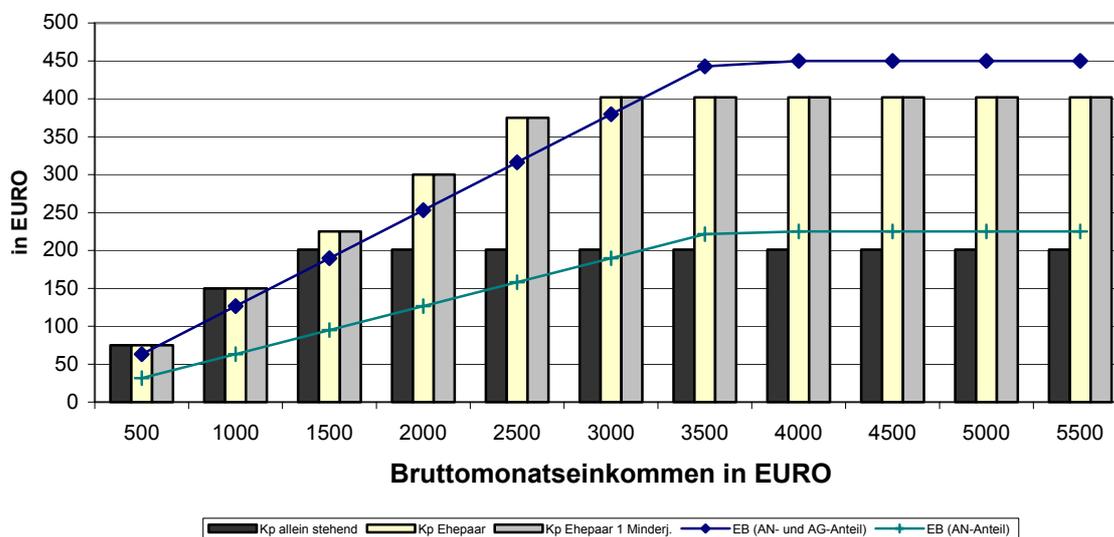
3.3.2.1.2 Prämienhöhe mit Prämiensubvention

Da die Höhe der Prämien in einem Kopfpauschalensystem ohne Prämiensubvention – wie die obigen Beispiele zeigen – für viele Alleinstehende bzw. Familien zu unzumutbaren Belastungen führen würde, werden von Verfechtern von Kopfpauschalen Maßnahmen vorgeschlagen, den durch Kopfpauschalen entfallenden Teil der impliziten vertikalen Umverteilung der derzeitigen GKV-Beiträge durch explizite Transfers zu ersetzen. Wie dies die Ergebnisse verändert, soll im Folgenden anhand einer Begrenzung der Kopfprämien auf 15 % des Bruttomonatseinkommens (inkl. gezahlter Arbeitgeberbeiträge) – wie von verschiedenen Befürwortern von Kopfpauschalen vorgeschlagen – analysiert werden.

Abbildung 12 zeigt, dass Alleinstehende bzw. Alleinerziehende schon ab einem Haushaltsbruttoeinkommen von ca. 1500 EURO von einem Kopfprämiensystem profitieren würden. Sie benötigen dann auch keine Prämiensubvention, da ihre Kopfprämien unter der Zahllast einkommensbezogener GKV-Beiträge (AN- und AG-Anteil) liegen. Für Alleinverdiener bzw. Alleinerziehende in den unteren Einkommensschichten wird hingegen durch die Prämiensubvention eine deutliche Absenkung der Kopfpauschalen erreicht. Verheiratete profitieren allerdings insofern mehr als Alleinstehende bzw. Alleinerziehende von einer Kopfprämiensubvention, als sich bei ihnen die Entlastungswirkungen bis weit in mittlere Einkommensbereiche erstrecken. Auf die erforderlichen Subventionsbeträge wird in Abschnitt 3.4 eingegangen.

Es wird deutlich, dass die Prämiensubventionierung bei entsprechender Ausgestaltung im unteren Einkommensbereich die Situation in etwa beim derzeitigen Stand (mit einkommensproportionalen Beiträgen) belassen würde. Die Bezieher höherer Einkommen – bei Alleinstehenden und Alleinerziehenden auch mittlerer Einkommen – würden aber deutlich entlastet, es sei denn man würde sie wie etwa von Knappe vorgesehen durch hohe Steuern zusätzlich belasten (vgl. dazu 3.4 unten).

Abbildung 12: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Alleinstehende, Alleinerziehende sowie Alleinverdienerhepaare und subventionierte Kopfprämien (Kp) nach Familienstand und Bruttoeinkommen, Angaben in EURO

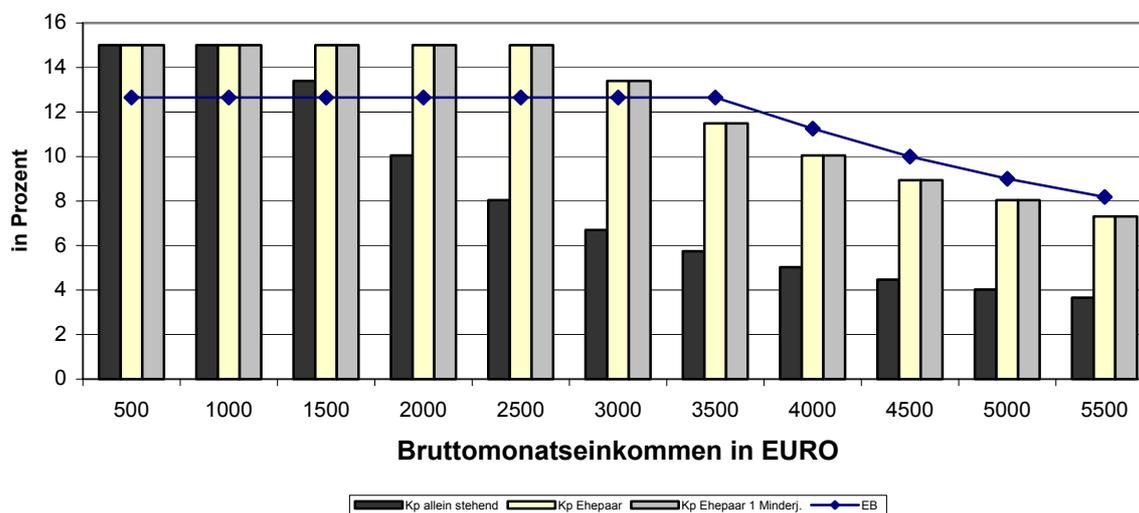


Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Wie Abbildung 13 zeigt, liegt der Anteil der Kopfprämienbelastung am Bruttomonatseinkommen von Alleinstehenden bzw. Alleinerziehenden für die beiden untersten Einkommensbereiche bei 15 %. Dies liegt an der Festlegung der 15%igen Belastungsgrenze, durch die a priori höhere Anteile der Kopfprämienbelastung am Bruttomonatseinkommen auf 15 % „heruntersubventioniert“ werden. Nimmt man an, dass die Belastungsgrenze bei einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfpauschalen in Höhe des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes festgesetzt wird, würden sich bei Alleinstehenden bzw. Alleinerziehenden für die unteren Einkommensbereiche keine zusätzlichen Belastungen ergeben. Ihre Kopfprämien würden durch die Prämienverbilligung die gleiche Höhe wie bei einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung aufweisen.²⁰

²⁰ Die Abweichung in den Berechnungen von 1,5 % ergibt sich aus der Differenz der Belastungsgrenze von 15 % des Bruttomonatseinkommens bei der Erhebung von pro-Kopf-Beiträgen und des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes im Jahr 2001 von 13,5 % des Bruttomonatseinkommens.

Abbildung 13: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Alleinstehende, Alleinerziehende sowie Alleinverdienerhepaare und subventionierte Kopfprämien (Kp) in Prozent des Bruttoeinkommens nach Familienstand und Bruttoeinkommen, Angaben in Prozent



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Für alle anderen Einkommensbereiche müssten keine Subventionen des pro-Kopf-Beitrags erfolgen, würde doch die Kopfprämienbelastung von Alleinstehenden bzw. Alleinerziehenden auch ohne Prämienverbilligung unter den einkommensbezogenen GKV-Beiträgen liegen. Dieser Effekt würde sich mit zunehmendem Einkommen sogar noch verstärken.

Für Verheiratete würden sich durch die Festlegung der Belastungsgrenze in den unteren und mittleren Einkommen zum Teil deutliche Prämienreduktionen gegenüber einem reinen Kopfpauschalenmodell ergeben. Dadurch wäre bei diesen Einkommensbereichen die Belastung durch subventionierte Kopfprämien analog zu einkommensbezogenen GKV-Beiträgen. Lediglich bei hohen Einkommen würden Verheiratete von Kopfpauschalen profitieren. Da aber bei diesen Einkommensbereichen bei einer GKV-Finanzierung durch einkommensbezogene Beiträge die prozentuale Entlastungswirkung der Beitragsbemessungsgrenze wirksam wird, ist der finanzielle Vorteil einer Kopfprämienfinanzierung nicht allzu groß. Insgesamt zeigt sich, dass für das unterstellte Kopfpauschalenmodell Alleinstehende bzw. Alleinerziehende mehr als Einverdienerhepaare von einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf pro-Kopf-Beiträge profitieren würden.

3.3.2.2 Auswirkungen auf Zweiverdienerfamilien

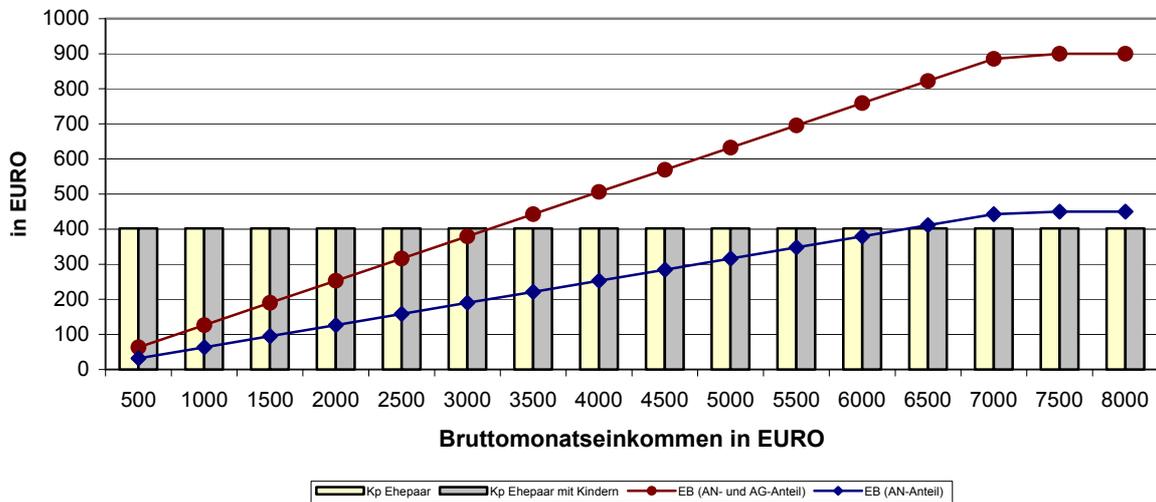
Die Erhebung einkommensbezogener GKV-Beiträge führt im Vergleich zum Einverdiener Ehepaar für einen Zweiverdienerhaushalt insofern zu einem Anstieg der Beiträge zur GKV, als es vorkommen kann, dass ein Zweiverdiener Ehepaar bei gleichem (gemeinsamen) Einkommen höhere Beiträge zahlt als ein Einverdiener Ehepaar. In einem Kopfpauschalmodell mit beitragsfreier Versicherung von Minderjährigen hat hingegen eine Verdoppelung der Zahl der Einkommensbezieher keinen Einfluss auf die Prämienhöhe, da auch für einen nicht-erwerbstätigen Erwachsenen Beiträge anfallen. Nachfolgend werden für einen Zweiverdienerhaushalt die Belastungswirkungen einkommensbezogener GKV-Beiträge im Vergleich zu Kopfprämien aufgezeigt. Die Kinderzahl hat, wie bereits wiederholt betont, keinen Einfluss auf die Bewertung der Vorteilhaftigkeit dieses Kopfprämien systems im Vergleich zu einkommensbezogenen Beiträgen.

3.3.2.2.1 Prämienhöhe ohne Prämien subvention

Wie im Falle der Alleinstehenden bzw. Alleinerziehenden und Einverdiener Ehepaaren mit zwei Erwachsenen ergeben sich auch bei Zweiverdiener Ehepaaren ab einer Einkommenshöhe von etwa 3000 EURO Entlastungen, bei Einkommen darunter zusätzliche Belastungen (vgl. Abb. 14). Im Unterschied zu den Alleinverdiener Ehepaaren kann diese Entlastung allerdings bei Einkommen über der einfachen Beitragsbemessungsgrenze höher ausfallen.

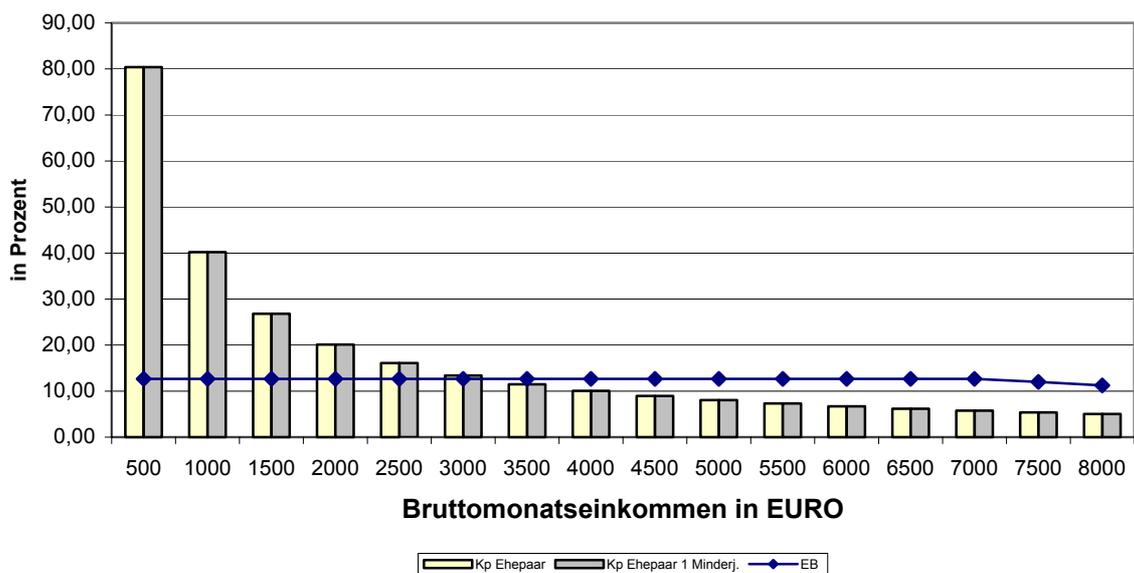
In Abbildung 14 ist der „Extremfall“ dargestellt, in dem bei Einkommen über der einfachen Bemessungsgrenze unterstellt wird dass beide Ehepartner individuell Einkommen bis maximal zur Beitragsbemessungsgrenze erzielen; Würde ein Partner Einkommen an oder über der Beitragsbemessungsgrenze erzielen, der andere nicht, so wäre die Beitragsbelastung entsprechend niedriger als in Abbildung 14 ausgewiesen.

