

Pfaff, Anita B.; Langer, Bernhard; Freund, Florian

Working Paper

Bürgerversicherung vs. Gesundheitsprämie: Vergleich der Reformoptionen zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe, No. 277

Provided in Cooperation with:

University of Augsburg, Institute for Economics

Suggested Citation: Pfaff, Anita B.; Langer, Bernhard; Freund, Florian (2005) : Bürgerversicherung vs. Gesundheitsprämie: Vergleich der Reformoptionen zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe, No. 277, Universität Augsburg, Institut für Volkswirtschaftslehre, Augsburg, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:384-opus4-711677>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/22800>

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

**Bürgerversicherung vs. Gesundheitsprämie –
Vergleich der Reformoptionen zur Finanzierung
der Gesetzlichen Krankenversicherung**

**Anita B. Pfaff
Bernhard Langer
Florian Freund**

unter Mitarbeit von Nauka Holl

Beitrag Nr. 277, August 2005

Bürgerversicherung vs. Gesundheitsprämie – Vergleich der Reformoptionen zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Anita B. Pfaff, Bernhard Langer und Florian Freund unter Mitarbeit von Nauka Holl

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

Zusammenfassung:

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weist unstrittig Schwächen durch die einseitige Orientierung an Lohn- und Lohnersatzleistungen wie auch das inkonsistente Nebeneinander von GKV und privater Krankenversicherung auf. Es fehlen dadurch klare Verteilungsmuster, demografische und ökonomische Nachhaltigkeit und erwünschte Steuerungseffekte. Die beiden Reformansätze „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämie“ versuchen diesen Problemen in unterschiedlicher Weise zu begegnen – mit Ausweitung des Versichertenkreises und der Beitragsbasis einerseits und fiskalischer Ausgliederung der Umverteilung für Geringverdiener und Familien andererseits. Der Aufsatz vergleicht die Auswirkungen anhand von Modellrechnungen. Es zeigen sich unterschiedliche Belastungsstrukturen der Versicherten und „Philosophien“ des Sozialstaats und der öffentlichen Finanzen in den Ansätzen: Die Bürgerversicherung würde zu einer Entlastung von Beziehern von ausschließlich Lohn- und Lohnersatzehemkommen sowie Geringverdienern führen. Die Familienversicherung bliebe erhalten. Die Gesundheitsprämie (Unionskompromiss) sieht eine Begünstigung von Zweiverdienerhepaaren und Alleinstehenden mit höheren Einkommen vor.

Abstract:

The wage-dependence of the Public Health Insurance (PHI) as well as the somewhat inconsistent parallel coverage via PHI and private health insurance constitute drawbacks of the present health care revenue system, leading to undesirable distributional and allocative patterns and disadvantages in the course of demographic and economic change. Two conflicting approaches, the “Bürgerversicherung” (“Citizens’ Health Insurance”) and the “Gesundheitsprämie” (“Flat Rate Health Insurance”) try to remedy these by way of different methods – the former with a statutory health insurance for all and a comprehensive income basis for proportionate health insurance contributions, the latter with a flat rate contribution for the present PHI including a massive tax subsidy for the contributions for low-income groups and children. The paper presents simulations of the distributional effects. Differing effects become evident. Moreover these patterns also reflect different “philosophies” of social welfare and public revenue regimes. The “Bürgerversicherung” reduces payments by wage and wage-replacement earners and generally by low income groups, the “Gesundheitsprämie” favors higher-income individuals and particularly two-earner married couples.

Key Words: Social Health Insurance System, Public Finance

JEL classification: I 10, I 18

Adresse der Verfasser:

Universität Augsburg, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, 86159 Augsburg, www.wiwi.uni-augsburg.de

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

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

Florian Freund, Tel.: (0821) 598-4202, e-mail: florian.freund@wiwi.uni-augsburg.de

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

Dieser Beitrag steht auch als PDF-File zum Herunterladen zur Verfügung unter:
www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/277.htm

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	III
TABELLENVERZEICHNIS	V
1 NOTWENDIGKEIT EINER FINANZREFORM DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG	1
2 REFORMVORSCHLÄGE UND MODELLE	5
2.1 DAS KOPFPRÄMIENMODELL DES UNIONSKOMPROMISSSES	6
2.2 DAS MODELL EINER BÜRGERVERSICHERUNG	12
2.3 VERGLEICH DER MODELLVORSCHLÄGE	18
2.4 KRITERIENKATALOG ZUR BEURTEILUNG DER MODELLVORSCHLÄGE	21
3 BELASTUNG DER VERSICHERTEN DURCH BÜRGERVERSICHERUNG UND GESUNDHEITSPRÄMIE IM VERGLEICH ZUR GKV	27
3.1 AGGREGIERTE AUSWIRKUNGEN DER REFORMMODELLE	28
3.2 VERGLEICH DER BELASTUNGSWIRKUNGEN VON VERSICHERTENBEITRÄGEN	31
3.2.1 <i>Belastungswirkungen verschiedener Haushaltstypen nach dem Bruttoeinkommen</i>	33
3.2.2 <i>Belastung der Versichertenhaushalte durch verschiedene Reformalternativen der GKV-Finanzierung bei Vorliegen von Kapitaleinkommen</i>	41
3.2.3 <i>Vergleich der Belastung durch GKV und Gesundheitsprämie unter gleichem Finanzrahmen</i>	48
3.3 ANSÄTZE DER BERÜCKSICHTIGUNG EINER STEUERLICHEN GEGENFINANZIERUNG DES SUBVENTIONSBEDARFS FÜR DIE GESUNDHEITSPRÄMIE	53
4 FAZIT UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	57
LITERATURVERZEICHNIS	65

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1:	ENTWICKLUNG DER SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHTIG BESCHÄFTIGTEN BZW. SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHTIG BESCHÄFTIGTEN ERWERBSTÄTIGEN IN DEUTSCHLAND SEIT 1996.....	2
ABBILDUNG 2:	ENTWICKLUNG DER LOHNQUOTE IN DEUTSCHLAND SEIT 1992.....	2
ABBILDUNG 3:	ENTWICKLUNG DER EINKÜNFTEN AUS KAPITALVERMÖGEN UND DES BRUTTOINLANDSPRODUKTES IM ZEITABLAUF (1980 = 1,0)	3
ABBILDUNG 4:	ENTWICKLUNG DES BRUTTOINLANDSPRODUKTS, DER ARBEITSENTGELTE, DER GKV-LEISTUNGS-AUSGABEN UND DER BEITRAGSPFLICHTIGEN EINKOMMEN IN DEUTSCHLAND 1996-2004.....	4
ABBILDUNG 5:	REFORMALTERNATIVEN FÜR DIE FINANZIERUNG DER GKV.....	5
ABBILDUNG 6:	WOHNBEVÖLKERUNG NACH VERSICHERTENSTATUS IN 2003	14
ABBILDUNG 7:	ANTEILE EINZELNER BEVÖLKERUNGSGRUPPEN AN VERSICHERTEN, AN AUSGABEN UND AN BEITRÄGEN, 2003.....	15
ABBILDUNG 8:	ANSATZPUNKTE DER KORREKTUR DER VERTEILUNGSFUNKTION DER GKV IN BÜRGERVERSICHERUNG UND IM GESUNDHEITSPRÄMIENMODELL	29
ABBILDUNG 9:	AUSGABEN UND FINANZIERUNGSSTRUKTUR VON BÜRGERVERSICHERUNG UND GESUNDHEITSPRÄMIE IN VERGLEICH ZUR DERZEITIGEN GKV, BERECHNUNGSBASIS 2003	30
ABBILDUNG 10:	VERÄNDERUNG DER BEITRAGSBELASTUNG: BÜRGERVERSICHERUNG ODER GESUNDHEITSPRÄMIE (UNIONSKOMPROMISS) IM VERGLEICH ZUR DERZEITIGEN REGELUNG FÜR ALLEINSTEHENDE PFLICHTVERSICHERTE.....	33
ABBILDUNG 11:	VERÄNDERUNG DER BEITRAGSBELASTUNG: BÜRGERVERSICHERUNG ODER GESUNDHEITSPRÄMIE (UNIONSKOMPROMISS) IM VERGLEICH ZUR DERZEITIGEN REGELUNG FÜR ALLEINVERDIENEREHEPAARE (PFLICHTVERSICHERTE).....	35
ABBILDUNG 12:	VERÄNDERUNG DER BEITRAGSBELASTUNG: BÜRGERVERSICHERUNG ODER GESUNDHEITSPRÄMIE (UNIONSKOMPROMISS) IM VERGLEICH ZUR DERZEITIGEN REGELUNG FÜR ZWEIVERDIENEREHEPAARE MIT GLEICH HOHEM EINKOMMEN (PFLICHTVERSICHERTE)	36
ABBILDUNG 13:	VERÄNDERUNG DER BEITRAGSBELASTUNG: BÜRGERVERSICHERUNG ODER GESUNDHEITSPRÄMIE (UNIONSKOMPROMISS) IM VERGLEICH ZUR DERZEITIGEN REGELUNG FÜR ZWEIVERDIENEREHEPAARE MIT UNTERSCHIEDLICH HOHEM EINKOMMEN, ANTEILE 70:30 (PFLICHTVERSICHERTE)	37