Abbildung 14: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Zweiverdienerpaare und Kopfprämien (Kp) mit prämienvfreier Versicherung Minderjähriger nach Familienstand und Bruttomonatseinkommen im Jahr 2001, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Abbildung 15: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Zweiverdienerehepaare und Kopfprämien (Kp) mit prämienvfreier Versicherung Minderjähriger in Prozent des Bruttoeinkommens nach Familienstand und Bruttomonatseinkommen im Jahr 2001, Angaben in Prozent



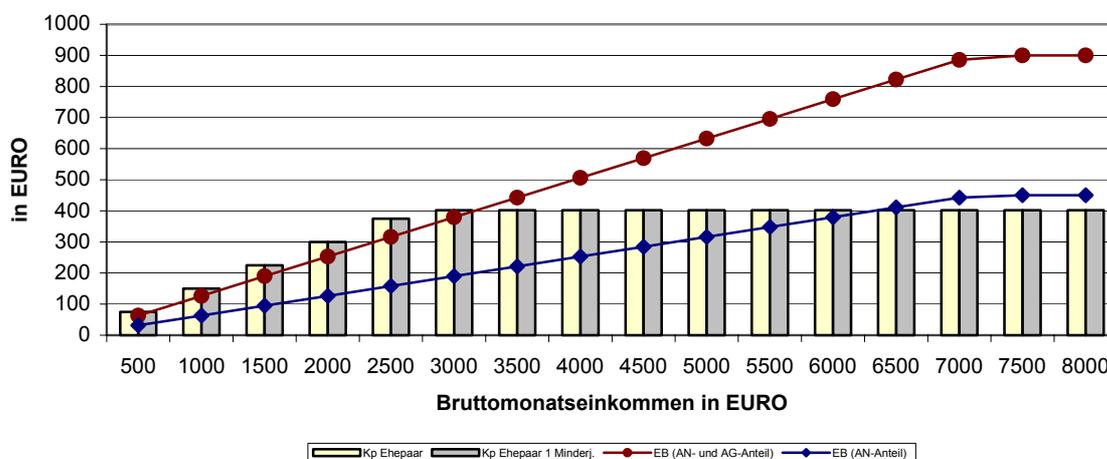
Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Die prozentuale Belastung der Einkommen durch einkommensproportionale Beiträge und Kopfprämien werden in Abbildung 15 dargestellt. Es wird deutlich, dass in einer Zweiverdienerfamilie der prozentuale Anteil der Kopfprämien am Bruttomonatseinkommen in den untersten Einkommen höher als der Anteil einkommensbezogener Beiträge liegt. Gegenüber einer Einverdienerfamilie ist die prozentuale Belastung aus Kopfprämien nur halb so hoch. Trotzdem würde in einem Kopfpauschalensystem die Prämienbelastung eines Zweiverdienerhaushalts für die niedrigsten Einkommen immer noch knapp 30 % des Bruttoeinkommens betragen.

3.3.2.2 Prämienhöhe mit Prämiensubvention

Da die aus einem Kopfpauschalensystem resultierenden Prämienbelastungen für Zweiverdienerfamilien mit geringem Einkommen über der aktuellen Beitragslast liegen würden, ist es sozialpolitisch notwendig, die anfallenden Kopfprämien zu subventionieren. Deshalb werden im Folgenden, wie schon bei der Analyse der Einverdiener, die Auswirkungen einer Begrenzung der Prämienhöhe auf 15 % des Bruttomonatseinkommens untersucht. Wie Abbildung 16 zeigt, wären die unteren Einkommensbereiche Nutznießer einer Prämiensubvention von Zweiverdienerfamilien, da deren Prämienbelastung nun deutlich sinkt. Für die anderen Einkommensbereiche wird die Subvention nicht wirksam, da ihre Prämienbelastung schon ohne Subvention teils weit unter 15 % des Bruttomonatseinkommens liegt.

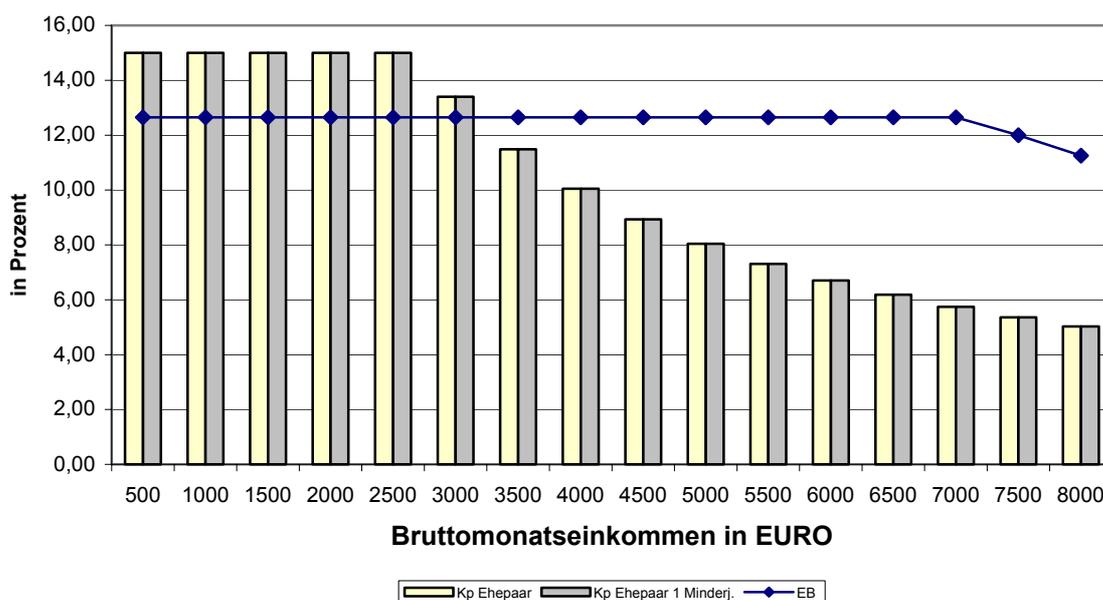
Abbildung 16: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Zweiverdiener und subventionierte Kopfprämien (Kp) mit prämiensfreier Versicherung Minderjähriger nach Familienstand und Bruttomonatseinkommen, Angaben in EURO



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

Aus Abbildung 17 geht hervor, dass der Anteil der Kopfprämienbelastung einer Zweiverdienerfamilie in den unteren Einkommensbereichen auf 15 % „heruntersubventioniert“ wurde. Unter der Annahme, dass die Belastungsgrenze bei einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfpauschalen in Höhe des durchschnittlichen GKV-Beitragsatzes festgesetzt würde, ergäben sich bei Zweiverdienern für die beiden unteren Einkommensbereiche keine zusätzlichen Belastungen. Ihre Kopfprämien würden durch die Prämienverbilligung etwa die gleiche Höhe wie bei einer einkommensbezogenen GKV-Finanzierung haben.²¹ Für alle anderen Einkommensbereiche würde keine Subvention des pro-Kopf-Beitrags erfolgen, jedoch würde die Kopfprämienbelastung von Zweiverdienern auch ohne Prämien subvention unter einem einkommensbezogenen GKV-Beitrag liegen. Mit steigendem Einkommen würde sich dieser Effekt sogar noch verstärken.

Abbildung 17: Einkommensbezogene GKV-Beiträge (EB) für Zweiverdiener und subventionierte Kopfprämien (Kp) in Prozent des Bruttoeinkommens nach Familienstand und Bruttomonatseinkommen, Angaben in Prozent



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis BMG (2001)

²¹ Die Abweichung in den Berechnungen von 1,5 % ergibt sich aus der Differenz der Belastungsgrenze von 15 % des Bruttomonatseinkommens bei der Erhebung von pro-Kopf-Beiträgen und des durchschnittlichen GKV-Beitragsatzes im Jahr 2001 von 13,5 % des Bruttomonatseinkommens.

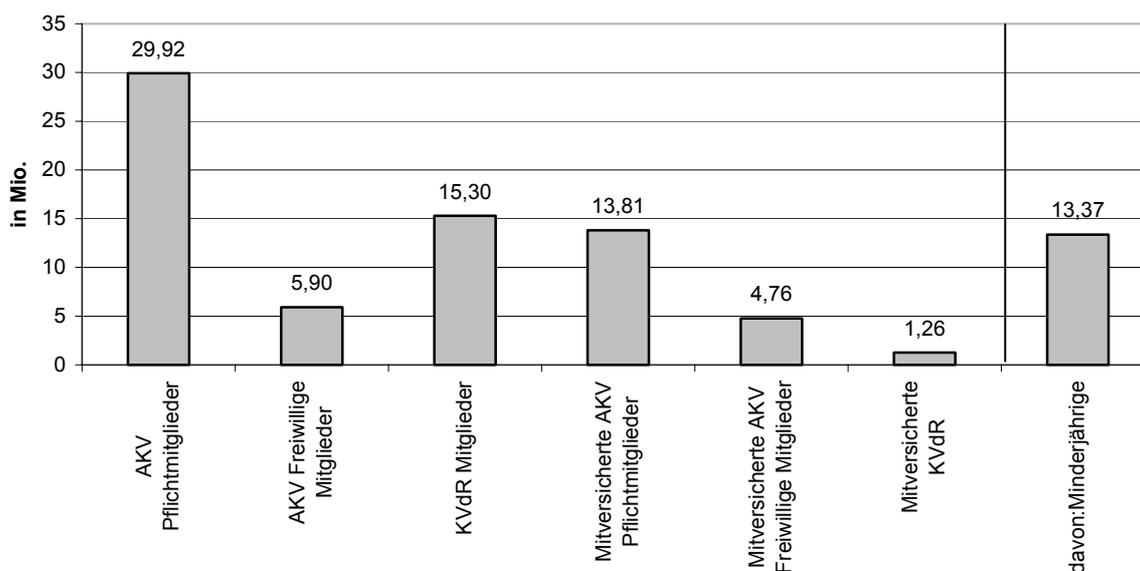
3.4 Betroffene Versichertengruppen und das Steuertransfersystem

3.4.1 Verteilung der versicherten Gruppen auf Einkommensklassen

Inwieweit eine Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien eine Verschlechterung der Einkommenslage zur Folge hätte bzw. eine Prämiensubvention erfordern würde, hängt – wie oben dargestellt – von der Höhe des Einkommens und der Haushaltsgröße und -zusammensetzung ab. Um zu beurteilen, welche Gruppen zahlenmäßig ins Gewicht fallen, bedarf es der Informationen über die Verteilung der Einkommen. Die Relevanz der Be- und Entlastungswirkungen der vorgestellten Kopfpauschalenmodelle für die GKV insgesamt und für den Subventionsbedarf wird auf der Basis dreier Datenquellen verdeutlicht:

- (a) Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998 (EVS 1998) enthält Informationen über die Haushaltseinkommensdaten.
- (b) Die GKV-Daten enthalten die Informationen über Versicherungsstatus, Alter- und Geschlechtsstruktur der GKV-Versicherten und
- (c) anhand der Versicherten- und Rentnerdaten der gesetzlichen Rentenversicherung kann die Verteilung der Entgelt- und Rentendaten dargestellt werden.

Abbildung 18: Verteilung der GKV-Versichertengruppen im Jahr 2001, Angaben absolut in Mio.

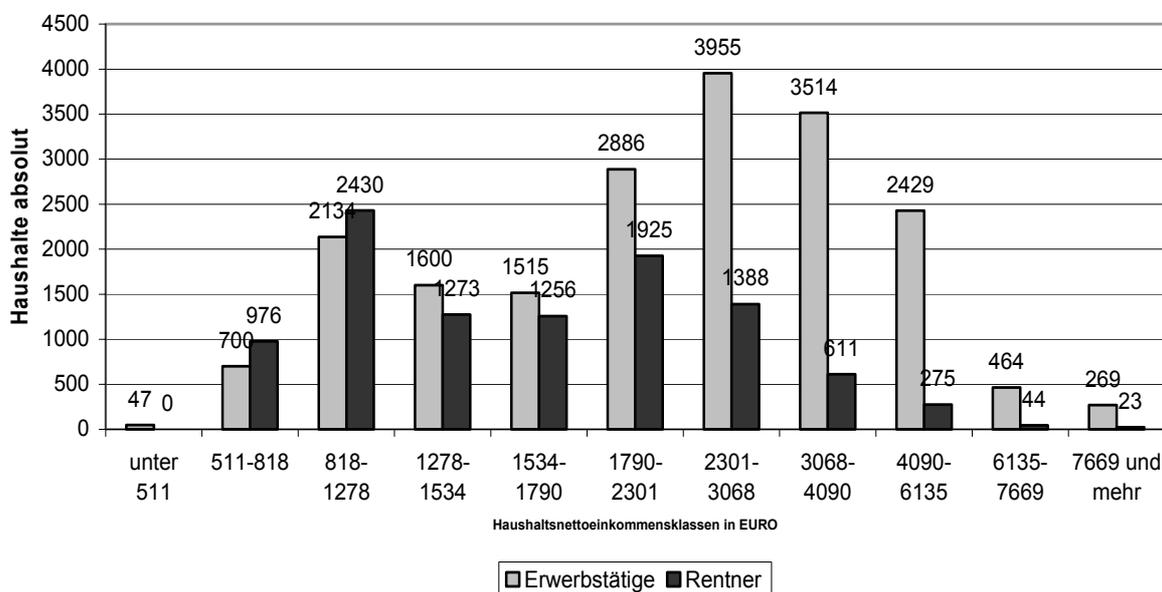


Quelle: BMG (2001)

Abbildung 18 zeigt auf der Basis der GKV-Daten, dass die AKV im Jahr 2001 29,92 Mio. Pflicht- und 5,90 Mio. Freiwillige Mitglieder umfasste. Von den AKV Pflichtmitgliedern waren 13,81 Mio. mitversichert, wohingegen die Zahl der Mitversicherten bei den freiwilligen AKV Mitgliedern bei 4,76 Mio. lag. In der KVdR lag die Zahl der Mitglieder bei 15,30 Mio., die Zahl der Mitversicherten lag hingegen lediglich bei 1,26 Mio.. 13,37 Mio. GKV-Versicherte waren im Jahr 2001 minderjährig.

Wie aus Abbildung 19 auf Basis der EVS-Daten²² hervorgeht, findet sich die Mehrzahl der Rentnerhaushalte in den unteren und mittleren Einkommensklassen. Dabei dürfte die starke Häufung in der Nettoeinkommensklasse von 818-1278 EURO (d.s. 1600-2500 DM) tendenziell sehr viele Haushalte von Rentnerinnen umfassen, wohingegen die zweite starke Häufung in der Einkommensklasse von 1790-2301 EURO (d.s. 3500-4500 DM) sehr viele Rentnerhaushalte bzw. vor allem auch Rentnerhepaare betreffen dürfte. Da Renten vergleichsweise selten bzw. gering durch Einkommensteuer und somit hauptsächlich nur durch Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung belastet werden, weichen die Nettoeinkommensklassen nur wenig von den Bruttoeinkommensklassen ab.

Abbildung 19: ArbeiterInnen- und Angestellten- sowie RentnerInnenhaushalte nach Haushaltsnettoeinkommensklassen im Jahr 1998, Angaben absolut



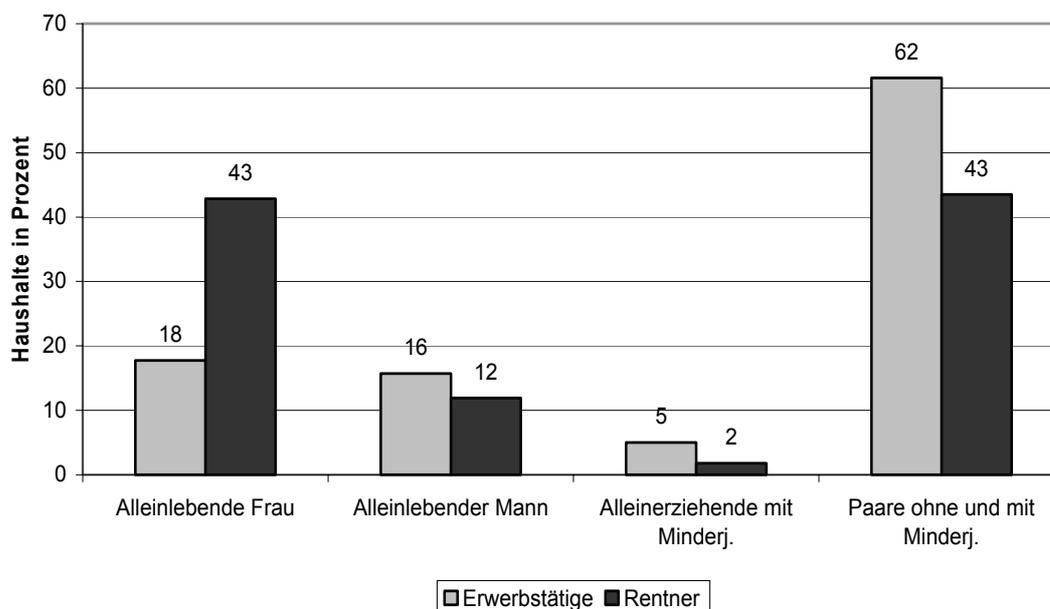
Quelle: EVS 1998, Statistisches Bundesamt (2001)

²² Die Autoren danken dem Statistischen Bundesamt für die Bereitstellung dieser noch nicht veröffentlichten Daten.