ABBILDUNG 14:	VERÄNDERUNG DER BEITRAGSBELASTUNG: BÜRGERVERSICHERUNG ODER GESUNDHEITSPRÄMIE (UNIONSKOMPROMISS) IM VERGLEICH ZUR DERZEITIGEN REGELUNG FÜR ALLEINSTEHENDE FREIWILLIG VERSICHERTE SELBSTÄNDIGE	38
ABBILDUNG 15:	VERÄNDERUNG DER BEITRAGSBELASTUNG: BÜRGERVERSICHERUNG ODER GESUNDHEITSPRÄMIE (UNIONSKOMPROMISS) IM VERGLEICH ZUR DERZEITIGEN REGELUNG FÜR ALLEINVERDIENEREHEPAARE (FREIWILLIG VERSICHERTE SELBSTÄNDIGE).....	39
ABBILDUNG 16:	VERÄNDERUNG DER BEITRAGSBELASTUNG: BÜRGERVERSICHERUNG ODER GESUNDHEITSPRÄMIE (UNIONSKOMPROMISS) IM VERGLEICH ZUR DERZEITIGEN REGELUNG FÜR ZWEIVERDIENEREHEPAARE MIT GLEICH HOHEM EINKOMMEN (FREIWILLIG VERSICHERTE SELBSTÄNDIGE).....	40
ABBILDUNG 17:	VERÄNDERUNG DER BEITRAGSBELASTUNG: BÜRGERVERSICHERUNG ODER GESUNDHEITSPRÄMIE (UNIONSKOMPROMISS) IM VERGLEICH ZUR DERZEITIGEN REGELUNG FÜR ZWEIVERDIENEREHEPAARE MIT UNTERSCHIEDLICH HOHEM EINKOMMEN, EINKOMMENSANTEILE 70:30 (FREIWILLIG VERSICHERTE SELBSTÄNDIGE).....	41
ABBILDUNG 18:	ARBEITNEHMER- UND ARBEITGEBERBEITRÄGE VON ALLEINVERDIENEREHEPAAREN IN DER DERZEITIGEN GKV UND BEI GESUNDHEITSPRÄMIEN UND IHRE DIFFERENZ (BEIDE FINANZIERUNGSFORMEN UNTER BERÜCKSICHTIGUNG VON STEUERSUBVENTIONEN IN HÖHE VON 22 MRD. EURO).....	49
ABBILDUNG 19:	ARBEITNEHMER- UND ARBEITGEBERBEITRÄGE VON ALLEINSTEHENDEN UND ALLEINERZIEHENDEN IN DER GKV UND BEI GESUNDHEITSPRÄMIEN UND IHRE DIFFERENZ (BEIDE FINANZIERUNGSFORMEN UNTER BERÜCKSICHTIGUNG VON STEUERSUBVENTIONEN IN HÖHE VON 22 MRD. EURO).....	51
ABBILDUNG 20:	ARBEITNEHMER- UND ARBEITGEBERBEITRÄGE VON ZWEIVERDIENEREHEPAAREN (EINKOMMENSANTEILE 70:30) IN DER DERZEITIGEN GKV UND BEI GESUNDHEITSPRÄMIEN UND IHRE DIFFERENZ (BEIDE FINANZIERUNGSFORMEN UNTER BERÜCKSICHTIGUNG VON STEUERSUBVENTIONEN IN HÖHE VON 22 MRD. EURO)	52

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1:	SUBVENTIONSBEDARF UND GEGENFINANZIERUNG FÜR DAS KOPFPRÄMIENMODELL DER UNION, RECHNUNGSBASIS 2003, IN MRD. EURO	10
TABELLE 2:	NOTWENDIGE AUFSCHLÄGE AUF DIE EINKOMMENSTEUER BZW. NOTWENDIGE MEHRWERTSTEUERERHÖHUNG ZUR FINANZIERUNG DES SOZIALEN AUSGLEICHS FÜR DAS KOMPROMISSMODELL DER UNION	11
TABELLE 3:	AUSGESTALTUNGSDIMENSIONEN DER BÜRGERVERSICHERUNG UND DES GESUNDHEITSPRÄMIENMODELLS DER UNION IM VERGLEICH ZUR GKV: VERSICHERTENKREIS.....	19
TABELLE 4:	AUSGESTALTUNGSDIMENSIONEN DER FINANZIERUNG DER BÜRGERVERSICHERUNG UND DES GESUNDHEITSPRÄMIENMODELLS DER UNION IM VERGLEICH ZUR GKV: FINANZIERUNGSBASIS	20
TABELLE 5:	AUSGESTALTUNGSDIMENSIONEN DER BÜRGERVERSICHERUNG UND DES GESUNDHEITSPRÄMIENMODELLS DER UNION IM VERGLEICH ZUR GKV: UMVERTEILUNGSELEMENTE	21
TABELLE 6:	BEWERTUNGSKRITERIEN DER BÜRGERVERSICHERUNG UND DES GESUNDHEITSPRÄMIENMODELLS DER UNION IM VERGLEICH ZUR GKV: ARBEITSMARKTEFFEKTE.....	22
TABELLE 7:	BEWERTUNGSKRITERIEN DER BÜRGERVERSICHERUNG UND DES GESUNDHEITSPRÄMIENMODELLS DER UNION IM VERGLEICH ZUR GKV: DEMOGRAFISCHE NACHHALTIGKEIT	23
TABELLE 8:	BEWERTUNGSKRITERIEN DER BÜRGERVERSICHERUNG UND DES GESUNDHEITSPRÄMIENMODELLS DER UNION IM VERGLEICH ZUR GKV: VERTEILUNGSGERECHTIGKEIT.....	24
TABELLE 9:	BEWERTUNGSKRITERIEN DER BÜRGERVERSICHERUNG UND DES GESUNDHEITSPRÄMIENMODELLS DER UNION IM VERGLEICH ZUR GKV: WETTBEWERBSANREIZE	26
TABELLE 10:	BEWERTUNGSKRITERIEN DER BÜRGERVERSICHERUNG UND DES GESUNDHEITSPRÄMIENMODELLS DER UNION IM VERGLEICH ZUR GKV: SONSTIGE EFFEKTE	27
TABELLE 11:	MONATLICHE BELASTUNG VON ARBEITNEHMERN, ARBEITSLOSEN ODER RENTNER MIT VERSCHIEDENEN KAPITALEINKOMMENSKONSTELLATIONEN IN DER GKV, DER BÜRGERVERSICHERUNG UND IM GESUNDHEITSPRÄMIENMODELL: ALLEINSTEHENDE ODER ALLEINERZIEHENDE	43
TABELLE 12:	MONATLICHE BELASTUNG VON ARBEITNEHMERN, ARBEITSLOSEN ODER RENTNER MIT VERSCHIEDENEN KAPITALEINKOMMENSKONSTELLATIONEN IN DER GKV, DER BÜRGERVERSICHERUNG UND IM GESUNDHEITSPRÄMIENMODELL: ALLEINVERDIENEREHEPAARE MIT ODER OHNE KINDER.....	45