Die ArbeiterInnen- und Angestelltenhaushalte finden sich gegenüber den Rentnerhaushalten vermehrt in höheren Einkommensklassen. Dies ist auch nicht verwunderlich, da ArbeiterInnen und Angestellte, ignoriert man die Anzahl der Haushaltsmitglieder, in der Regel deutlich bessere Einkommensverhältnisse als Rentner aufweisen. Die Umstellung auf eine Kopfpauschalfinanzierung, die besonders Personen in unteren Einkommensschichten benachteiligt,²³ würde deshalb RentnerInnen besonders stark treffen. Die Einkommensangaben in dieser Darstellung beziehen sich auf alle Einkommensquellen.

In Bezug auf den Familientyp weisen ArbeiterInnen- und Angestellten- bzw. Rentnerhaushalte unterschiedliche Muster auf, wie Abbildung 20 zeigt.

Abbildung 20: ArbeiterInnen-/Angestellten- und Rentnerhaushalte nach Familientyp im Jahr 1998, Angaben in Prozent



Quelle: EVS 1998, Statistisches Bundesamt (2001)

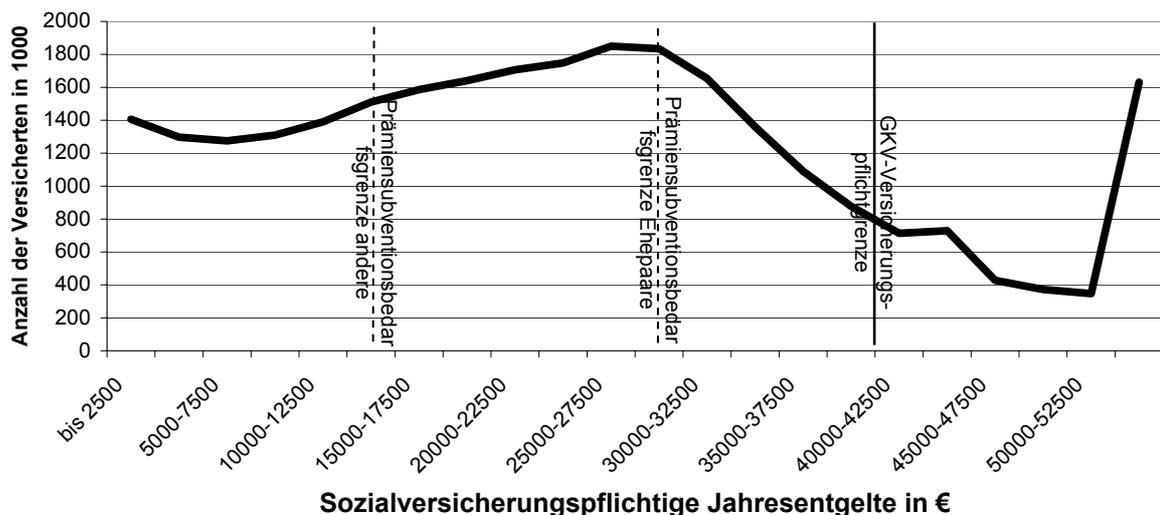
Nur 18 % der Arbeiter und Angestellten sind alleinstehende Frauen, wohingegen dieser Familientyp bei den Rentnern mit 43 % deutlich stärker vertreten ist. Vergleichsweise wenige Haushalte – 16 % der Arbeiter und Angestellten und nur 12 % der Rentner – bestehen aus alleinstehenden Männern. Der Anteil von Alleinerziehenden an den ArbeiterInnen und Angestellten liegt bei 5 %. Bei RentnerInnen beträgt dieser Anteil sogar nur 2 %. Der ganz überwiegende Anteil – 62 % der ArbeiterInnen und

²³ Personen in unteren Einkommensschichten werden durch die Prämiensubvention zwar nicht direkt benachteiligt, da Personen in höheren Einkommensschichten aber durch pro-Kopf-Beiträge entlastet werden, ergibt sich trotzdem eine Umverteilung von unten nach oben.

Angestellten und 43 % der Rentner – leben mit einem Partner zusammen. Alleinstehende bzw. alleinerziehende ArbeiterInnen und Angestellte würden vom dargestellten Kopfprämienmodell eher profitieren als alleinstehende bzw. alleinerziehende Rentner, da bei Rentnern vor allem der Anteil an alleinstehenden Frauen, die im Allgemeinen niedrige Renten erhalten, überproportional hoch ist. Unter den Ehepaaren würden ebenfalls die ArbeiterInnen und Angestellten weitaus eher als Rentner von pro-Kopf-Prämien profitieren, da sie in der Regel höhere Einkommen aufweisen. Außerdem ist die Zahl der Rentnerehepaare geringer als die der Arbeitnehmerhepaare.

Relativ genaue Angaben stehen über die Einkommensschichtung der sozialversicherungspflichtigen Einkommen und der Renteneinkommen zur Verfügung. In Abbildung 21 wird die Schichtung der Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem sozialversicherungspflichtigen Entgelt dargestellt. Bei 40.000 EURO Jahresentgelt ist die Versicherungspflichtgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung als vertikale Linie markiert. Links von dieser Geraden fällt die Zahl der Rentenversicherten mit der Zahl der GKV-Pflichtversicherten zusammen. Nur ein Teil der Rentenversicherten mit Einkommen über diesem Niveau – 2,8 Mio. – sind auch freiwillig in der GKV versichert. Die hohe Besetzung in der Einkommensklasse 52.500 und mehr umfasst alle Versicherten mit Einkommen an und über der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung.

Abbildung 21: Versicherte nach sozialversicherungspflichtigem Jahresentgelt in Deutschland im Jahr 2001, Anzahl der Personen



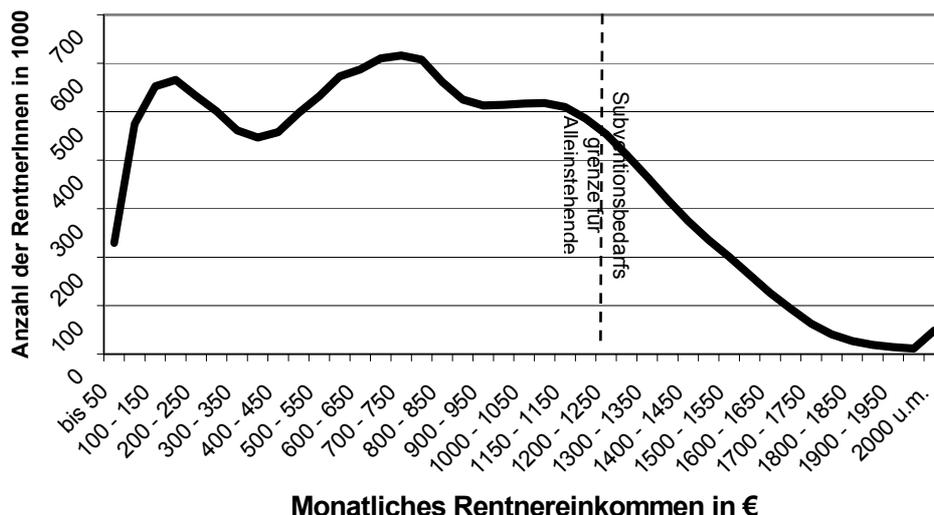
Quelle: Eigene Darstellung nach VDR (2003)

Die Versicherten mit einem Jahreineinkommen von mehr als 30.000 EURO bei Alleinverdienerehepaaren und etwa 15.000 EURO bei den anderen Versicherten würden ihre Einkommensposition durch Kopfpauschalen verbessern. Bis zu diesen Einkommensniveaus entsteht zugleich durch die Umstellung ein – mit steigendem Einkommen sinkender – Bedarf an Prämiensubventionierung.

Die Einkommensverteilung zeigt, dass die Einkommensklassen bis zur Obergrenze des Prämiensubventionsbedarfs der Alleinverdienerehepaare vergleichsweise dicht besetzt sind. Auch die unteren Einkommensgruppen sind relativ dicht besetzt, in denen auch Alleinstehende, Alleinerziehende und einzelne Ehepartner in Zweiverdienerfamilien eventuell eine Subvention für ihre Kopfpauschalen benötigen. Allerdings finden sich unter den letzteren auch Frauen, deren Ehemänner höhere Einkommen beziehen, so dass für sie keine Prämiensubventionierung erforderlich ist, wenn diese in Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen bezahlt wird.

Auch bei den Rentnern und Rentnerinnen ist eine erhebliche Streubreite der Renteneinkommen zu beobachten (vgl. Abbildung 22). Bei den häufig auftretenden Renten im unteren Einkommensbereich handelt es sich zu einem erheblichen Teil um Versichertenrenten von verheirateten Frauen, die auf kurze Erwerbszeiten und/oder überwiegend auf Kindererziehungszeiten beruhen. Bei diesen Frauen verfügt der Ehemann häufig über eine wesentlich höhere Rente, so dass für das Ehepaar insgesamt mitunter kein oder allenfalls ein geringer Prämiensubventionsbedarf besteht.

Abbildung 22: Rentner und Rentnerinnen nach Rentenhöhe in Deutschland im Jahr 2001, Anzahl der Personen



Quelle: Eigene Darstellung nach VDR (2002)

Im mittleren Einkommensbereich sind häufig Frauen, die ausschließlich eine etwas höhere Rente beziehen, zu finden, sei es nur eine Witwenrenten oder nur eine Versichertenrente. Im oberen Bereich finden sich verstärkt die Rentner oder die Frauen mit zwei zusammentreffenden Renten – einer Witwenrente und einer eigenen Versichertenrente.

Wenn von den Renten im angegebenen Bereich bis zu 2000 EURO ein Ehepaar ohne zweiten Rentenbezieher die Kopfpauschalen bezahlen muss, so übersteigt der anfallende Betrag in jedem Fall die Prämiensubventionsbedarfsgrenze. Nur wenn eine Person alleine von der Rente leben muss, liegt diese Grenze bei etwa 1200 EURO, so dass solche Personen ohne Renten über diesem Betrag ohne Subventionierung zurecht kämen. Dennoch wird deutlich, dass der ganz überwiegende Teil der Rentner und Rentnerinnen auf eine Subventionierung ihrer Renten angewiesen wären – es sei denn es wäre möglich auf einfache Art routinemäßig weitere Einkommen zu erfassen und bei der Feststellung des Prämiensubventionsbedarfs zu berücksichtigen. Wie die oben dargestellte Einkommenschichtung der Rentnerhaushalte auf Basis der EVS zeigt, ist davon auszugehen, dass für einen gewissen Teil der Rentnerhaushalte auch andere Einkommen vorliegen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass in Abbildung 19 über nicht die Einkommen von Einzelpersonen sondern von Haushalten ausgewiesen werden.

3.4.2 Prämiensubventionsbedarf und zusätzliches Steueraufkommen

Da alle Kopfprämienmodelle zur Vermeidung sozialer Härten Ausgleichszahlungen über den Steuertransfermechanismus beinhalten, ist gerade die Höhe dieser Zahlungen und ihre Gegenfinanzierung vor dem Hintergrund knapper Kassen bei den öffentlichen Haushalten relevant. Grundlegend ist die Höhe der Steuertransferzahlungen von der Ausgestaltung der Kopfprämienmodelle abhängig, d.h. je mehr systemimmanente Umverteilungselemente im jeweiligen Kopfprämienmodell enthalten sind, desto niedriger fällt das notwendige Steuertransfervolumen aus. Die versteckte Norm solcher Modellausgestaltungen hat darüber hinaus aber auch weitere Konsequenzen für die konkrete Ausgestaltung der Subventionen.

Die Ausgestaltung der Prämiensubvention wird (a) je nach den zu berücksichtigenden Einkommensarten, (b) eventuell zu berücksichtigenden Freigrenzen sowie (c) den zu berücksichtigenden Bezugspersonen variieren, auch wenn man die maximale Belastungsgrenze – etwa auf 15 % – festlegt.

Da schon die Besteuerung von Kapitalerträgen nach wie vor ungewiss ist und in der Regel eine hohe Untererfassung in Kauf genommen werden muss, kommen als Bemessungsgrundlage einer Prämienbelastungsgrenze sowohl aus praktischen

Überlegungen als auch aus Gerechtigkeitsgründen nur Lohn- bzw. Lohnersatzleistungen in Frage²⁴.

Als nächstes stellt sich jedoch auch die Frage, ob das Haushaltseinkommen bzw. das Einkommen eines Ehepaares einfach erfasst werden kann und eine praktikable Bemessungsgrundlage darstellt, oder ob nicht de facto auf das individuelle sozialversicherungspflichtige Einkommen der Haushaltsmitglieder abgestellt werden muss. Davon hängt ab, ob eine prozentuale Obergrenze der Belastung auf das Gesamteinkommen eines einzelnen Einkommensbeziehers, eines Ehepaares oder gar eines (Familien-)Haushalts bezogen werden muss.

Erwachsene Kinder mit eigenem Einkommen, die noch im gemeinsamen Haushalt mit ihren Eltern leben, sind wohl eher getrennt von ihren Eltern zu berücksichtigen. Allerdings stellt sich außerdem die Frage, wie Kinder in Ausbildung zu behandeln sind. Könnte die Kindergeldberechtigung als Anspruchskriterium für die Prämiensubvention – eventuell auch für die beitragsfreie Versicherung – herangezogen werden? Ebenso denkbar wäre es, den notwendigen Unterhalt weiterer prämiensfrei versicherter Haushaltsmitglieder – im hier behandelten Modell 3 etwa für minderjährige Kinder – von der Einkommensbezugsbasis abzuziehen. Das würde bedeuten, dass für die Festlegung der 15-prozentigen Obergrenze bei Familien mit Kindern etwa ein Betrag in Höhe des steuerlichen Freibetrags für Kinder vom Einkommen oder Lohneinkommen der Eltern abgezogen werden müsste, ehe die Belastungsgrenze und der resultierende Subventionsbedarf bestimmt wird. Alternativ ließe sich – analog zur Festlegung der Einkommensgrenzen bei Härtefällen – die prozentuale Höchstbelastung der Einkommen bei Familien mit Kindern gegenüber solchen ohne Kinder reduzieren.

Diese Beispiele sollen verdeutlichen, dass es gute Gründe gibt, den Subventionsbedarf durchaus unterschiedlich zu bemessen. In der Praxis müsste jedoch auf eine einfach handhabbare Form, für die die erforderlichen Daten leicht, regelmäßig und prompt zur Verfügung stehen, zurückgegriffen werden. Diese Bedingung schränkt die Möglichkeiten erheblich ein: Schnell und laufend werden die beitragspflichtigen Einkommen einzelner Beschäftigter und die für den Lohnsteuerabzug erforderlichen Daten durch den Arbeitgeber erfasst. Z. Z. verfügen die Krankenkassen über die Informationen über beitragspflichtige Einkommen der Mitglieder und über die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen. Für alleinstehende und alleinerziehende Erwerbstätige sowie Alleinverdienerhepaare wären damit die nötigen Einkommen wie

²⁴ Eine solche Eingrenzung erfolgt auch bei anderen Berücksichtigung von Einkommen im Sozialrecht. So werden bei der Bestimmung des Zahlbetrags der Witwen- und Witwerrente aufgrund der Praktikabilität auch nur die Lohn- und Lohnersatzleistungen, nicht aber die Kapitaleinkommen angerechnet.

auch Informationen über die durch Kinder bedingten Mehrbelastungen erfasst. Wie sind aber private Unterhaltsleistungen für Kinder Geschiedener zu behandeln?