TABELLE 13:	MONATLICHE BELASTUNG VON ARBEITNEHMERN, ARBEITSLOSEN ODER RENTNER MIT VERSCHIEDENEN KAPITALEINKOMMENSKONSTELLATIONEN IN DER GKV, DER BÜRGERVERSICHERUNG UND IM GESUNDHEITSPRÄMIENMODELL: ZWEIVERDIENEREHEPAARE MIT ODER OHNE KINDER MIT LOHN- BZW. LOHNER SATZEINKOMMEN IM ANTEIL VON 70:30	47
TABELLE 14:	EINKOMMENSTEUERFÄLLE, ANTEIL DER EINKOMMENSTEUER AM GESAMTBETRAG DER EINKÜNFTE UND ANTEIL DER STEUERZÄHLER AN DEN STEUERFÄLLEN NACH DEM GESAMTBETRAG DER EINKÜNFTE (GBE), 1998	54
TABELLE 15:	BELASTUNG DURCH MEHRWERTSTEUER IN ABHÄNGIGKEIT VON SOZIALER STELLUNG UND NETTOEINKOMMENSCHICHT, IN % DES HAUSHALTSNETTOEINKOMMENS (HNE) MIT LOHN- BZW. LOHNER SATZEINKOMMEN IM ANTEIL VON 70:30, 1998	55

1 **Notwendigkeit einer Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)¹, auf das sich zuvor die Regierungs- und die Unionsparteien geeinigt hatten, hat sich die finanzielle Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgabenseitig wieder entspannt. Im Jahr 2004 sowie im ersten Quartal 2005 erreichten die Krankenkassen insgesamt Überschüsse in Höhe von über 4 Mrd. Euro bzw. 160 Mio. Euro, die nach Auffassung der Gesundheitsministerin alsbald Beitragssatzsenkungen zur Folge haben werden². Verantwortlich hierfür sind im Wesentlichen die vorgenommenen Leistungsausgrenzungen sowie diverse Veränderungen bei den Zuzahlungsregelungen, die zu einem Rückgang der Leistungsausgaben von etwa 4,4 Mrd. Euro führten.³ Allerdings bewirkten die beschriebenen Reformmaßnahmen – ebenso wie frühere Einschnitte – neben den Begrenzungen auf der Leistungsseite, kaum Änderungen auf der Einnahmenseite.

Diesbezügliche Reformschritte unterblieben bislang, da in den neunziger Jahren die Finanzprobleme der GKV im Wesentlichen auf eine – durch verschiedene Ursachen bedingte – Kostenexplosion zurückgeführt wurden. Erst in den letzten Jahren reifte in der Politik die Erkenntnis, dass die sozialen Sicherungssysteme und die GKV im Besonderen auch unter einer Krise der Einnahmen leiden. In einem Sozialversicherungssystem Bismarck'scher Prägung werden die Beiträge in Abhängigkeit von den Löhnen und Gehältern der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten als Prozentsatz des beitragspflichtigen Einkommens erhoben. Entscheidend für die Finanzierung der Sozialversicherung ist also die Summe der Löhne und Gehälter der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bzw. deren Anteil am gesamten Volkseinkommen. Betrachtet man nun die Entwicklung der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Erwerbstätigen und der Lohnquote in den letzten Jahren, so fällt auf, dass erstens die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland von 27,74 Mio. im Jahr 1996 auf 26,52 Mio. im Jahr 2004 zurückgegangen ist (vgl. Abbildung 1). Lediglich in den wirtschaftlichen Boom-Jahren 2000 und 2001 konnte ein etwas höheres Beschäftigungsniveau verzeichnet werden, das aber ab dem Jahr 2002 nachhaltig gesunken ist. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich für die sozialversicherungspflichtig beschäftigten Erwerbstätigen⁴ konstatieren, wenngleich auf niedrigerem Niveau. Demnach hat sich deren Zahl ausgehend von 24,59 Mio. im Jahr 1996 auf 23,22 Mio. im Jahr 2004 verringert.

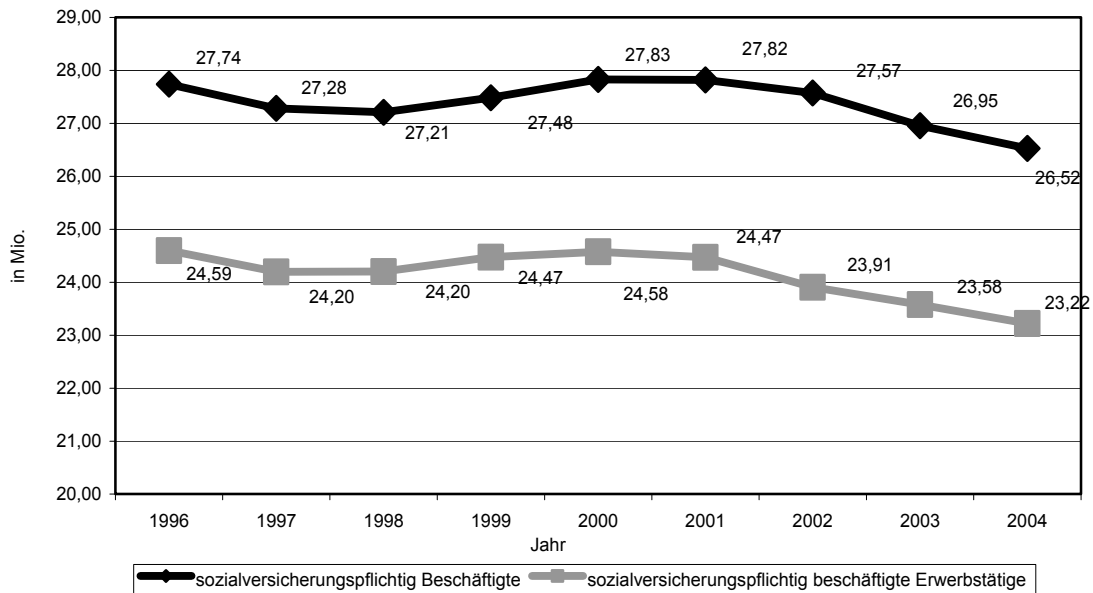
1 Vom 14.11.2003, verkündet im BGBl. I Nr. 55 vom 19.11.2003

2 Vgl. BMGuSS (2005).

3 Für eine umfassende Darstellung der eingeleiteten Schritte vgl. Pfaff et al. (2003), S. 4ff.

4 Die sozialversicherungspflichtig beschäftigten Erwerbstätigen entsprechen den GKV-Pflichtmitgliedern mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen.