Bei Zweiverdienerehepaaren sieht die Situation ungünstiger aus. Der Haushalts- oder Ehebezug ist allenfalls über die Lohnsteuerinformationen verfügbar (für Ehepaare Lohnsteuerklasse IV-IV oder III-V sowie die in der Lohnsteuer berücksichtigten Kinder). Bei Lohnsteuerklasse IV und V besteht ein klarer Hinweis auf eigene Lohn-einkommen der Ehepartnerin oder des Ehepartners. Bei Lohnsteuerklasse V besteht außerdem ein Anhaltspunkt, dass auch bei niedrigem Erwerbseinkommen eventuell kein Prämiensubventionsbedarf besteht, weil der andere Ehepartner (mit Lohnsteuerklasse III) vermutlich ein höheres Einkommen bezieht. Besteht bereits bei Lohnsteuerklasse IV aufgrund der individuellen Einkommenshöhe ein Anspruch auf Prämiensubvention, so besteht die Vermutung, dass dieser auch bei einer Berücksichtigung des Einkommens des Ehepartners in etwa bestehen bliebe, weil davon auszugehen ist, dass das Einkommen des anderen Ehepartners nicht sehr viel höher ist.

Um eine einfache und prompte Handhabung zu gewährleisten, könnte also die unstrittige bzw. die minimale Prämiensubvention durch den Arbeitgeber mit dem Lohn ausgezahlt werden und mit der Lohnsteuer gleich verrechnet werden. Wer auf diesem Wege nicht erfassbar ist, müsste einen gesonderten Antrag stellen. Nach entsprechender Vorlage einer Bestätigung durch die Kasse oder das Finanzamt (etwa Eintragung in die Lohnsteuerkarte) könnte die Auszahlung über den Arbeitgeber abgewickelt werden.

Für die RentnerInnen entstehen ähnliche Probleme. Es wäre denkbar – bei entsprechender Ausgestaltung der Regelungen über die Weitergabe von Einkommensdaten anderer öffentlicher Haushalte an eine Stelle, etwa die gesetzliche Krankenversicherung oder die gesetzliche Rentenversicherung – gewisse andere öffentliche Renten für die maximale Einkommensbelastung zu berücksichtigen, ähnlich wie dies nach geltendem Recht für die Beitragsbelastung dieser Einkommen gilt. Wenn dies bei der gesetzlichen Rentenversicherung geschieht, so könnte mit der Rente die Subvention – im Auftragswege – ausbezahlt werden. Problematisch erweist sich jedoch die Berücksichtigung des Haushaltseinkommens bei jenen Rentnerinnen, deren Ehemann noch lebt und die selbst jedoch nur eine geringe Rente beziehen. Eventuell wäre denkbar, dass Rentner grundsätzlich einen Antrag auf Prämiensubvention stellen müssen und auf der Basis eines entsprechenden Bescheids diese Leistung mit der Rente ausbezahlt erhalten.

Vor dem Hintergrund dieser Problematik wurde versucht, den erforderlichen Prämiensubventionsbedarf für das Modell 3 (Prämienfreiheit der Kinder) grob abzuschätzen. Da die verlässlichsten (individuellen) Arbeitsentgeltdaten die der Sozial-

versicherungen sind und wir davon ausgehen, dass aus praktischen Gründen auf diese abgestellt werden muss, baut die Schätzung auf Daten der gesetzlichen Rentenversicherung, nämlich die Einkommensschichtung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (VDR 2003) und der Rentner (VDR 2002) sowie die Versicherten-zahlen der gesetzlichen Krankenversicherung auf.

Da jedoch die Befürworter von Kopfpauschalen eine Prämiensubvention auf Basis des Haushaltseinkommens vorschlagen, wurde bei der Bestimmung des Subventionsbedarfs ebenfalls versucht auf diese Bezugsgröße abzustellen. D.h. für die Bezieherinnen niedriger Arbeitsentgelte und niedriger Versichertenrenten (ohne Witwenrente) wurde unterstellt, dass sie zum Teil keinen Anspruch auf Subventionen haben, weil davon auszugehen ist, dass sie mit einem Ehemann mit Einkommen über der Subventionsbedarfsgrenze im gemeinsamen Haushalt leben.

Auf Basis der Daten der Renten- und Krankenversicherung konnte für das vorgestellte Kopfprämienmodell einer prämienfreien Mitversicherung von Minderjährigen bei einer unterstellten Prämienbelastungsgrenze in Höhe von 15% des Haushaltsbruttoerwerbseinkommens bzw. der Bruttorenten ein jährliches Steuertransfervolumen in Höhe von insgesamt etwa 29 Mrd. EURO geschätzt werden. In der AKV beträgt der Subventionsbetrag 13 Mrd. EURO, in der KVdR aufgrund der doch teilweise niedrigen Renten hingegen 16 Mrd. EURO.

Wie schon aus den Verteilungen der sozialversicherungspflichtigen Einkommen und der Rentnereinkommen deutlich wurde, verteilt sich dieser Subventionsbedarf auf eine erhebliche Zahl von Empfängern und Empfängerinnen: Die ganz überwiegende Zahl der Rentner und Rentnerinnen – etwa 13 Mio. der insgesamt 16,5 Mio. KVdR Mitglieder und etwa 26 Mio. der insgesamt 36 Mio. AKV-Mitglieder wären auf Prämiensubventionen angewiesen, wobei der durchschnittliche Subventionsbedarf bei den KVdR-Mitgliedern fast doppelt so hoch wäre wie bei den AKV-Mitgliedern.

Die Proponenten der Kopfpauschalenmodelle gehen zum Teil davon aus, dass der Prämiensubventionsbedarf mindestens teilweise über die Besteuerung des GKV-Arbeitgeberbeitrags finanziert werden könnte. Diese zusätzliche Besteuerung müsste sich allerdings auch auf die anderen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten beziehen, die z. Z. einen Zuschuss des Arbeitgebers zur privaten Krankenversicherung erhalten. Geht man von einem variablen, mit dem Einkommen steigenden Grenzsteuersatz von bis zu 40% aus, so würde sich dadurch schätzungsweise ein Mehraufkommen der Einkommensteuer in Höhe von etwa 12 bis 14 Mrd. EURO ergeben.

Diese Ergebnisse zeigen, dass selbst bei einer Gegenfinanzierung durch einen steuerpflichtig ausgezahlten Arbeitgeberanteil eine Deckungslücke von ca. 15 bis 17 Mrd. EURO für die öffentlichen Haushalte bestehen bleibt.

4 Das Schweizer Modell der Kopfprämien

Die in Deutschland diskutierte Umstellung der Finanzierung der GKV auf versichertenbezogene Kopfprämien orientiert sich am so genannten „Schweizer Modell“,²⁵ mit dem in der Schweiz durch Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 das freiwillige, private Krankenversicherungssystem von einem System aus obligatorischer Grund- und freiwilliger Zusatzversicherung abgelöst wurde. Die Grundversicherung sieht eine generelle Versicherungspflicht sowie einen einheitlichen Leistungskatalog vor. Die Finanzierung des Grundleistungskatalogs erfolgt über eine risikounabhängige einheitliche Kopfprämie, die von den jeweiligen Krankenkassen für die Kantone bestimmt wird. Infolge der einheitlichen Kopfprämie entstehen für Versicherte zwischen 26 und 55 Jahren durchschnittlich Überschüsse und für Versicherte über 55 Jahren durchschnittlich Defizite.

Da ein derartiges Finanzierungssystem aber zu hohen finanziellen Belastungen für einkommensschwache Personen führt, soll ein komplexes System zur Subventionierung der Kopfprämien den sozialen Ausgleich gewährleisten. Der Umfang der Subventionen wird von den Kantonen bestimmt. Die Prämien subvention wird zu zwei Dritteln aus Bundesmitteln und zu einem Drittel aus Kantonsmitteln finanziert. Zur Vermeidung von Risikoselektion seitens der Krankenkassen wurde ein bis zum 01.01.2006 befristeter Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Da er aber nur mit Hilfe der Variablen Alter und Geschlecht versucht die Morbidität der Versicherten abzubilden, kann er den Selektionsanreizen nicht wirksam begegnen.²⁶

Für die Schweiz wird im Ergebnis festgestellt, dass die Ziele des KVG:

- Solidarität zwischen den Versicherten,
- Sicherstellung einer hoch stehenden, finanziell tragbaren medizinischen Versorgung, sowie
- eine maßvolle Kostenentwicklung

²⁵ Vgl. Henke (2002), S. 6.

²⁶ Vgl. Stillfried (2003), S. 3f.. Deshalb konnten Versicherer mit Risikoselektion ihre Prämie um 40 % senken, während Versicherer ohne Selektion einen Prämienanstieg um 20 % zu verzeichnen hatten. Der RSA weist demnach in der Schweiz ähnliche Probleme wie in Deutschland auf (zu den Problemen des RSA in Deutschland vgl. Jacobs et al. (2001)).

teilweise erreicht wurden. Gerade in Bezug auf das Ziel der Solidarität sind jedoch Defizite zu konstatieren. So entlastet die Prämienverbilligung zwar die unteren Einkommensschichten. In Kantonen mit hohen Versicherungsprämien sind die Entlastungen jedoch nur ungenügend.²⁷ Zudem wird die Information der Bevölkerung über das Recht auf Prämienverbilligung zum Teil als mangelhaft erachtet. Darüber hinaus gelten die Ausgestaltungen der Prämienverbilligungen als Einflussfaktor für die Motivation der Versicherten, einen günstigen Versicherer und ein günstiges Versicherungsmodell zu wählen.²⁸

4.1 Ausgestaltung der Kopfprämien

Jeder Bürger der Schweiz bezahlt eine eigene Prämie, die so genannte Kopfprämie, die jährlich vom Bundesamt für Sozialversicherung neu zu genehmigen ist.²⁹ Diese wird unabhängig vom Einkommen, dem Eintrittsalter und dem Geschlecht einer Person bestimmt. Zugleich besteht eine Kostenbeteiligung, die sich zusammensetzt aus der „ordentlichen“ für Krankenbehandlung in Höhe von 230 sFr. pro Jahr und dem Selbstbehalt in Höhe von 10% des verbleibenden Rechnungsbetrages bis zu einer Höchstgrenze von 600 sFr. pro Jahr.³⁰ Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre entfällt die Franchise, der Selbstbehalt beträgt 300 sFr. Freiwillig kann eine höhere Franchise vereinbart werden. Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre und junge Erwachsene im Alter zwischen 19 und 25 Jahren haben die Krankenkassen reduzierte Prämien zu gewähren. Personen, die nicht über ausreichende finanzielle Mittel zur Finanzierung der Kopfprämie verfügen, haben Anspruch auf eine Verbilligung der Krankenversicherungsprämie (Kap. 4.1.2).

Die Prämien variieren zwischen den Kantonen und zwischen den Krankenkassen zum Teil erheblich. Innerhalb eines Kantons können höchstens drei regionale Abstufungen von den Krankenkassen vorgenommen werden. Es fällt jedoch der regionale Unterschied in den Kopfprämien zwischen den Kantonen auf.³¹ Bei einer durchschnittlichen Prämienhöhe im Jahr 2003 von 269 sFr. (Im Jahr 2002: 245 sFr.) beläuft sich die höchste Prämie auf 389 sFr. in Genf (Im Jahr 2002: 364 sFr.).³²

²⁷ Vgl. BSV (2001), S. 113.

²⁸ Vgl. BSV (2001), S. 113.

²⁹ Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht jeweils im Oktober jeden Jahres eine Übersicht über die Grundversicherungsprämien pro Kanton.

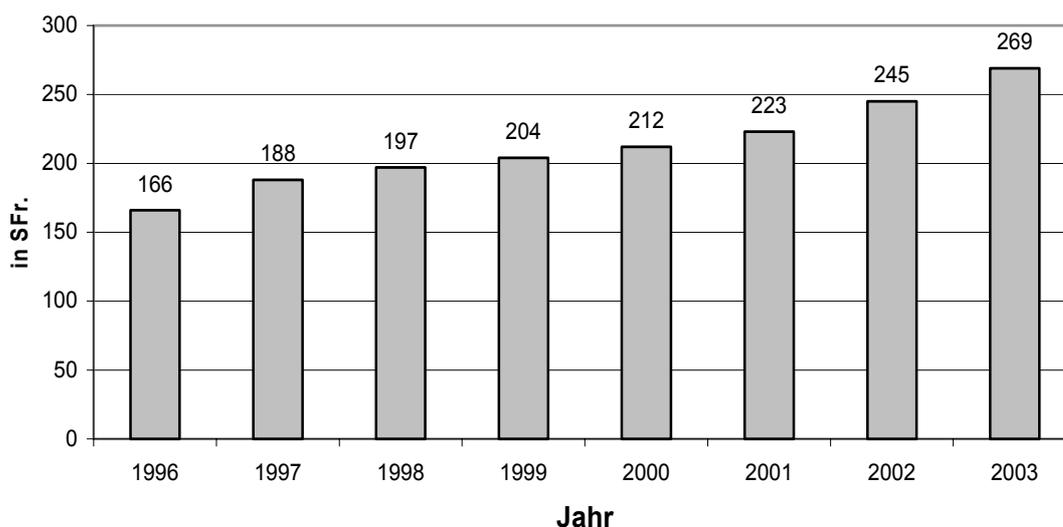
³⁰ Wenn die Behandlungskosten (Arzt, Arzneimittel, Krankenhaus oder Hilfsmittel) 2000 sFr. in einem Jahr betragen, so sind vom Versicherten 230 sFr. und 10 % des Restbetrages von 1770 sFr. zu tragen, d.h. insgesamt 407 sFr..

³¹ Zu den Spannweiten der inter- und intrakantonalen Durchschnittsprämien vgl. Wasem et al. (2003), S. 2.

³² Günstigste Prämie im Jahr 2002 im Kanton Appenzell-Innerrhoden (AI) mit 159 sFr. (vgl. o.V. (2003b), S. 41); im Jahr 2003 betrug die Prämienhöhe 173 sFr. (vgl. Hebermann (2003)).

Dabei ist auch zu beobachten, dass sich die durchschnittliche Monatsprämie zwischen 1996, dem Jahr des Inkrafttretens des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sowie dem System der Kopfpauschalen, und dem Jahr 2003 von 166 sFr. kontinuierlich auf 269 sFr. erhöht hat. Die Entwicklung der Höhe der durchschnittlichen Kopf-Monatsprämie ist in Abbildung 23 dargestellt.

Abbildung 23: Anstieg der monatlichen Durchschnittsprämie 1996 bis 2003, Angaben in sFr.



Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung, Schweizerische Sozialversicherungsstatistik, KV 6.5

Aus dieser Entwicklung wird auch deutlich, dass das Ziel des KVG, eine Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu bewirken, nicht realisiert werden konnte. Vielmehr ist festzustellen, dass die Prämien im Jahr 2002 im Vergleich zum Vorjahr um rund 10 %, die Gesundheitskosten jedoch nur um rund 5 % stiegen.³³

4.2 System der Prämienverbilligung

4.2.1 Berechnung der Prämienverbilligung

Die Ermittlung der Anspruchsberechtigung erfolgt in der Regel auf Basis der Daten aus der Steuerveranlagung, lediglich im Kanton Basel-Stadt dienen die aktuellen Einkommensverhältnisse³⁴ als Berechnungsgrundlage. Darüber hinaus unterschei-

³³ Vgl. o.V. (2003b), S. 6.

³⁴ Bei Unselbständigen dient die Lohnsteuerkarte und bei Selbständigen die Erfolgsrechnung als Datengrundlage.

den sich die kantonalen Berechnungsmethoden in diversen Abzugsmöglichkeiten³⁵, der Berücksichtigung des Vermögens³⁶, der sozialen Stellung³⁷ und der Haushaltsgröße. Darüber hinaus hat jeder Kanton noch diverse Sonderregelungen für bestimmte Personengruppen (z. B. Sozialhilfeempfänger, Quellenbesteuerte). Im Kanton Solothurn kommt eine Härtefallregelung zur Anwendung, die Personen mit niedriger Zahlungsfähigkeit eine Prämienverbilligung in Höhe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zuerkennt.³⁸

Die Ermittlung der Einkommensgrenzen erfolgt in den Kantonen auf zwei unterschiedliche Arten. Beim Einkommensstufenmodell erhalten die Anspruchsberechtigten beim Überschreiten der jeweils relevanten Einkommensgrenzen einen festen Betrag an Prämienverbilligung. Dieses Modell wird in 12 Kantonen angewendet. Das von 14 Kantonen verwendete Prozentmodell legt einen bestimmten Anteil der Prämie am maßgeblichen Einkommen fest, bei deren Überschreiten ein Anspruch auf Prämienverbilligung eintritt.³⁹

Es wird inzwischen allerdings vorgeschlagen, zur Ermittlung der Prämienverbilligung generell auf Daten aus der Steuerveranlagung zurückzugreifen, da dies den administrativen Aufwand senkt. Darüber hinaus sollte die Berechnung der Prämiensubventionen nur auf Basis des Einkommens und der Haushaltszusammensetzung erfolgen.⁴⁰

4.2.2 Gewährung und Auszahlung der Prämienverbilligung

Für die Ermittlung der Berechtigten der Prämienverbilligungen existieren in der Schweiz drei je nach Kantonen unterschiedliche Formen. Im System der automatischen Ermittlung und Auszahlung werden die Berechtigten von den jeweils zuständigen Behörden auf der Basis von Steuerdaten ermittelt. Die Auszahlung der Subventionen erfolgt ebenfalls ohne weitere Formalitäten. Dieses Modell wird in fünf Kantonen angewendet.

³⁵ Im Kanton Obwalden kann bspw. ein Zweitverdienerabzug, ein Lehrlingsabzug oder ein Abzug von Renten aus beruflicher Vorsorge und privater Versicherung geltend gemacht werden (vgl. SDK (2001), S. 8).

³⁶ Im Kanton Basel-Stadt bspw. wird die Bemessungsgrundlage um 10 % des steuerbaren Vermögens über 50000 sFr. erhöht (vgl. SDK (2001), S. 14).

³⁷ Bspw. verringert sich das für die Prämienverbilligung maßgebende Einkommen von Familien mit Kindern oder Jugendlichen in Ausbildung im Kanton Appenzell Ausserrhoden um je 5500 sFr. (vgl. SDK (2001), S. 18).

³⁸ Vgl. SDK (2001), S. 13. Hier zeigen sich Parallelen zur Härtefallregelung in der GKV, allerdings nicht auf der Leistungs-, sondern auf der Finanzierungsseite (vgl. Pfaff et al. (2002)).

³⁹ Vgl. BSV (2001), S. 28, Balthasar et al. (2001), S. 29f.

⁴⁰ Vgl. BSV (2001), S. 33.

Im System der individuellen Benachrichtigung werden die Anspruchsberechtigten von den zuständigen Behörden angeschrieben. Anschließend müssen von den Berechtigten Anträge auf Prämienverbilligung gestellt werden. Dieses System ist das am weitesten verbreitete in der Schweiz und wird von 19 Kantonen angewendet.

Im System ohne individuelle Benachrichtigung erfolgt die Information der Anspruchsberechtigten über die Medien, öffentliche Plakate oder den Versand an alle Haushalte. Dieses System kommt in zwei Kantonen zur Anwendung.⁴¹

Da in den beiden letztgenannten Modellen keine automatische Subventionsgewährung verankert ist, spielen Informationsdefizite der Anspruchsberechtigten eine wichtige Rolle für die Antragstellung und Auszahlung der Prämienverbilligung.⁴² Der im Rahmen einer repräsentativen Haushaltsbefragung ermittelte Bekanntheitsgrad der Prämienverbilligung in der Schweiz liegt bei 85 %. Jedoch weisen gerade die Kantone mit einem Antragssystem einen unterdurchschnittlichen Bekanntheitsgrad der Prämienverbilligung in der Bevölkerung (Basel-Stadt) bzw. eine Nichtantragstellung möglicherweise berechtigter Personen (Basel-Stadt und Luzern) auf. Vertiefte Analysen für das Jahr 2000 haben gezeigt, dass gerade in diesen Kantonen im Vergleich zu Kantonen ohne Antragssystem die Quote der Nichtantragsteller mit Berechtigung mit 24 % (Luzern) bzw. 21 % (Basel-Stadt) überdurchschnittlich hoch liegt.⁴³ Als wichtigste Gründe einer Nichtantragstellung wurden in den beiden Kantonen die Nachlässigkeit, der Wunsch nach Eigenständigkeit sowie der ungenügende Informationsstand der potentiell Berechtigten ermittelt. In beiden Kantonen werden berechnete Personen in unteren Altersklassen sowie Rentner von der Prämienverbilligung gut erfasst, wohingegen Erfassungsdefizite bei über 50-Jährigen bis zur Pensionierung festgestellt wurden.⁴⁴ Zur Beseitigung der angesprochenen Defizite wird von BALTHASAR ET AL. (2001) ein für alle Kantone einheitliches Antragssystem mit individueller Benachrichtigung vorgeschlagen.

Hinsichtlich der Möglichkeit der Antragstellung haben sich in den Kantonen zwei unterschiedliche Systeme etabliert. Bei dem von 15 Kantonen angewendeten Modell einer fixen Antragstellung können während des Jahres keine neuen Anträge auf Prämienverbilligung gestellt werden. In 12 Kantonen können hingegen während des

⁴¹ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 29ff.

⁴² Dabei sind Parallelen zu den Härtefallregelungen in der GKV erkennbar, wo der Informationsstand der Versicherten ebenfalls ein wichtiges Kriterium für die Inanspruchnahme ist (vgl. Pfaff et al. (2002), S. 26ff.).

⁴³ Aufgrund der bestehenden Automatismen bei der Antragstellung liegt die Zahl der Anspruchsberechtigten ohne Subventionsbezug in den Kantonen Genf, Zürich, Neuenburg und Appenzell Ausserrhoden unter 5 % (vgl. Balthasar et al. (2001), S. 79).

⁴⁴ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 66f.

ganzen Jahres Anträge auf Prämiensubvention gestellt werden.⁴⁵ Dieses System gewährleistet am besten die Forderung des Gesetzgebers⁴⁶ nach einer Berücksichtigung der aktuellen wirtschaftlichen und familiären Verhältnisse, gleichzeitig ist es aufgrund der laufenden Antragsbearbeitung sehr kostenintensiv.⁴⁷

Die Auszahlung der Prämienverbilligungen erfolgt in der Schweiz auf zwei Arten. Eine Auszahlung an die Versicherer erfolgt in 16 Kantonen. 10 Kantone zahlen die Subventionsleistungen an die Versicherten aus.⁴⁸ Da Krankenversicherer und Gemeinden über eine zunehmende Zahl an Privatinsolvenzen berichten, steigt die Gefahr, dass bei einer Auszahlung der Prämienverbilligung an die Versicherten die Subventionsleistungen nicht zielgerichtet verwendet werden und dadurch die Prämienverbilligung im Rahmen der Sozialhilfe noch einmal bezahlt werden muss.⁴⁹ Deshalb wird eine Auszahlung der Subventionsleistungen an die Versicherer befürwortet.⁵⁰ Bei einer Abwicklung der Zahlungen über die Krankenversicherer erhalten diese für ihre im Zusammenhang mit der Abwicklung stehenden Aufwendungen eine finanzielle Entschädigung. Allerdings haben Vertreter der Versicherungswirtschaft auf die den Versicherungsunternehmen dann zusätzlich entstehenden Kontrollkosten hingewiesen, welche die Höhe der Ausgleichszahlungen übersteigen würden.⁵¹

4.2.3 Kosten des Prämienverbilligungssystems

Für die Beurteilung der ökonomischen Effizienz eines Prämienverbilligungssystems ist es notwendig, die Höhe der Abwicklungskosten eines derartigen Systems zu kennen. Eine Untersuchung in den Kantonen Basel-Stadt und Luzern ermittelte für einen Antrag eine durchschnittliche Bearbeitungszeit von ca. 20 Minuten. Die Berücksichtigung aller Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit dem Prämienverbilligungsgesuch stehen, führt sogar zu einer durchschnittlichen Bearbeitungszeit von ca. 40 Minuten. Die kantonalen Vollzugssysteme unterscheiden sich beträchtlich hinsichtlich der Abwicklungskosten. Generell wenden die Kantone zwischen 1,3 und 2,9 % der Prämiensubventionen für die Abwicklung auf. Auch die Kosten pro Bezieher, pro bewilligtes Gesuch bzw. pro eingereichtes Gesuch differieren zwischen den Kantonen ganz erheblich. Die Kosten hängen stark von der Flexibilität der Vollzugssysteme in

⁴⁵ In den zwei Kantonen Bern und Schaffhausen sind laufende Anträge nur bei neuer Steuerveranlagung (Bern) bzw. bei veränderten Steuerfaktoren (Schaffhausen) möglich.

⁴⁶ Vgl. Art. 65, Abs. 3, Satz 1 des revidierten KVG.

⁴⁷ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 31f. bzw. S. 103ff., SDK (2001), S. 2 bzw. S. 17.

⁴⁸ Vgl. BSV (2001), S. 29.

⁴⁹ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 123.

⁵⁰ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 131.

⁵¹ Vgl. (BSV), S. 31.

den einzelnen Kantonen ab, wobei laufende Antragsbearbeitungen kostensteigernd wirken.⁵² Daneben sind die Anzahl der involvierten Behörden, die EDV-technische Vernetzung sowie der Informationsaufwand weitere Kriterien für kantonal unterschiedliche Kostenbelastungen.⁵³ Auf Basis von fünf Kantonen⁵⁴ errechnen sich pro Subventionsbezieher durchschnittliche gewichtete Vollzugskosten in Höhe von 18,4 sFr.⁵⁵ Bezogen auf die von Breyer et al. (2001) geschätzte Zahl von 35,7 Mio. GKV-Subventionsempfängern wäre bei ähnlichen Kostenstrukturen in Deutschland mit Abwicklungskosten für ein Prämienverbilligungssystem in Höhe von rund 434 Mio. EURO zu rechnen.

4.2.4 Sozialpolitische Wirksamkeit

Für die Beurteilung der sozialpolitischen Wirksamkeit der Prämienverbilligung sind vor allem zwei Fragen relevant:

1. Sind die Haushalte durch die Kopfprämien nicht übermäßig belastet?

Schon 1991 wurde in der Schweiz vorgeschlagen, eine individuelle Prämienverbilligung zu gewähren, wenn die Prämienbelastung einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens übersteigt.⁵⁶ In der politischen Debatte kam schnell die Forderung auf, die Kopfprämienbelastungen auf 8 % des steuerbaren Einkommens zu begrenzen.⁵⁷ Gesetzlich verankert wurde diese Forderung allerdings nicht. Da die Steuerbelastung in der Schweiz kantonal sehr unterschiedlich ausfällt, ist es besser, als Wirksamkeitsindikator das verfügbare Einkommen (Steuerbares Einkommen abzüglich anfallender Bundes-, Kantons- und Gemeindesteuern) zu verwenden.⁵⁸ Auf Basis dieses Indikators liegt im Jahr 2000 in fast der Hälfte aller Kantone die mittlere verbleibende Prämienbelastung nach Abzug der Subventionsleistungen über der sozialpolitisch angestrebten 8%-Marke.⁵⁹ In den Kantonen Zürich, Genf und Tessin liegen die Prämienbelastungen sogar bei über 10 % des steuerbaren Einkommens. Da nur ein Drittel der Bevölkerung eine Prämienverbilligung erhält, wurde die vom Bundesrat bei

⁵² Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 113ff.

⁵³ Vgl. Balthasar et al. (2001), S. 110ff.

⁵⁴ Im Einzelnen sind dies die Kantone Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Zürich, Luzern und Appenzell Ausserrhoden.

⁵⁵ Diese Kosten beinhalten die Kosten der Kantone, Gemeinden und Versicherer (vgl. Balthasar (2001a), S. 114).

⁵⁶ Vgl. BBl. (1992), Teil I, S. 198f.

⁵⁷ Vgl. BSV (2001), S. 31.

⁵⁸ 8 % des steuerbaren Einkommens entsprechen durchschnittlich 6 % des verfügbaren Einkommens (vgl. BSV (2001), S. 32).

⁵⁹ Vgl. o.V. (2003b), S. 9, BSV (2001), S. 32.

der Einführung des KVG formulierte Zielsetzung nicht erreicht, wonach 50 Prozent der Bevölkerung von der Prämienverbilligung profitieren sollten.⁶⁰

2. Profitieren alle anspruchsberechtigten Personengruppen in gleichem Maße von der Prämienverbilligung?

Alle untersuchten Personengruppen (Rentner, Alleinerziehende, vierköpfige Familien, Großfamilien) profitieren vom System der Prämienverbilligung, allerdings verbilligen sich die Prämien der Alleinerziehenden und der Großfamilien in allen Kantonen weitaus mehr als bei den übrigen Personengruppen. Insbesondere für Rentner hat sich die Situation zwischen 1998 und 2000 verschlechtert, da sich ihre Prämienbelastung im genannten Zeitraum in 22 Kantonen erhöht hat. Mittelgroße Familien konnten ihre Prämienbelastungen gegenüber 1998 zwar verringern, jedoch liegen die Belastungen in 20 Kantonen immer noch über der 8%-Marke. Obwohl Alleinerziehende wie schon 1998 von der Prämienverbilligung stark profitieren, hat sich ihre finanzielle Belastung als Anteil am steuerbaren Einkommen doch deutlich erhöht.⁶¹

Die Festlegung einer verbindlichen Obergrenze der Prämienbelastung würde zu einer Erhöhung der sozialpolitischen Wirksamkeit beitragen.⁶² Andererseits könnten die Subventionsleistungen an den Prämien für eine beschränkte Wahl der Leistungserbringer (HMO-Konzepte, Hausarztmodelle) orientiert werden, wodurch Anreize insbesondere für Geringverdiener geschaffen werden könnten, kostengünstige Versicherungen zu wählen.⁶³

4.2.5 Schlussbetrachtung

Im Jahr 2000 wurden in der Schweiz zur Reduktion der Prämienbelastungen insgesamt 1,7 Mrd. sFr. vom Bund und 850 Mio. sFr. von den Kantonen aufgewendet. Das System der Prämienverbilligung sorgt zwar für spürbare Prämienreduktionen, insgesamt bleibt die Belastung für bestimmte Versichertengruppen dennoch hoch. Unter sozialpolitischen Gesichtspunkten ist die Situation in sechs Kantonen besonders bedenklich. Dort liegen die durchschnittlichen Prämienbelastungen über der bundesrätlich angestrebten 8 % Belastungsobergrenze, obwohl noch Bundesmittel zur Prämienverbilligung verfügbar wären.⁶⁴ Wie das BSV (2001) feststellt, ist in diesen Kantonen „die Solidarität zwischen Arm und Reich auch unter Berücksichtigung der

⁶⁰ Vgl. o.V. (2003b), S. 9.

⁶¹ Vgl. BSV (2001), S. 32.

⁶² Vgl. BSV (2001), S. 34.

⁶³ Vgl. BSV (2001), S. 119.

⁶⁴ Vgl. BSV (2001), S. 75.

unterschiedlichen steuergesetzlichen Regelungen vergleichsweise unterdurchschnittlich.“⁶⁵

Insgesamt muss festgestellt werden, dass die Prämienverbilligung ihrer Zielsetzung einer sozialen Abfederung der Belastungen aus der Kopfprämienfinanzierung nicht gerecht werden konnte, vor allem bei Haushalten mit mittleren Einkommen und Versicherten in Kantonen mit hoher Prämienbelastung. Trotz dieser Probleme wird von Experten empfohlen, am System der Prämienverbilligung festzuhalten, dabei allerdings bestimmte Modifikationen vorzunehmen.⁶⁶ Im Einzelnen bestehen diese Vorschläge aus folgenden Elementen:⁶⁷

- Festlegung eines verbindlichen Anteils der Kopfprämienbelastung am steuerbaren Einkommen nach direkter Bundessteuer;
- Einheitliche Auszahlung der Beiträge direkt an die Versicherer;
- Einheitliche Verwendung der Steuerveranlagung als Datengrundlage der Prämienverbilligung;
- Abschaffung des Antragssystems in den betroffenen Kantonen und Einführung eines in allen Kantonen einheitlichen Systems mit individueller Benachrichtigung;
- Für bestimmte Veränderungen familiärer Gegebenheiten sollte in allen Kantonen die Möglichkeit einer ganzjährigen Antragsstellung geschaffen werden.