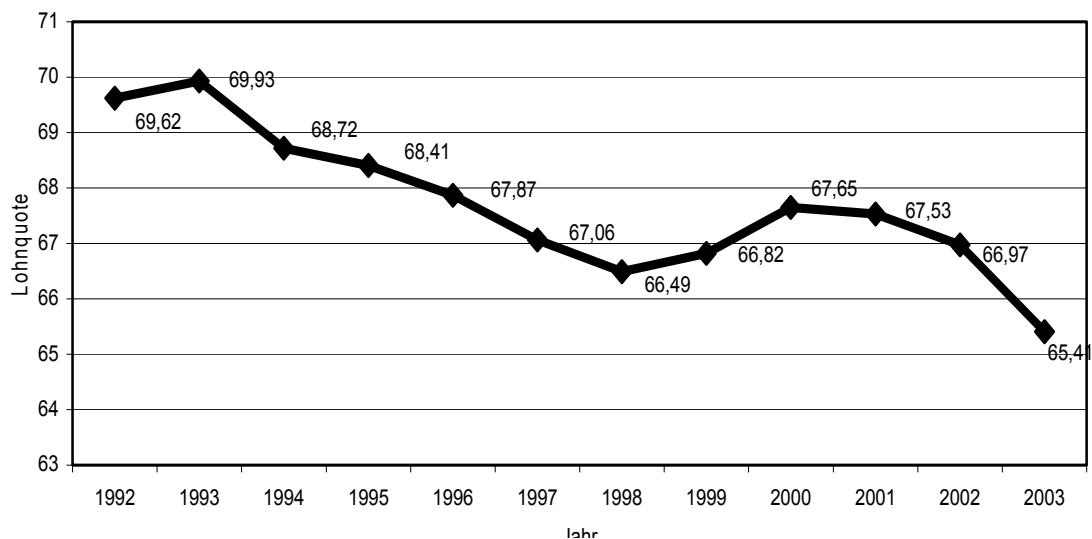
Abbildung 1: Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bzw. sozialversicherungspflichtig beschäftigten Erwerbstätigen in Deutschland seit 1996



Quelle: eigene Darstellung auf Basis Statistisches Bundesamt (o.J.); BMGuSS (v.J.a).

Zweitens hat sich die Bedeutung der sozialversicherungspflichtigen Löhne und Gehälter – und somit der Einnahmequellen der Sozialversicherungszweige – rückläufig entwickelt (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Entwicklung der Lohnquote⁵ in Deutschland seit 1992

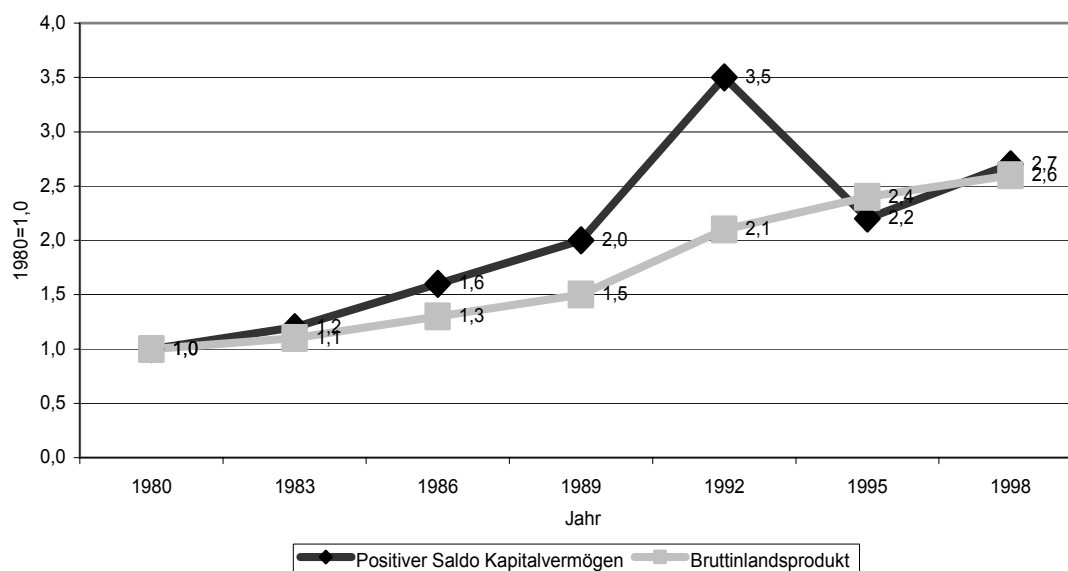


Quelle: eigene Darstellung auf Basis von SVR (2003), S. 363.

⁵ Die Lohnquote in der vom SVR gewählten Abgrenzung setzt das Arbeitseinkommen in Relation zur Bruttowertschöpfung zu Faktorkosten.

Demgegenüber zeigt sich in Abbildung 3, dass Kapitalvermögen im Vergleich zu den Löhnen eine sehr viel günstigere Entwicklung im Zeitablauf aufweisen und etwa die Entwicklung des BIP aufnehmen. Bei einer im Zeitablauf stetigen Verschiebung der Anteile der einzelnen Einkunftsarten an den Gesamteinkünften – weg von Lohneinkünften hin zu Kapital- und sonstigen Einkünften – und einer Beibehaltung des gegenwärtigen Finanzierungsmodus der GKV ist es selbst bei konstanten Ausgaben nicht weiter verwunderlich, wenn Finanzierungsprobleme auftreten. Zusätzlich verschärft wird dieses Problem in Zukunft durch die Folgen der Globalisierung und daraus resultierend weiter stagnierenden oder sogar sinkenden Löhnen sowie nicht zuletzt bedingt durch die Erbgeneration einer weiteren starken Kapitalakkumulation.

Abbildung 3: Entwicklung der Einkünfte aus Kapitalvermögen und des Bruttoinlandsproduktes im Zeitablauf (1980 = 1,0)

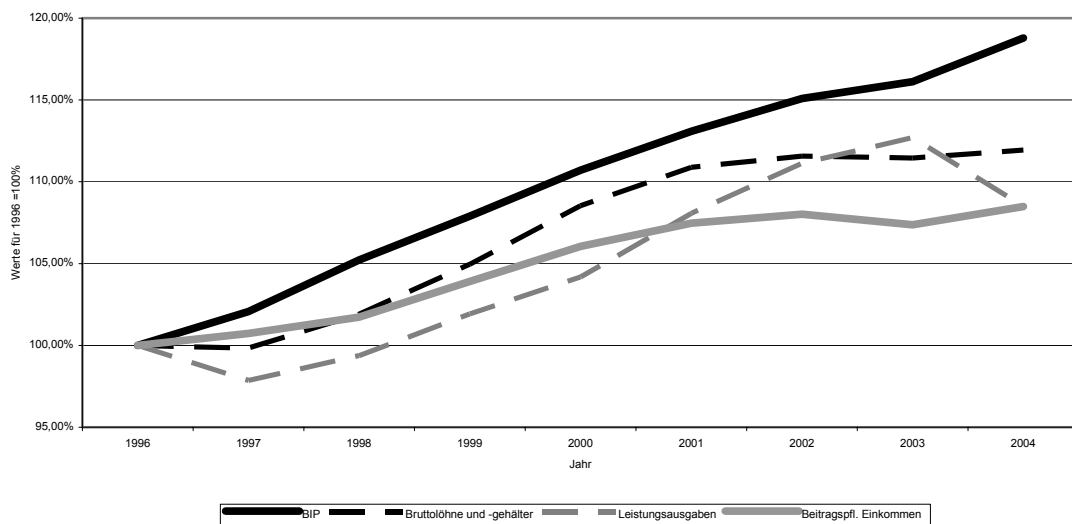


Quelle: modifiziert entnommen aus: SPD (2004), S. 18.

Aus dieser Entwicklung zeigt sich, dass die Einnahmenseite der Sozialversicherungen einen erheblichen Anteil an der Finanzkrise hat. Dies wird durch den Vergleich der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts (BIP) mit den Bruttoarbeitsentgelten, den GKV-Leistungsausgaben und den beitragspflichtigen Einkommen der GKV untermauert (vgl. Abbildung 4). Demnach ist das BIP als Maß für die wirtschaftliche Leistung eines Landes ausgehend vom Jahr 1996 bis zum Jahr 2004 um 18,8% gewachsen, wohingegen die beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Mitglieder im gleichen Zeitraum um lediglich 8,5% gestiegen sind. Die GKV-Leistungsausgaben haben sich im Betrachtungszeitraum mit Ausnahme von 1996 bis 1997 bzw. von 2003 bis 2004 weitestgehend parallel zum BIP entwickelt, allerdings konnte dieser relativ parallele Verlauf nur durch Eingrenzung des Leistungskatalogs und die Erhöhung von Selbstbeteiligungen erreicht werden. Bei einem konstanten Leistungs- bzw. Selbstbeteiligungsniveau wie Anfang der 90er Jahre wäre hingegen der Anstieg der GKV-Leistungsausgaben gegenüber dem BIP weit überproportional ausgefallen. Nichtsdestotrotz zeigt sich auch

schon bei dem verringerten Anstieg der GKV-Leistungsausgaben ein zunehmendes Auseinanderdriften von GKV-Leistungsausgaben und beitragspflichtigen Einkommen, so dass im Zeitablauf selbst bei vermindertem GKV-Leistungsumfang ein einnahmebedingtes Finanzierungsproblem – verbunden mit einem Anstieg der Beitragssätze – auftritt. Die beitragspflichtigen Einkommen bleiben aber nicht nur hinter der Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben und des BIP zurück, sondern auch hinter der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter, was vor allem auf die Veränderung der Einkommensverteilung zurückzuführen sein dürfte.

Abbildung 4: Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts, der Bruttolöhne und -gehälter, der GKV-Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einkommen in Deutschland 1996-2004



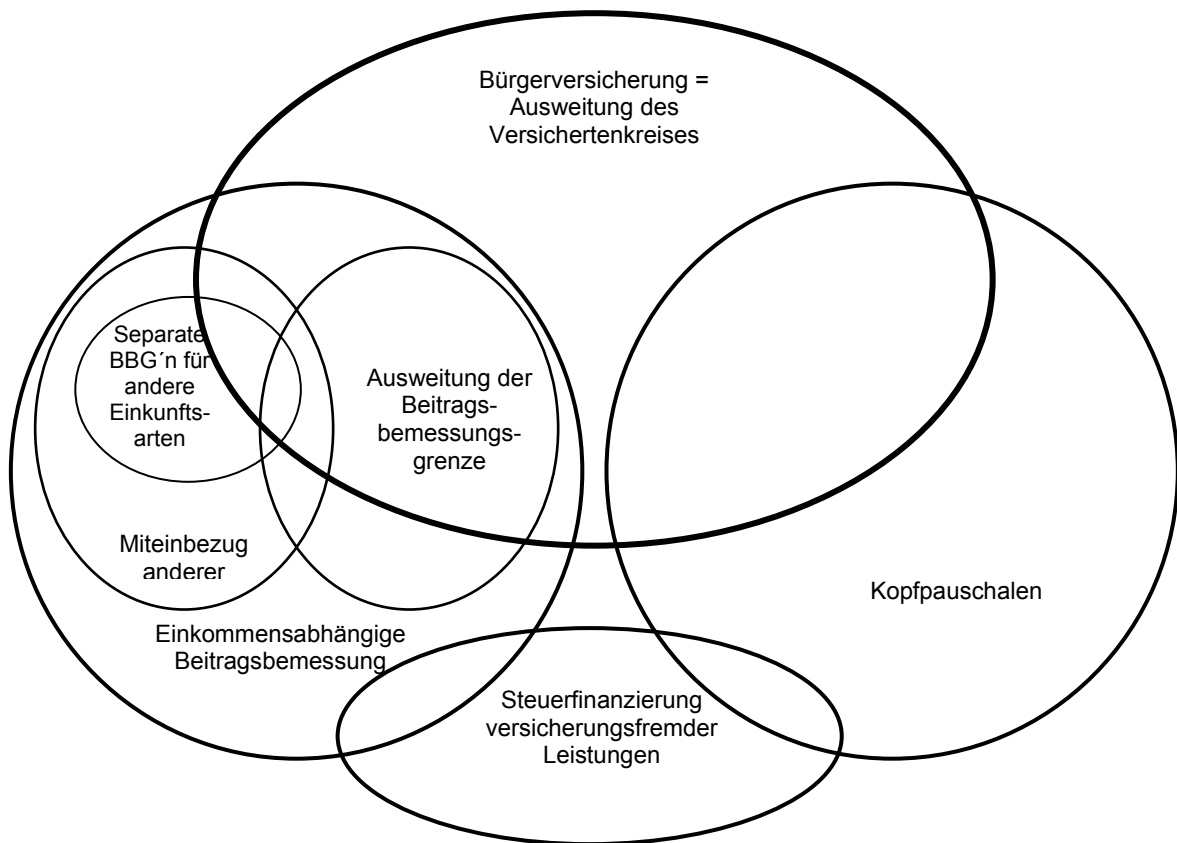
Quelle: eigene Darstellung auf Basis Statistisches Bundesamt (2004), S. 730; Statistisches Bundesamt (2005b); BMGuSS (v.J.b).

Die Erkenntnis, dass bei einer derartigen Erosion der Einnahmenbasis allein ausgabenseitige Reformen die herrschenden Probleme zwar vorübergehend lindern, aber nicht beseitigen, hat dazu geführt, dass sowohl Ökonomen als auch die Verantwortlichen in Politik und Wirtschaft Reformoptionen für die Einnahmenseite der GKV entwickelten. Hier sind im Wesentlichen die von einigen Ökonomen und den Unionsparteien präferierten Kopfpauschalen- oder Gesundheitsprämienmodelle sowie die von anderen Wissenschaftlern und der Regierungskoalition vorgeschlagene Bürgerversicherung zu nennen. Im Folgenden wird stellvertretend für alle Kopfprämienmodelle der Vorschlag der Unionsparteien vorgestellt sowie analog dazu auf das von SPD und DGB präferierte Bürgerversicherungsmodell eingegangen. Anschließend werden diese beiden Modelle hinsichtlich der Verteilungswirkungen mit dem bisherigen Status Quo in der Gesetzlichen Krankenversicherung verglichen.