Die Vorschläge zielen auf eine Verringerung der Unterschiede in den kantonalen Vollzugssystemen ab, da ein Hauptproblem des Schweizer Subventionssystems in kantonal völlig zersplitterten Prämienverbilligungssystemen liegt. Das zweite große Problem der bisher nicht ausreichend realisierten sozialpolitischen Zielgerechtigkeit soll durch die einheitliche und verbindliche Vorgabe einer Obergrenze der Prämienbelastung gelöst werden. Im Rahmen der zweiten Teilrevision des KVG hat der Ständerat beschlossen, eine Belastungsobergrenze von 8 % des Haushaltseinkommens gesetzlich zu verankern. Als Bemessungsgrundlage sollte das reine Einkommen gemäß direkter Bundessteuer - ergänzt um 10 % des nach kantonalem Recht zu versteuernden Vermögens - dienen. Da dieses System für den Bund jedoch mit Belastungen in Höhe von 2,7 bis 2,8 Mrd. sFr. verbunden gewesen wäre, wurde diese Zielsetzung inzwischen wieder aufgegeben.⁶⁸ Statt-

⁶⁵ BSV (2001), S. 75.

⁶⁶ Vgl. BSV (2001), S. 128.

⁶⁷ Vgl. BSV (2001), S. 33f. bzw. S. 128f.

⁶⁸ Vgl. <http://www.nzz.ch/2003/01/28/il/page-newzzDBHTICJT-12.html>[24.04.2003].

dessen soll die maximale Prämienbelastung in Abhängigkeit vom Einkommen und Familienstand in Zukunft zwischen 2 und 12 Prozent des Einkommens betragen.⁶⁹ Es bleibt zu hoffen, dass die angestrebten Neuregelungen zu spürbaren Verbesserungen für die Anspruchsberechtigten führen werden.

5 Zusammenschau und Schlussfolgerungen

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Vorschläge zur Ausgestaltung von Kopfpauschalen wurden von verschiedenen Autoren vorgestellt. Alle Vorschläge verweisen auf die Umsetzungen dieser Finanzierungsform in der Schweiz. Dabei ist festzuhalten, dass die Vorschläge sowohl von Henke et al. als auch von Knappe et al. darauf beruhen, die **gesamte** Bevölkerung in den GKV-Versicherungsschutz einzubeziehen. Der Vorschlag zielt darauf ab, das Nebeneinander von Privater Krankenversicherung und Gesetzlicher Krankenversicherung als Vollversicherung aufzuheben. Dies erscheint den Autoren erforderlich, um die Systematik einer Prämiensubventionierung über den Steuer-Transfer-Mechanismus, an dem alle Bundesbürger teilnehmen sollen, zu ermöglichen.

Für Deutschland wurde in diesem Bericht in drei Modellrechnungen für alternativ ausgestaltete Kopfprämien gezeigt, dass im Jahr 2001 eine Kopfpauschale bezogen auf die in der GKV versicherte Bevölkerung von mindestens 163 EURO monatlich (Modell 1 mit versicherteneinheitlicher Kopfprämie) erforderlich gewesen wäre, um das aktuelle Leistungsniveau der GKV zu finanzieren. Bei einer 50%igen Prämienreduzierung für Familienangehörige und Rentner müsste die normale Kopfprämie auf 217 EURO monatlich (Modell 2) festgesetzt werden, da durch die relative Begünstigung dieser Gruppen der Finanzierungsbeitrag der restlichen Versichertengruppen ansteigen müsste, um das derzeitige Leistungsspektrum finanzieren zu können. Eine beitragsfreie Versicherung von Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren (Modell 3) hätte eine Kopfpauschale von 201 EURO monatlich erfordert.

In dem vorgestellten Modell 3 einer Kopfpauschale bei beitragsfreier Mitversicherung von Minderjährigen würde – berücksichtigt man die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile zusammen - ein Alleinstehender, Alleinerziehender oder einzelner verheirateter Erwerbstätiger oder Rentner bereits ab einem Bruttomonatseinkommen von rund 1500 EURO von der Einführung einer Kopfprämienfinanzierung profitieren. Bei einem geringeren Einkommen würde dagegen ein derartiger Haushalt bzw. eine solche Person durch Kopfpauschalen deutlich schlechter gestellt werden. Eine Prämiensubvention, die die Belastung auf 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens

⁶⁹ Vgl. o.V. (2003c).

begrenzt, mildert die Kopfpauschalenbelastung für die Alleinstehenden, Alleinerziehenden oder verheirateten Einzelpersonen mit Einkommen unter 1500 EURO. Allerdings liegt bei dem gewählten Beispiel der Belastungsgrenze von 15 % die Belastung bei einem Einkommen von unter 1500 EURO über der 2001 vorhandenen Belastung durch einkommensbezogene Beiträge. Dies folgt daraus, dass der GKV-durchschnittliche Beitragssatz in diesem Jahr unter 15 % lag und sich zudem die Belastungsgrenze auf das Bruttoeinkommen inkl. des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags bezieht. Für Ehepaare gemeinsam ergibt sich unabhängig davon ob ein oder beide Ehepartner erwerbstätig sind erst ab einem (gemeinsamen) Einkommen von etwa 3000 EURO eine Besserstellung durch Kopfpauschalen. Bei Einkommen unter diesem Niveau tritt eine Mehrbelastung durch Kopfpauschalen ein.

Die Erhebung einer für alle Versicherten einheitlichen Kopfprämie von monatlich 163 EURO an Stelle einer beitragsfreien Versicherung von Minderjährigen würde im Wesentlichen Kinderlosen bzw. Zweiverdienerhepaaren zugute kommen. Dadurch würde sich die Einkommensgrenze, von der ab die Belastung durch Kopfprämien niedriger ist als durch einkommensbezogene Beiträge, auf ein Haushaltsbruttoeinkommen für Alleinstehende, Alleinerziehende und einzelne verheiratete Erwerbstätige und Rentner von ca. 1200 EURO reduzieren.

Die Berücksichtigung von im Haushalt lebenden Kindern ändert nach Modell 3 nichts an den Belastungswirkungen, da für sie in einem Kopfprämiensystem mit einer solchen Minderjährigenkomponente keine Beiträge zu leisten wären. In einem Kopfprämiensystem ohne Minderjährigenkomponente würden vor allem einkommensstarke Alleinstehende bzw. Zweiverdienerhepaare ohne im Haushalt lebende Minderjährige durch die Reduktion ihrer Kopfprämien (von 402 EURO bei Modell 3 auf 326 EURO) gegenüber einer GKV-Finanzierung durch einkommensbezogene Beiträge weiter profitieren. Für kinderreiche Zweiverdienerhaushalte wäre diese Finanzierungsvariante allerdings nicht vorteilhaft, da durch die Kopfpauschalen für Minderjährige die Prämienbelastung insgesamt doch stark ansteigen dürfte.

Nach unseren Schätzungen benötigen die Mehrzahl aller Rentner und Rentnerinnen – etwa 13 Mio. – sowie ein beachtlicher Teil – 26 Mio. – der AKV-Mitglieder, insgesamt also etwa 39 Mio. Mitglieder Prämiensubventionen, wenn man die Prämienbelastung auf 15 % der sozialversicherungspflichtigen Bruttohaushaltsentgelte bzw. der Bruttorenten beschränken will. Dies würde auf Rechnungsbasis 2001 einen Subventionsbedarf von 29 Mrd. EURO ergeben. Weniger als die Hälfte dieses Betrags könnte durch die Besteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags gegenfinanziert werden.

Der Blick in die Schweiz, die als einziges Land eine Kopfpauschalenfinanzierung umgesetzt hat, zeigt beispielhaft, welche technischen und administrativen Details vor

einer Einführung in Deutschland zu berücksichtigen sind. So wurden im Jahr 2000 in der Schweiz zur Reduktion der Prämienbelastungen insgesamt 1,7 Mrd. sFr. vom Bund und 850 Mio. sFr. von den Kantonen aufgewendet. Das System der Prämienverbilligung sorgt zwar für spürbare Prämienreduktionen bei bedürftigen Gruppen, insgesamt bleibt die Belastung für bestimmte Versichertengruppen dennoch hoch. Unter sozialpolitischen Gesichtspunkten ist die Situation insbesondere in sechs Kantonen nach wie vor besonders bedenklich. Dort liegen die durchschnittlichen Prämienbelastungen über der angestrebten 8%-Belastungsobergrenze.⁷⁰ Wie das BSV (2001) feststellt, ist in diesen Kantonen "die Solidarität zwischen Arm und Reich auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen steuergesetzlichen Regelungen vergleichsweise unterdurchschnittlich."⁷¹ In der Bundesrepublik Deutschland ist allerdings eine so starke Zersplitterung mit der damit verbundenen regionalen Differenzierung nicht zu erwarten, da der Bund in der Gesundheitspolitik sehr weitreichende Kompetenzen hat – sei es alleine oder in Konkurrenz zu den Ländern.

Insgesamt ist festzustellen, dass in der Schweiz die Prämienverbilligung ihrer Zielsetzung einer sozialen Abfederung der Belastungen aus der Kopfprämienfinanzierung nicht im angestrebten Maße gerecht werden konnte. Vor allen Dingen bei Haushalten mit mittleren Einkommen und Versicherten in Kantonen mit hoher Prämienbelastung sind die Entlastungswirkungen unzureichend. Trotz dieser Probleme wird von Experten empfohlen, am System der Prämienverbilligung festzuhalten, dabei allerdings bestimmte Modifikationen vorzunehmen.⁷² Im Einzelnen bestehen diese Vorschläge aus folgenden Elementen:⁷³

- Festlegung eines verbindlichen Anteils der Kopfprämienbelastung am steuerbaren Einkommen nach direkter Bundessteuer;
- Einheitliche Auszahlung der Beiträge direkt an die Versicherer;
- Einheitliche Verwendung der Steuerveranlagung als Datengrundlage der Prämienverbilligung;
- Abschaffung des Antragssystems in den betroffenen Kantonen und Einführung eines in allen Kantonen einheitlichen Systems mit individueller Benachrichtigung;
- Für bestimmte Veränderungen familiärer Gegebenheiten sollte in allen Kantonen die Möglichkeit einer ganzjährigen Antragsstellung geschaffen werden.

⁷⁰ Vgl. BSV (2001), S. 75.

⁷¹ BSV (2001), S. 75.

⁷² Vgl. BSV (2001), S. 128.

⁷³ Vgl. BSV (2001), S. 33f. bzw. S. 128f.

Die Vorschläge zielen auf eine Verringerung der Unterschiede in den kantonalen Vollzugssystemen ab, da ein Hauptproblem des Schweizer Subventionssystems in kantonal völlig zersplitterten Prämienverbilligungssystemen liegt. Das zweite große Problem des bisher nicht vorhandenen sozialpolitischen Wirkungsziels soll durch die einheitliche und verbindliche Vorgabe einer Obergrenze der Prämienbelastung gelöst werden.

Kopfpauschalen vs. einkommensproportionale Beiträge zur Stärkung der Äquivalenz

Bei Gründung der GKV in den 80'er Jahren des 19. Jahrhunderts bestand die wichtigste Funktion darin, den Ausfall des Arbeitseinkommens im Krankheitsfall zu ersetzen. Die Ausgaben für diese Leistung betragen damals mehr als 50 % der gesamten Leistungsausgaben der GKV. Die Einkommensproportionalität des Beitrags korrespondierte mit der Lohnbezogenheit des Krankengeldes – es bestand ein gewisses Maß an Äquivalenz.

Mit dem Anstieg des Anteils von Behandlungsausgaben und der Einführung der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber als teilweise Ersatz des Krankengeldes beträgt der Anteil dieser Leistung an den GKV-Leistungsausgaben gerade noch etwa ein Zehntel. Die Behandlungskosten, die bedarfsabhängig gewährt werden und somit nicht grundsätzlich mit dem Einkommen ansteigen, dominieren die Ausgaben. Grundsätzlich wird das derzeitige System der GKV inzwischen längst als solidarisches - nicht als ein am Äquivalenzsystem orientiertes - angesehen, da durch die unterschiedlichen Prinzipien der Leistungsgewährung und Finanzierung eine Umverteilung impliziert wird: von hohen zu niedrigen Einkommen und von Mitgliedern ohne bzw. mit wenigen unterhaltsberechtigten Angehörigen zu solchen mit mehr Unterhaltsberechtigten – vor allem mit Kindern und Ehepartner/innen oder neuerdings auch eingetragenen Partnern. Eine Umverteilung von Gesunden zu Kranken ist in jeder Versicherung systemimmanent. In der GKV ist allerdings auch – und das wohl von Anbeginn an - als Ausdruck eines sozialen Ausgleichs eine Umverteilung zwischen guten und schlechten Gesundheitsrisiken vorgesehen. Beiträge waren und sind in der GKV anders als in der PKV nicht vom spezifischen Gesundheitsrisiko des Einzelnen abhängig. Wollte man diesen Ausgleich erhalten, die Umverteilung zwischen Einkommensgruppen und Familientypen aber (wieder) abschaffen, so wären einheitliche Kopfprämien sicher der Ausdruck einer solchen Form des Äquivalenzprinzips.

Dennoch ist auch das heute verwirklichte Solidarsystem mindestens in zweifacher Weise inkonsistent: Insbesondere in Kombination mit dem Ausschluss der einkommensstarken Gruppen aus der Versicherungspflicht ergeben sich aus dem spezifisch deutschen System regressive Umverteilungswirkungen, die einer sozialpolitischen

Rechtfertigung entbehren. Die einkommensstarken Gruppen sind aus der Solidarpflicht entbunden. Die gut verdienenden Arbeitnehmer können sich zudem aufgrund ihre Versicherungsberechtigung, gerade wenn sie wegen schlechter Gesundheit oder einer größeren Zahl von Unterhaltsberechtigten einen höheren Leistungsbedarf aufweisen, unter den für sie im Vergleich zur PKV günstigeren Bedingungen in der GKV versichern. Außerdem führt die Beitragsbemessungsgrenze – ganz abgesehen davon, dass sie mit einer oberen Versicherungspflichtgrenze zusammenfällt – zu einer eher willkürlichen Begrenzung des Solidarprinzips.

Deshalb erscheint die heute bestehende Form der Trennung und des Nebeneinanders (vor allem die Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter und Angestellte mit Versicherungsberechtigung höher Verdienender) zwischen den Systemen der GKV und der PKV sowie die Beitragsbemessungsgrenze künstlich und dem Solidargedanken der Finanzierung von Gesundheitsleistungen abträglich. Die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Versicherungspflicht würde diese Inkonsistenz überwinden. Zum einen würde bestimmten „guten Risiken“ nicht einseitig der Ausstieg aus der Solidargemeinschaft ermöglicht, während ein Teil der „schlechten Risiken“ die GKV wählen kann, wenn es für sie günstiger ist. Die Finanzierung der Gesamtbevölkerung durch Kopfprämien würde gleichzeitig eine geringere prozentuale Beitrags- oder Prämienbelastung bewirken als einkommensbezogene Beiträge ohne Beitragsbemessungsgrenze.

Zu diskutieren bliebe die Frage, ob ein solches System nur mit einer Versicherungspflicht aller oder weiterer Personenkreise als bisher in der GKV zu realisieren wäre, oder ob eine Pflicht zur Versicherung in der GKV und/oder in der PKV eingeführt werden kann. Im ersteren Fall würde man die PKV auf ein Angebot an Zusatzversicherungen begrenzen (wobei lange Übergangszeiten zu wahren wären), im letzteren Fall stellt sich die Frage, inwieweit über eine Pflicht zur Versicherung eine komplette oder eingeschränkte Wahl zwischen GKV und PKV zu ermöglichen ist. Die Versicherungspflicht in der PKV wäre – unabhängig von der Frage der Ausgestaltung der Prämien – durch einen Kontrahierungszwang zu ergänzen. Ebenso müsste die PKV in einen insgesamt modifizierten Risikostrukturausgleich eingebunden sein.

In der Schweiz ist das Kopfprämienmodell nicht als Antwort auf Systemmängel einer GKV-ähnlichen Versicherungsstruktur wie in Deutschland entwickelte worden. Vielmehr entstand es als Reaktion auf die unerwünschten Effekte eines im deutschen Sinne PKV-ähnlichen Systems. Die Beurteilung des Systems geht dort also von einem anderen Vergleich aus als in Deutschland.

In der Schweiz bestehen Bestrebungen, Solidarität auch in der Finanzierung der Krankenversicherung zu erreichen und deshalb eine einkommensorientierte Finanzierung an Stelle der Kopfprämie einzuführen. Für Deutschland würde die Einbezie-

hung der **gesamten** Bevölkerung in die Finanzierung der GKV bei Beibehaltung der einkommensbezogenen Beitragsbestimmung eine mögliche Synthese darstellen.

Veränderte Verteilungswirkungen durch Kopfpauschalen und Subventionsbedarf

Die Modellrechnungen zu den Auswirkungen von Kopfpauschalen verdeutlichen, dass eine solche Umgestaltung der Finanzierung der GKV sehr nachhaltige und sehr unterschiedliche Belastungseffekte bei verschiedenen Gruppen nach sich ziehen würde. Ob insgesamt für eine Familie eine Verbesserung oder Verschlechterung eintritt, hängt zunächst von der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen, aber auch der Zahl der nach geltendem Recht beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen ab.

Eine solche Finanzierungsänderung würde einerseits eine **vertikale Umverteilung** von Beziehern niedrigerer zu Beziehern höherer Einkommen wie andererseits auch eine **horizontale** Umverteilung von Alleinverdienerehepaaren an Alleinstehende oder Zweiverdienerehepaare nach sich ziehen. Des Weiteren würden Rentnerinnen und Rentner mindestens ohne volle Prämiensubvention in Modell 1 und besonders in Modell 3 mehr belastet als nach geltendem Recht. Nach Modell 2 würden sie dagegen im Durchschnitt weniger belastet.

Nach geltendem Recht ist die GKV, wie oben ausgeführt, ein **solidarisches** System. In diesem Kontext stellt sich zunächst die Frage, **wie weitgehend** die Abkehr von diesen Prinzipien und die Hinwendung in **Richtung Äquivalenz** bereits in der Ausgestaltung der Kopfpauschalen erfolgen soll. Eine einheitliche Kopfpauschale für alle Versicherten inkl. der Kinder und Jugendlichen würde die weitest gehende Abkehr bedeuten. Knappe versteht solch einheitliche Kopfpauschalen sogar als risikoäquivalente Beiträge, wenn man von einer Versicherungspflicht für alle von Geburt an ausgeht. Eine Ausnahme von der so definierten Risikoäquivalenz müsste eventuell für die von Geburt an Behinderten oder chronisch Kranken gemacht werden. Da diese Gruppe aber eindeutig auf die Solidarität der Gesellschaft angewiesen ist, bietet es sich an sie bei einer generellen Versicherungspflicht zu gleichen Konditionen in die Versicherung aufnehmen. Letztlich ist es eine Definitionsfrage, ob man solche einheitlichen Kopfpauschalen als risikoäquivalent bezeichnet oder ob man, wie oben angesprochen gezielt das Morbiditätsrisiko durch die einheitlichen Kopfprämien ausgleicht. Bei einer relativ kurzfristig angelegten Umstellung müsste man davon ausgehen, dass die Prämien absichtlich nicht risikoäquivalent gestaltet wären.

Im Vergleich zum Status quo entstünden exorbitant hohe Belastungen durch versicherteneinheitliche Kopfpauschalen für die Bezieher niedriger Einkommen und

unterhaltsberechtigten Angehörigen: Diese werden am Beispiel der Versicherten mit beitragspflichtigem Einkommen an der Härtefallgrenze deutlich. Ähnliche Belastungen entstehen generell für Familien mit Kindern. Beide Effekte würden natürlich auch den höchsten „expliziten“, d.h. in Form von Prämienzuschüssen zu gestaltenden, Subventionsbedarf nach sich ziehen.

Zugleich führt die im Vergleich zu den anderen diskutierten Modellen niedrige Kopfpauschale von 163 Euro auch zu den höchsten Entlastungen für die Alleinstehenden generell und in der Tendenz für die Mitglieder mit hohen beitragspflichtigen Einkommen.

Die alternativen Kopfpauschalenmodelle – sowohl die oben im Detail dargestellten Modelle 2 und 3 wie auch andere denkbare Varianten – gehen jeweils von unterschiedlich hohen Prämien für verschiedene Gruppen bzw. Prämienfreiheit für manche aus. Eine solche Differenzierung der Prämien kann sowohl durch ein höheres Ausmaß an angestrebter Äquivalenz als auch durch den Wunsch, Elementen des sozialen Ausgleichs zu erhalten, motiviert sein.

Man könnte dem Äquivalenzprinzip – mindestens bezogen auf den Zeitpunkt der Umstellung – beispielsweise zu stärkerer Geltung verhelfen, indem man den Rentnerinnen und Rentnern höhere Kopfpauschalen auferlegt als den AKV-Versicherten. Ein mögliches Ausgestaltungsmodell könnte eine Kopfpauschale vorsehen, die eine Eigenfinanzierung der Rentnerinnen und Rentner umfasst, so dass die Kopfpauschale den durchschnittlichen GKV-Ausgaben pro Rentner/in entspräche und die Prämie der AKV-Versicherten deren durchschnittlichen Leistungsausgaben. Angesichts der heute hohen und in der Vergangenheit angestiegenen Querfinanzierung von der AKV in Richtung KVdR von etwa 4 Beitragssatzpunkten würde eine derartige Ausgestaltung die Rentner deutlich höher belasten als nach geltendem Recht. (Die KVdR-Prämie beläuft sich auf den etwa 2,5-fachen Betrag der AKV-Prämie, die in diesem Fall natürlich niedriger ausfallen würde als die in der berechneten Modellvariante 2 dargestellte AKV-Prämie.)

Bei dieser Form der Finanzierung würde somit ein weit höherer Subventionsbedarf in der KVdR entstehen als durch die oben errechneten Werte des Modells 3, weil durch diese hohen Beiträge die Resteinkommen der meisten Rentner in Richtung oder unter das Sozialhilfeniveau abgesenkt würden. Die AKV-Mitglieder würden in der Tendenz sogar besser gestellt als bei Modell 1. Die Bezieher hoher Einkommen und die Alleinstehenden würden in besonderem Maße begünstigt. Ein solches Modell wird z.Z. jedoch von keinem der Befürworter von Kopfpauschalen favorisiert, würde es doch angesichts des niedrigeren Einkommensniveaus in der KVdR eine noch radikalere Belastungssteigerung bei den Rentnerinnen und Rentnern auslösen als

GKV-einheitliche Kopfpauschalen oder Kopfpauschalen gemäß Modell 3. Modellrechnungen hierzu wurden deshalb auch nicht vorgestellt.

Eine Differenzierung der Kopfpauschalen kann jedoch auch dazu dienen, einen bedarfsbezogenen sozialen Ausgleich in den Kopfprämien zu erhalten. Dies bedeutet, dass zwar die vertikale Umverteilung zwischen Einkommensgruppen weitgehend reduziert oder im Extremfall abgeschafft würde, die horizontale Umverteilung im Rahmen der GKV-Finanzierung jedoch (teilweise) erhalten bliebe. Die oben ausgeführten Modelle 2 und 3 stellen eine solche Ausgestaltung dar. In Modell 2 wird z.B. der geringeren Zahlungsfähigkeit der Rentner beispielsweise durch einen Beitragsatz Rechnung getragen, der halb so hoch festgelegt würde wie für AKV-Versicherte. (Alternativ hätte man z.B. von den bestehenden Unterschieden in den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen in AKV und KVdR ausgehen können, was KVdR-Prämien in Höhe von etwa zwei Drittel der AKV-Prämien erfordern würde.)

Die Gruppe der Minderjährigen bzw. der Unterhaltspflichtigen wurde in Modell 2 wie ebenfalls auch in Modell 3 im Vergleich zu den einheitlichen Kopfpauschalen begünstigt. Während für sie gemäß Modell 2 ein halb so hoher Beitrag wie für Erwachsene AKV-Versicherte zu entrichten wäre, wären sie nach Modell 3 gänzlich beitragsfrei versichert. Auch eine Variation von Modell 2 wäre denkbar, wonach die einheitlichen Prämien für die Minderjährigen an den durchschnittlichen Ausgaben für diese Gruppe orientiert würden. Sie lägen in diesem Fall bei nur etwa 65 Euro pro Monat (im Vergleich zu Modell 2 mit 108 Euro), was natürlich zu höheren Kopfprämien für die Erwachsenen Versicherten führen müsste als in dem berechneten Modell 2, um die Kosten insgesamt zu decken.

In beiden Modellen wäre ein geringerer Prämiensubventionsbedarf – der gegebenenfalls über Steuern zu finanzieren ist - erforderlich als in Modell 1. Ansatzweise wird dies verdeutlicht, indem man für verschiedene Familientypen die Kopfpauschalen mit den einkommensbezogenen Beiträgen bei verschiedenen Einkommenshöhen vergleicht (Tabellen 2 und 3 im Vergleich zu Tabelle 1 wie auch die Abbildungen 5 und 8 im Vergleich zur Abbildung 2). Modell 2, insbesondere aber Modell 3, würde Familien mit Kindern im Vergleich zu Kinderlosen generell weniger belasten als Modell 1. In besonderem Maße gilt dies für Familien mit niedrigerem Einkommen.

Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags bei der Umstellung auf Kopfpauschalen

Der Vergleich verschiedener Modelle muss hinsichtlich der Arbeitgeberbeiträge mit Bedacht geschehen. In diesem Zusammenhang muss unterschieden werden, ob man die derzeitigen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge heranzieht und sie mit Kopfprämien vergleicht oder ob man für einen Vergleich nur Arbeitnehmerbeiträge heranzieht. In letzterem Fall müsste man die heutigen Arbeitgeberbeiträge als

Zuschuss zu den Arbeitnehmerbeiträgen betrachten. Analog dazu würden die Arbeitgeberbeiträge auch als Zuschuss zu den Kopfprämien ausbezahlt. Ein Vergleich muss dann die Beiträge/Prämien in beiden Finanzierungsformen einheitlich mit oder ohne diese „Zuschüsse“ gegenüberstellen. Des Weiteren spielt für die prozentuale Belastung der Einkommen eine Rolle, ob sie auf das derzeitige Bruttoeinkommen inkl. oder ohne Arbeitgeberbeiträge bezogen wird. In den obigen Darstellungen wurden die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge überwiegend zusammengefasst.

Wenn man berücksichtigt, dass auch in der gesetzlichen Rentenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung und der Arbeitslosenversicherung eine paritätische Beitragsfinanzierung erfolgt, muss die „Auszahlung“ der Arbeitgeberbeiträge in der GKV auch auf die Gegebenheiten dieser Versicherungszweige Rücksicht nehmen. Es fragt sich nämlich, ob im Zusammenhang mit einer Umstellung der Finanzierung auf Kopfpauschalen in der GKV auch in den anderen Sozialversicherungszweigen der Arbeitgeberanteil dem Bruttolohn zugeschlagen wird. Wenn dieser Weg nicht begangen wird, müsste das Bruttoarbeitsentgelt wie bisher erfasst werden. Die Arbeitgeberbeiträge müssten dann als Zuschuss zu der Kopfprämie ausgezahlt werden.

Besteuerung der Arbeitgeberbeiträge

Für die Besteuerung der Arbeitgeberbeiträge, wie sie in den meisten Vorschlägen nicht zuletzt wegen der Gegenfinanzierung vorgesehen ist, spielt die Behandlung der Arbeitgeberbeiträge als Zuschuss zur Kopfprämie oder als normaler Bruttolohnbestandteil ebenfalls eine Rolle: Nur ein Lohnbestandteil kann sinnvoller Weise der Einkommensbesteuerung unterworfen werden. Die Auszahlung eines (progressiv steuerbelasteten) Zuschusses zur Prämie scheint dagegen etwas kompliziert. Eini-germaßen handhabbarer wäre das erforderliche Verfahren allenfalls, wenn der Arbeitgeber nur einen reduzierten Arbeitgeberbeitrag als Zuschuss auszahlen und die „Besteuerung“ an die Kasse oder einen GKV-Prämiensubventionsfonds überweisen würde.

In einigen Vorschlägen werden die Veränderungen im Verwaltungsaufwand im Zusammenhang mit der Umstellung auf Kopfprämienfinanzierung angesprochen. Einerseits werden die damit verbundenen Steigerungen der Verwaltungskosten, andererseits der Rückgang der Kosten thematisiert. Beide Aspekte können je nach Ausgestaltung zutreffen. Nach geltendem Recht erheben die Krankenkassen auch die anderen Sozialversicherungsbeiträge im Auftrag. Dabei würde eine künftige Differenzierung des Erhebungsverfahrens eher zu steigendem Verwaltungsaufwand führen. Von den Arbeitgebern müssen die anderen Sozialversicherungsbeiträge weiter abgeführt werden – vor allem wenn man die Arbeitgeberbeiträge zu normalen Lohnbestandteilen umwandelt. Unstrittig ist auch, dass – egal welche Stelle für die Verwaltung der Prämiensubventionen zuständig erklärt wird – ein erheblicher

Verwaltungsaufwand entsteht. Insbesondere wenn die Höhe der Subvention vom gesamten Einkommen, oder jedenfalls mehr als dem bislang sozialversicherungspflichtigen Einkommen, abhängig gemacht werden soll, muss eine gesonderte Einkommensprüfung und Einkommenserfassung vorgenommen werden. Sollte dies im Zusammenhang mit der Einkommensteuererklärung geschehen, so ergeben sich außerdem deutliche Verzögerungen. Es gibt gute Gründe anzunehmen, dass eine Anlehnung an die (weiter) bestehenden Lohnabzugsverfahren durch den Arbeitgeber – bzw. die gesetzliche Rentenversicherung – am besten und zügigsten genutzt werden könnten, um den Prämienabzug und die Prämiensubventionierung umzusetzen. Gerade für kleinere Arbeitgeber stellt dies allerdings auch eine erhebliche Mehrbelastung dar.

Alternativen zur Auszahlung des individuellen Arbeitgeberbeitrags

Alle Vorschläge – wie auch die Modellrechnungen – sehen vor, den eigenen individuellen Arbeitgeberbeitrag bzw. den KV-Beitrag der Rentenversicherung dem Lohn oder der Rente in der einen oder anderen Form zuzuschlagen. Dies wäre die einzige einfach durchführbare Möglichkeit. Allerdings führt sie zwingend zu einem nicht unbedingt erwünschten Verteilungseffekt, wie für Modell 3 gezeigt wurde. Die (Netto-)Einkommen der Bezieher höherer Einkommen würden dadurch teils erheblich ansteigen, weil ihr Lohn steigt, die Prämie jedoch niedriger als der bisherige Beitrag ausfällt. Ab welchem Einkommen dies geschieht hängt von der Zahl der Prämienpflichtigen in der Familie ab. Dagegen werden die Bezieher niedriger Einkommen zunächst höher belastet, auch wenn durch eine entsprechende Ausgestaltung der Obergrenze der Belastung eine Verschlechterung der Einkommensposition vermieden werden kann. (Fraglich ist vor allem bei einer Steuerfinanzierung, wie lange das Niveau einer solchen Prämiensubventionierung dann auch wirklich gehalten wird.)