2 Reformvorschläge und Modelle

Bei den einnahmeseitigen Reformen stehen – wie angedeutet – verschiedene Alternativen zur Auswahl, die im Wesentlichen folgende Reformparameter variieren: die Art der Beitragserhebung (einkommensbezogen vs. Erhebung pro Kopf) und den Umfang der Versicherungspflichtigen (Bürgerversicherung vs. Ausnahmetatbestände für einzelne Teilpopulationen). Hinzu kommen für den Fall der einkommensbezogenen Beiträge noch weitere Reformansätze wie die Ausweitung der beitragspflichtigen Einnahmen und Änderungen bei der Beitragsbemessungsgrenze. Folgende Abbildung veranschaulicht die Reformoptionen und zeigt das Verhältnis auf, in dem die genannten Alternativen zu sehen sind.

Abbildung 5: Reformalternativen für die Finanzierung der GKV



Quelle: eigene Darstellung.

Die konträren Modelle sind nicht, wie es in der öffentlichen Diskussion gelegentlich den Eindruck erweckte, Kopfpauschalen und Bürgerversicherung sondern vielmehr Kopfpauschalen oder Kopfprämien und einkommensbezogene Beiträge. Die Grafik macht deutlich, dass unter dem Begriff der Bürgerversicherung primär eine Ausweitung des Versichertenkreises auf bislang in der Privaten Krankenversicherung (PKV) oder in Sondersystemen Versicherte und Nicht-Versicherte verstanden werden muss. Die Beitragserhebung könnte, obwohl die meisten Bür-

gerversicherungsmodelle einkommensbezogene Beiträge vorsehen, auch über Kopfprämien erfolgen⁶. Ebenso könnten einzelne Maßnahmen zur Verbreiterung der Beitragsbasis auch ohne die Ausweitung des Versichertenkreises durchgeführt werden. So könnte etwa die Ausdehnung der Beitragsbemessungsgrenze und die Verbeitragung von weiteren Einkunftsarten neben dem Lohn- und Lohnersatz Einkommen auch in der heutigen GKV realisiert werden.

Einen weiteren Reformaspekt stellt die Finanzierung einzelner bislang durch die GKV abgedeckter Bereiche aus Steuermitteln dar. Dies wurde in der öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion häufig insbesondere für „versicherungsfremde Leistungen“ gefordert und in beschränktem Maße seit einigen Jahren umgesetzt. Die Finanzierung einzelner Teilbereiche der Sozialen Sicherung über Steuern ist unabhängig von der Gesamtkonzeption der Beitragserhebung möglich, d.h. sowohl im Rahmen eines Kopfprämienmodells, wie auch im Rahmen einer Bürgerversicherung realisierbar. In der aktuellen Diskussion rekurrieren vor allem die Protagonisten der Kopfprämien auf eine zunehmende Steuerfinanzierung von Leistungen, wie im Folgenden gezeigt wird.

2.1 Das Kopfprämienmodell des Unionskompromisses

Im Vorfeld der Parteitage von CDU und CSU im November bzw. Dezember 2004 kam es in den Unionsparteien zu einer Auseinandersetzung über die Umsetzbarkeit des von der CDU am Leipziger Parteitag 2003 beschlossenen Kopfprämienmodells. Insbesondere verteilungspolitische Argumente sprachen aus Sicht der Gesundheitspolitiker der CSU gegen ein solches Kopfprämienmodell.

Im Wesentlichen sieht das 2004 entstandene Kompromissmodell⁷ der Unionsparteien die Einführung einer Kopfprämie in Höhe von nur 109 Euro für die derzeit GKV-Versicherten vor. Damit ist der Kopfprämienbetrag auf den ersten Blick deutlich niedriger als in anderen bis dato bekannten Modellen⁸. Die Ursache hierfür liegt in einer Korrektur des CDU-Modells des Leipziger Parteitags: Die bisherigen Arbeitgeberbeiträge werden zwar weiterhin auf 6,5% beschränkt, sie werden allerdings nicht – wie zuvor von der CDU und anderen vorgeschlagen⁹ – als zu versteuernder Einkommensbestandteil an die Versicherten individuell

⁶ Es existieren zumindest in der Wissenschaft auch Vorschläge zur Einführung einer Bürgerprämie, die eine Beitragserhebung pro Kopf für alle Bürgerinnen und Bürger vorsieht (vgl. bspw. Wagner (2003), S. 3ff.) sowie SVR (2004). In der aktuellen Auseinandersetzung der Parteien spielen diese jedoch kaum eine Rolle, da sich die Unionsparteien auf ein Kopfprämienmodell unter Beibehaltung des bisherigen Versichertenkreises festgelegt haben (vgl. CDU (2003), S. 23f. sowie CDU (2004), S. 3f. und CSU (2004), S. 3f.).

⁷ Vgl. für eine ausführliche Darstellung des Kompromissmodells CDU (2004) bzw. CSU (2004).

⁸ Die Kopfprämie im Modell der CDU, wie auf dem Leipziger Parteitag 2003 beschlossen, sah noch eine kostendeckende Kopfprämie von 180 Euro und eine zusätzliche Prämie in Höhe von 20 Euro vor, die zum Ansparen eines Kapitalstocks verwendet werden sollte. Andere Modelle bewegten sich hinsichtlich der Höhe der kostendeckenden Kopfprämie bei ähnlichen Beträgen (vgl. bsw. Rürup/Wille (2004)).

⁹ Vgl. CDU (2003).

ausgezahlt, sondern vielmehr direkt von den Arbeitgebern an eine „Clearing-Stelle“ überwiesen, die diese gesamten Mittel dann an die entsprechenden Kassen als „Arbeitgeberprämie“ weiterleitet. Auf diese Weise erreicht der Unionskompromiss eine nur auf den Arbeitnehmeranteil begrenzte Kopfprämie, die zwar die Kosten allein nicht decken könnte, mit 109 Euro aber deutlich unterhalb der Kopfpauschalen in anderen Modellen liegt. Mit der Reduktion der Kopfprämie auf den Arbeitnehmeranteil, wird auch die Belastungsgrenze im Unionskompromiss verglichen mit anderen Modellen niedriger festgelegt: Sie beträgt nunmehr 7,0% des Haushaltsbruttoeinkommens. Der Umstand, dass die Arbeitgeberbeiträge insgesamt – nicht nur deren Versteuerung – zur Teilfinanzierung der Gesundheitsprämie herangezogen werden sollen, lässt auch einen Teil der in den anderen Prämien implizierten Begünstigung der Bezieher höherer Einkommen wegfallen.

Eine weitere Besonderheit des Unionskompromisses ist die spezielle Behandlung derjenigen freiwillig Versicherten, für die derzeit kein Arbeitgeberbeitrag gezahlt wird¹⁰. Hier sieht der Unionskompromiss vor, dass dieser Personenkreis eine vollständig kostendeckende Prämie zu zahlen hat. Je nach Leistungsumfang fällt die absolute Höhe der Kopfprämie unterschiedlich aus. Unsere Berechnungen illustrieren dies für zwei unterschiedliche alternative Leistungsvolumina, wobei in den Modellrechnungen auf die Daten und Strukturen des Jahres 2003, den aktuellsten verfügbaren, abgestellt wird.

Alternative 1 umfasst die Gesundheitskosten 2003 ohne Zahnersatz und Krankengeld. Zusätzlich wurde in Alternative 1 auch das 2003 in der GKV bestehende Defizit in Höhe von etwa 4,3 Mrd. Euro nicht für die Höhe der Kopfprämie berücksichtigt, so dass sich rechnerisch eine Kopfprämie in Höhe von 170,00 Euro ergeben hätte. Rechnerisch hätte dies einem durchschnittlichen kostendeckenden GKV-Beitragssatz von 13,22 Beitragssatzpunkten entsprochen.

Alternative 2 liegen Kopfprämien auf Basis der gesamten Gesundheitsausgaben 2003 mit Ausnahme des Krankengelds zu Grunde. Auch das 2003 entstandene Defizit wäre durch die Kopfprämie abgedeckt. Unter diesen Annahmen ergibt sich für 2003 eine kostendeckende Kopfprämie in Höhe von 181,50 Euro, die einem kostendeckenden GKV-Beitragssatz von 14,04% entspricht.¹¹

Im Unionskompromiss wird von einer kostendeckenden Kopfpauschale in Höhe von 169 Euro ausgegangen. Diese würde etwa ausreichen, den reduzierten Leistungskatalog nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) am 1. Januar 2004 ohne anfallenden Defizite zu finanzieren.

In den Rechnungen bzgl. der Verteilungswirkungen wurde bei den freiwillig Versicherten mit selbständigem Einkommen stets die Kopfprämienhöhe der

¹⁰ Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um die Gruppe der Selbständigen.

¹¹ Der tatsächliche durchschnittliche Beitragssatz belief sich auf 14,31%.

Alternative 2 in Höhe von 181,50 Euro unterstellt. Erst später, bei der Berechnung des Subventionsbedarfs, werden die beiden Alternativen 1 und 2 separat ausgewiesen.

Bei Umsetzung des Unionskompromisses entstünde ein enormer Finanzbedarf zur Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs, der derzeit innerhalb der GKV stattfindet. Dies hätte – soweit allgemeine Steuermittel hierfür verwendet werden sollten – u.a. die Konsequenz, dass zum Teil auch die heute nicht GKV-Versicherten zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, wie etwa der Abdeckung der Krankheitskosten der Kinder und der Subventionierung der Gesundheitskosten für Bezieher niedriger Einkommen, herangezogen würden. Je nachdem, aus welchen Steuerquellen dieser Ausgleich finanziert würde, ergäbe sich unter verteilungspolitischen Aspekten ein vollkommen neues Bild, wenn nicht nur die Gesundheitsprämienbelastungen mit ihrer vorgesehenen Maximalbelastung dargestellt würden, sondern die Gegenfinanzierung der erforderlichen Subventionen mit einbezogen würden.

Aber auch schon ohne die Berücksichtigung der Gegenfinanzierung muss bedacht werden, dass die Trennung von Abdeckung der Krankheitsrisiken im Rahmen der Kopfpauschalenfinanzierung von der Finanzierung des Sozialen Ausgleichs über Steuermittel einen sehr unterschiedlichen Grad an Sicherheit und Verlässlichkeit aufweist. Die teilweise nicht ungünstig aussehenden Verteilungseffekte für Bezieher geringer Einkommen weisen ein hohes Maß an Unsicherheit auf, während die Entlastungen der Bezieher höherer Einkommen weit verlässlicher finanziert sind.

Da der Unionskompromiss zur Vermeidung sozialer Härten Ausgleichszahlungen an einkommensschwächere Versicherte vorsieht, sind gerade in Anbetracht der Finanzlage der öffentlichen Haushalte die Höhe und die Art ihrer Gegenfinanzierung von großer Bedeutung. Dies gilt – wie bereits angesprochen – ebenso, wenn die mit der Umstellung der Kopfprämien einhergehenden Verteilungswirkungen umfassend berücksichtigt werden sollen. Darüber hinaus muss beachtet werden, dass die Ausgliederung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen für Kinder ebenfalls zu einem erheblichen Subventionsbedarf führt. Ein geringer Unterschied ergibt sich in den beiden Alternativausgestaltungen des Unionskompromisses nach der verwendeten Abgrenzung der Kosten für mitversicherte Kinder über 18 Jahren: Es wurde davon ausgegangen, dass für diese Gruppe die Prämie in gleicher Höhe wie für Erwachsene fällig wird, diese jedoch ebenfalls aus Steuermitteln finanziert wird. Der Unionskompromiss äußert sich nicht zur Finanzierung der Gesundheitskosten dieser großjährigen – derzeit familienversicherten – Kinder.

Im Unionskompromiss wirkt sich die niedrige Kopfpauschale verbunden mit der kompletten Nutzung der gedeckelten Arbeitgeberbeiträge anders aus als in den Modellen (z.B. CDU-Modell bzw. Modell von Rürup/Wille), die lediglich die Ver-

steuerung der ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge zur Gegenfinanzierung des Subventionsbedarfs heranziehen.

Bezogen auf die Alternative 2 entsteht allein durch die vorgesehene Steuerfinanzierung der Kinder bis 18 und jener über 18 Jahre, die auch bislang in der GKV mitversichert sind, ein Steuersubventionsbedarf von 18,0 Mrd. Euro. Um die Belastungsgrenze von 7% des Haushaltseinkommens bei den aktiv Versicherten (AKV-Versicherte) zu garantieren, wäre 2003 ein weiterer Subventionsbedarf von 10,4 Mrd. Euro (Alternative 2) entstanden. Der Subventionsbedarf für die Rentner in der KVdR verursacht für den Fiskus weitere 7,1 Mrd. Euro an Ausgleichszahlungen. Schließlich ist noch ein Defizit zu finanzieren, das sich durch die Festlegung der nicht kostendeckenden Kopfprämienhöhe in Höhe von 109 Euro ergibt. Da in Alternative 1 eine Kopfprämie von 170 Euro und in Alternative 2 eine von 181,50 € nötig wäre, um alle Kosten der GKV zu decken, ergibt sich somit ein zusätzliches Defizit in Höhe von 38,3 Mrd. Euro (Alternative 1) bzw. 45,5 Mrd. Euro (Alternative 2).

Insgesamt beläuft sich der über die Kopfprämie hinausgehende Finanzbedarf nach Alternative 1 auf 73,3 Mrd. bzw. nach Alternative 2 auf 81,0 Mrd. Euro (vgl. Tabelle 1).

Dies entspricht allerdings nicht der Summe an Transfers, die aus Steuermitteln finanziert werden müssen. Da die Unionsparteien vorgesehen haben, dass der Arbeitgeberbeitrag auf 6,5% festgeschrieben und über eine Clearing-Stelle komplett zur Finanzierung des Fehlbetrags herangezogen werden soll, können die Krankenkassen daraus mit Einnahmen in Höhe von insgesamt 58,5 Mrd. Euro rechnen¹², so dass sich der Subventionsbedarf insgesamt schließlich auf 14,8 Mrd. Euro (Alternative 1) bzw. 22,5 Mrd. Euro (Alternative 2) beläuft.