Um einen sehr hohen zusätzlichen Finanzierungsbedarf zu vermeiden wäre es grundsätzlich wünschenswert, statt des individuellen Arbeitgeberbeitrags einen einheitlich durchschnittlichen Arbeitgeberbeitrag bzw. KV-Beitrag der Rentenversicherung an die Versicherten als Prämienzuschuss auszus zahlen. Dies könnte allerdings nur einheitlich, nicht direkt vom Arbeitgeber erfolgen, da die beitragspflichtigen Einkommen bei einzelnen Arbeitgebern und in verschiedenen Branchen unterschiedlich hoch sind. Eine solche Umgestaltung der Arbeitgeberbeiträge hätte den Vorteil, dass der zusätzlich zu finanzierende Steuersubventionsbedarf deutlich geringer wäre. Zudem würde der nach Meinung vieler sicher unerwünschte regressive Verteilungseffekt unterbunden werden.

Würde man hingegen die Bezahlung eines bundeseinheitlichen durchschnittlichen Arbeitgeberbeitrags von den einzelnen Arbeitgebern fordern, so wäre damit eine

erhebliche Verzerrung der Wettbewerbsbedingungen verbunden, da das Lohnniveau der einzelnen Branchen und der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in verschiedenen Branchen sehr unterschiedlich ist.

Wenn man davon absehen will, die Nettoeinkommen der Bezieher höherer Einkommen durch die Umstellung auf Kopfpauschalen grundsätzlich anzuheben, so würde sich allerdings die Auszahlung eines bundeseinheitlichen Arbeitgeberbeitrags – eventuell auch in Form der Wertschöpfungsabgabe – an einen Prämiensubventionsfonds vorzusehen, aus dem dann allerdings für vermutlich fast alle Versicherten eine mit dem Einkommen sinkende Subvention finanziert werden könnte. Der Vorzug dieser Lösung besteht darin, den zusätzlichen Subventionsbedarf weitgehend aus den umgestalteten Arbeitgeber- bzw. Unternehmensbeiträgen zahlen zu können und die GKV-Finanzierung von der Beschäftigung teilweise abkoppeln zu können.

Unabhängigkeit der Finanzierung der GKV von einer schrumpfenden Beitragsbasis

Wie u.a. von SVRKAIG in seinem Gutachten 2003 betont wurde, besteht das Finanzierungsproblem der GKV nicht in überproportionalen Steigerungen der Ausgaben sondern in einer Erosion der Beitragsbasis, des versicherungspflichtigen Einkommens. Zum einen haben sich die personelle und die funktionelle Einkommensverteilung Beschäftigter ungünstig entwickelt, zum anderen verursacht die hohe Arbeitslosigkeit einen Rückgang in den Beitragseinnahmen bei Personen, die arbeitslos werden. Da Kopfprämien vom Einkommen unabhängig gestaltet sind und nur von der Ausgabenentwicklung abhängen, führt eine Verschlechterung der Einkommenssituation nicht automatisch zu einem Rückgang der Prämien. Bei entsprechender Ausgestaltung könnte dies allenfalls einen steigenden Bedarf an Prämiensubventionen nach sich ziehen. Setzt man stärker steigende Prämien ins Verhältnis zu weniger stark steigenden Einkommen, so ergibt sich grundsätzlich eine sehr ähnliche Ausgangsposition wie bei Steigerungen der Beitragssätze. Mindestens die Versicherten – vor allem die mit niedrigeren Einkommen - würden bei einer solchen Entwicklung erheblich belastet. Eine Entlastung könnte sich für Arbeitgeber dann ergeben, wenn es in Lohnverhandlungen nicht gelingt die gestiegenen Kopfprämienkosten – etwa als Bestandteil eines entsprechenden Preisindex in die Lohnsteigerungen zu überwälzen.

Wenn die Entlastung der Arbeitgeber – neben der Begünstigung der Alleinstehenden und der Bezieher höherer Einkommen - die wesentliche Motivation einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien ist, so könnte dieses Ziel allerdings mit einem geringeren Aufwand durch ein Auszahlen oder durch Einfrieren des

Arbeitgeberbeitrags an die Arbeitnehmer und der Beibehaltung einkommensproportionaler Beiträge erreicht werden.

Demographieresistenz von Kopfpauschalen

Auch hinsichtlich der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung wird seit Jahren befürchtet, dass die Alterung der Gesellschaft – vor allem die Zunahme der Lebenserwartung – zu einem doppelten Problem wird: Steigende Pro-Kopf-Kosten stehen voraussichtlich sinkenden Pro-Kopf-Beiträgen gegenüber, da der zunehmende Anteil der Rentner/innen nach geltendem Recht zu einer sinkenden Beitragsbasis führen würde. Verschärft wird diese Entwicklung durch die hohe Arbeitslosigkeit, die eine Anhebung des Rentenzugangsalters erschwert, und durch Rentenreformen, die das Rentenniveau senken.

Mit einheitlichen Kopfpauschalen wird die Finanzierung der GKV von solchen Entwicklungen unabhängig. Wie das Beispiel der Schweiz zeigt, bedeuten Kopfpauschalen aber nicht konstante Kopfpauschalen über Zeit. So würden sich wohl die Verteilungswirkungen, wie wiederholt betont wurde, verändern. Die Gesundheitskosten würden jedoch durch Kopfpauschalen nicht sinken. Betrachtet man wiederum den Anteil der Kopfpauschalen am Einkommen, so würde dieser Anteil ebenso steigen wie einkommensproportionale Beiträge. Selbst wenn im Zuge der Umstellung das Referenzeinkommen der heutigen beitragspflichtigen Einkommen seine Bedeutung verliert und man die Kosten zu einem anderen (höheren) Einkommen in Beziehung setzen würde, wird sich am Ausmaß der Belastung der Arbeitnehmer/innen und Rentner/innen insgesamt und im Durchschnitt wohl nichts verändern.

Kopfprämien und ihre Vereinbarkeit mit Selbstbeteiligungen

In der PKV sind im Rahmen von Vollversicherungstarifen Selbstbeteiligungen insbesondere in Form von Abzugsfranchisen durchaus verbreitet. Aufgrund der Prämienkalkulation lässt sich eine Jahresprämie durch die Franchise in etwa um den Betrag der Franchise senken. Insbesondere gesunde Versicherte finden somit einen solchen Tarif vorteilhaft.

Für die GKV wurden immer wieder erhöhte Selbstbeteiligungen oder auch Wahltarife gefordert, insbesondere um Kostendämpfung zu erreichen. Gegen eine solche Forderung kann aber ins Feld geführt werden, dass sich bei einkommensproportionalen Beiträgen eine solche Maßnahme nur für Bezieher höherer Einkommen rechnet, es sei denn, man würde verbunden mit einer bestimmten absoluten Selbstbeteiligung den Betrag der Beitragsleistung um einen bestimmten absoluten Betrag vermindern.

Da Kopfpauschalen eine gewisse Verwandtschaft zu risikoäquivalenten Beiträgen aufweisen, ließen sich höhere Selbstbeteiligungen mit Kopfpauschalenmodellen eher verbinden als mit den bestehenden einkommensbezogenen Beiträgen.

Eine Gefahr ist dabei nicht auszuschließen: Um eine starke Steigerung der Kopfprämien zu verhindern besteht die Möglichkeit die (allgemeine) Selbstbeteiligung sukzessive auszudehnen, so dass schleichend der Versicherungsschutz immer mehr reduziert wird. Für die Bezieher niedriger Einkommen, vor allem aber für Personen mit schlechter Gesundheit würde damit aber eine sehr deutliche Mehrbelastung entstehen. Dies gilt umso mehr als die Prämiensubvention wohl kaum auf die Selbstbeteiligung ausgedehnt würde. Der Umstand, dass sich gerade unter den älteren Menschen viele Personen mit niedrigerem Einkommen und schlechter Gesundheit befinden würde bei einer solchen Entwicklung zu einer Verschärfung der Verteilungseffekte führen.

Kopfprämien und Kassenwettbewerb

In den Gesundheitsreformen seit dem GSG 1993 wurde Wert auf die Stärkung des Kassenwettbewerbs gelegt. Will man die gegliederte GKV und den Wettbewerb beibehalten, was im Interesse eines Wettbewerbs zwischen Kassen und eventuell zwischen PKV und GKV durchaus wünschenswert ist, so würde dies bedeuten, dass die Kopfprämien nach Kassen unterschiedlich hoch sein könnten und müssten.

Da die Versichertenstruktur der Kassen nach Alter und Geschlecht sowie auch nach Morbidität durchaus unterschiedlich sein kann, bleibt ein Risikostrukturausgleich erforderlich. Er wäre allerdings um die heute dominanten Einkommenskomponenten reduziert. Da die Morbiditätsunterschiede auf der Ausgabenseite des RSA bisher nur unzureichend ausgeglichen werden,⁷⁴ wäre ein Verzicht auf die Einkommensdifferenzierung, die heute vielleicht einen Teil der schicht- und einkommensabhängigen Gesundheitsrisiken miterfasst, mit einer sehr viel geringeren Berücksichtigung der tatsächlichen Risikounterschiede der einzelnen Versichertengruppen verbunden.

Abschließendes Resumee

Zieht man aus den vielen verschiedenen Argumenten ein Fazit, so ist nicht von der Hand zu weisen, dass man mit einer Finanzierung der GKV durch Kopfprämien das derzeitige System mindestens nach einer gewissen Übergangszeit ablösen könnte.

In allen Konstellationen ist jedoch festzustellen, dass erhebliche – nach überwiegender Meinung wohl negative – Umverteilungseffekte mit diesen Maßnahmen verbun-

⁷⁴ Zu Morbiditätsunterschieden auf der Ausgabenseite des RSA vgl. Langer et al. (2003).

den sind.⁷⁵ Je nach Ausgestaltungsform ist das Ausmaß dieser Effekte unterschiedlich. In dem Maße in dem man diese Effekte zu korrigieren versucht, entstehen jedoch zusätzlich erhebliche administrative Kosten.

Wenn alle Auswirkungen berücksichtigt werden, so kommt man zu dem Schluss, dass insgesamt neben einer „kosmetischen Veränderung“ durch sinkende Sozialversicherungsbeiträge und damit Lohnnebenkosten im Wesentlichen drei Ergebnisse auftreten:

- Arbeitgeber werden im Vergleich zu Arbeitnehmern in der Tendenz entlastet.
- Bezieher höherer Einkommen werden entlastet und Bezieher niedriger Einkommen werden belastet.
- Will man diese Effekte erfolgreich konterkarieren, so bleiben unter erheblichen zusätzlichen Verwaltungskosten im Endeffekt ähnliche Belastungen und Probleme wie im bestehenden System. Und für die eventuell erwünschten Auswirkungen der Umgestaltung der Finanzierung gibt es jeweils Alternativen, die treffsicherer der Wirtschaftlichkeit und der Effizienz des Gesundheitssystems dienen. Zudem ist zu befürchten, dass die erhoffte effiziente Steuertransferlösung weit weniger wahrscheinlich ist als bestenfalls ein schrittweises Abschmelzen der Umverteilung.

Literaturverzeichnis

- Balthasar, A.; Bieri, O.; Furrer, C. (2001): Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung – Eine Untersuchung in den Kantonen Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Zürich, Luzern und Appenzell Auser rhoden, BSV-Forschungsbericht Nr. 5, Luzern
- Beske, F. (2003): Gesundheitspolitik ist mehr, in: Deutsches Ärzteblatt 100, S. A-818
- BMG (2001): Bundesministerium der Gesundheit (Hrsg.): Statistiken KJ1 und KM 6 für das Jahr 2001, Bonn
- Breyer, F.; Grabka, M. M.; Jacobs, K.; Meinhardt, V.; Ryll, A.; Schulz, E.; Spieß, C. K.; Wagner, G. G. (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen: Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Berlin
- BSV (2001): Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.): Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz – Synthesebericht, Bern

⁷⁵ Zu einem ähnlichen Fazit kommt Oggier (2003).

- DGB (2003): Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.): Eckpunkte des DGB zur Gesundheitsreform 2003, Berlin
- Hebermann, J. D. (2003): Billig ist es in Appenzell, in: Die Zeit, online im www unter http://www.zeit.de/2003/03/Gesundheit_schweiz[28.01.2003]
- Henke, K.-D. (2002): Revolution oder Evolution im Gesundheitswesen, Vortrag auf dem Kongress der Union der leitenden Angestellten am 27.02.2002 in Berlin
- Henke, K.-D.; Johannßen, W.; Neubauer, G.; Rumm, U.; Wasem, J. (2002): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, Vereinigte Krankenversicherung AG (Hrsg.), München
- Jacobs, K. ; Reschke, P.; Cassel, D.; Wasem, J. (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
- Knappe, E.; Arnold, R. (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung, Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (Hrsg.), München
- Langer, B.; Pfaff, A.B.; Rindsfüßer, C.; Eller, M.; Mielck, A.; Baumann, H. (2003): Berücksichtigung von Härtefällen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 5-6, S. 43-50
- Mönig-Raane, M. (2003): Pro und Contra – Kopfprämien anstelle paritätischer Finanzierung, in: Die Ersatzkasse, Nr. 3, S. 95
- o.V. (2003a): Rürup-Kommission erwägt Patienten-Selbstbeteiligung, in: Financial Times Deutschland, Ausgabe vom 01.01.2003, online im www unter <http://www.ftd.de/pw/de/1041353700157.html?nv=se>[23.04.2003]
- o.V. (2003b): Sozialdemokratische Partei, Schweizer Gewerkschaftsbund, Verein „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ (Hrsg.): Argumentarium Gesundheitsinitiative – Gesundheit muss bezahlbar sein, online im www unter http://www.gesundheit-sante.ch/d/argumentarium_dt.pdf [23.04.2003]
- o.V. (2003c): Neuer Anlauf zur KVG-Revision - Ständeratskommission zählt auf Sukkurs aller Akteure, Pressemitteilung des Schweizer Parlaments vom 24.02.2003, online im www unter http://www.parlament.ch/D/Pressemitteilungen/03_02/PM27_24_02_03_D.htm?servlet=get_content[23.04.2003]
- Oggier, W. (2003): Das System der Kopfprämien: Einige schweizerische Erfahrungen seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes am 1. Januar 1996, Zusammenfassung des Kurzgutachtens im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 4. April 2003, Zürich
- Pfaff, M.; Pfaff A. B.; Langer, B.; Mielck, A.; Eller, M. (2002): Härtefall-Regelungen nach §§ 61 ff.: Art, Umfang und Folgen von tatsächlicher Inanspruchnahme und potentieller Berechtigung, Endbericht des Teilantrages C6 des Bayerischen Forschungsverbundes Public Health-Öffentliche Gesundheit, Augsburg
- Schneider, W. (2003): Kopfprämien zur Kassenfinanzierung – Ein Rückschritt, in: Gesundheit und Gesellschaft, Nr. 2, S. 42-48

- SDK (2001): Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (Hrsg.): Kantonale Prämienverbilligungssysteme: Synoptische Übersicht 2001, Bern
- Statistisches Bundesamt (2001): Wirtschaftsrechnungen – Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998, Fachserie 15, Heft 4, Wiesbaden
- Stillfried, D. G. v. (2003): Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Bericht über eine Studienreise zum Stand des Schweizer Gesundheitssystems, Köln
- SVR (2002): Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum - Jahresgutachten 2002/2003, Stuttgart
- SVRKAIG (2003): Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003 Langfassung, Bonn
- VDR (2002): Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): VDR-Statistik Rentenbestand am 31. Dezember 2001, Frankfurt a. M.
- VDR (2003): Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): VDR Statistik Versicherte 2000/2001, Frankfurt a. M.
- Wagner, G. G. (2003): Pro und Contra – Kopfprämien anstelle paritätischer Finanzierung, in: Die Ersatzkasse, Nr. 3, S. 94
- Wasem, J.; Greß, S.; Rothgang, H. (2003): Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Perspektive für die Zukunft? Unveröffentlichtes Manuskript
- Zweifel, P. (2003): Interview mit Prof. Zweifel, in: Ärzte Zeitung, Ausgabe vom 09.04.2003, online im www unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2003/04/09/067a0701.asp>[23.04.2003]
- Zweifel, P.; Breuer, M. (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems – Gutachten im Auftrag des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller VFA, Zürich