Somit ist zu konstatieren, dass erhebliche Belastungen für den Staatshaushalt zu erwarten sind, würde das Kompromissmodell der Union eingeführt. Die Höhe des so ermittelten Fehlbetrags der Finanzierung fällt höher aus als bei manchen anderen Autoren.¹³ Diese ist teils jedoch darauf zurückzuführen, dass die Kosten für erwachsene Kinder übersehen werden. Es wird weder berücksichtigt, dass diese Kinder – wie in unserer Modellausgestaltung unterstellt – keine Kopfprämien zahlen müssen, sondern diese aus Steuermitteln finanziert erhalten, noch, dass damit der Solidarausgleichsbedarf steigen würde, sofern ihre Familien die Kosten aufbringen müssten: So müsste beispielsweise eine Familie, die drei Kopfpauschalen zu entrichten hätte, bis zu einem Bruttoeinkommen von monatlich 4671 Prämien subventionen erhalten; bei einem Ehepaar mit zwei

¹² Dieser Betrag resultiert aus den Arbeitgeberbeiträgen für sozialversicherungspflichtig beschäftigte sowie den hälftigen Beiträgen, die die gesetzliche Rentenversicherung und die Arbeitslosenversicherung für GKV-versicherte Leistungsbezieher bezahlt. Nicht enthalten sind dagegen Beitragsteile der freiwillig Versicherten, die den gesamten Beitrag selbst leisten,

¹³ Vgl. Gaßner et al. (2005).

großjährigen Kindern läge die Subventionsgrenze sogar bei 6229 Euro monatlich, wenn sie selbst die Prämien für ihre Kinder bezahlen müssten. Allerdings trifft zu, dass sich der Subventionsbedarf vermindert, wenn man durch einen reduzierten Leistungskatalog die GKV-Ausgaben senkt, wie dies beispielsweise durch das GMG erfolgt ist.

Zu diesem fiskalischen Argument, das gegen eine Einführung von Kopfprämien spricht, kommt hinzu, dass durch die Belastungsgrenze von 7% insgesamt etwa 25,1 Mio. GKV-Mitglieder zu Subventionsempfängern würden. Für die Umsetzbarkeit der Kopfprämien bedeutet dies, dass von enorm vielen Personen das Haushaltseinkommen ermittelt werden müsste, um dann individuell über die Zuschussberechtigung zu entscheiden. erinnert man sich an die Einführung des Arbeitslosengeldes II und die Überführung von rd. 1 Mio. Sozialhilfeempfänger in die Verantwortung der Bundesagentur für Arbeit zurück, so kann man sich vorstellen, welcher Aufwand bei über 25 Mio. subventionsberechtigten GKV-Mitgliedern entstehen würde – selbst dann, wenn das Erfassungsverfahren bei den Finanzämtern weitgehend routinisiert würde. Führt man sich vor Augen, dass zu einem großen Teil Rentner, die heute keine Steuererklärung abgeben, weil sie keine Steuern zu entrichten haben, zu den Subventionsempfängern zählen werden, kommt hier ein erheblicher Zusatzaufwand auf die Finanzbürokratie hinzu. Inwiefern gerade bei hochbetagten Rentnern eine solche Neuerung problemlos umgesetzt werden kann, ist sehr fragwürdig.

Tabelle 1: Subventionsbedarf und Gegenfinanzierung für das Kopfprämienmodell der Union, Rechnungsbasis 2003, in Mrd. Euro

Finanzierungskomponenten	Unionskompromiss	
	Modellalternative	
	1	2
Finanzierung der Gesundheitsleistungen für Kinder bis unter 18 Jahren	-12,8	-12,8
Finanzierung der Gesundheitsleistungen für „Kinder“ ab 18 Jahren	-4,9	-5,2
Zuschüsse an die gering verdienenden Versicherten der AKV	-10,2	-10,4
Zuschüsse an die gering verdienenden Versicherten der KVdR	-7,1	-7,1
Unterdeckung aufgrund nicht kostendeckender Kopfpauschale	-38,3	-45,5
Gesamtunterdeckung	-73,3	-81,0
Direkt an Krankenversicherung gezahlte gedeckelte GKV-Arbeitgeberbeiträge	58,5	58,5
Verbleibende Deckungslücke	-14,8	-22,5
Subventionsempfänger bei GKV-Mitgliedern, in Mio.	25,1	25,1

Quelle: eigene Darstellung und Berechnung.

Die Finanzierung der nötigen Subventionen über die derzeitigen Steuerhaushalte der Gebietskörperschaften erscheint – gleichgültig, welche Alternative zu Grunde gelegt wird – unrealistisch.

Aus diesem Grund wird es bei einer Realisierung des Kopfprämienmodells nach den Vorstellungen von CDU und CSU zu einer Finanzierung über zusätzliche Steuereinnahmen kommen müssen. Wir haben in diesem Zusammenhang untersucht, in welchem Umfang eine Erhöhung der Umsatzsteuer und der Einkommensteuer¹⁴ nötig wäre um den genannten Subventionsbedarf zu decken. Die Ergebnisse unserer Berechnungen gibt folgende Tabelle 2 wieder.

Tabelle 2: Notwendige Aufschläge auf die Einkommensteuer bzw. notwendige Mehrwertsteuererhöhung zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs für das Kompromissmodell der Union

	Subventionsbedarf in Mrd. €	Gesundheits-soli in % der Einkommensteuer	Notwendige Erhöhung des regulären MwSt.-Satzes in %-Punkte	Notwendige Erhöhung des ermäßigten MwSt.-Satzes in %-Punkte
Alternative 1	14,8	9,2%	1,7%	0,8%
Alternative 2	22,5	14,1%	2,6%	1,2%

Quelle: eigene Darstellung und Berechnung.

Es zeigt sich, dass für den Fall einer Finanzierung über einen Zuschlag auf die Einkommensteuer (Gesundheitssoli) dieser Aufschlag je nach Alternative 9,2% bzw. 14,1% betragen müsste. Die Belastung durch einen Gesundheitssolidarzuschlag als prozentualer Aufschlag auf die Einkommensteuer entfaltet eine ähnliche Verteilungswirkung wie diese. Angesichts der höheren Abschreibungsmöglichkeiten bei den Beziehern höherer Einkommen ist davon auszugehen, dass sich die nominelle Steuerprogression keineswegs voll in der Steuerlast niederschlägt. Aber tendenziell ist zu erwarten, dass die Belastung nicht regressiv, sondern milde progressiv wirkt (vgl. Kapitel 3.4 unten). Nicht auszuschließen ist allerdings, dass besonders die mittleren Einkommen besonders belastet werden. Positiv ist in diesem Zusammenhang allerdings anzumerken, dass die Auswirkungen der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze der GKV deutlich regressiver sind¹⁵. In der aktuellen politischen Diskussion – insbesondere von Seiten der Unionsparteien und des möglichen Koalitionspartners FDP – ist es allerdings fraglich, ob die genannten Parteien sich für eine derartige Finanzierung über einen Zuschlag auf die Einkommensteuer entscheiden würden. Wie ein Teilverzicht auf die Absenkung des Spitzensteuersatzes nach einer von ihnen angekün-

¹⁴ Die Erhöhung der Einkommensteuer erfolgt in unseren Berechnungen nicht über eine Anhebung der Einkommensteuersätze. Vielmehr wird ein zusätzlicher Prozentsatz von der Einkommensteuer (analog zum Solidaritätszuschlag nach der deutschen Wiedervereinigung) unterstellt, der unter dem Begriff Gesundheitssoli beschrieben wird.

¹⁵ Vgl. Fritzsche et al. (2003), S. 51.

digten Steuerreform tatsächlich wirkt, kann angesichts der vorerst gänzlich vagen und allgemeinen Vorstellungen nicht vorhergesagt werden.

Wahrscheinlicher erscheint die Alternative einer weiteren Anhebung der Mehrwertsteuer. Zwar hat die Union eine Erhöhung dieser Steuer bereits angekündigt, um eine Absenkung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gegenzufinanzieren. Der anvisierte Umfang erscheint aber zu niedrig, um auch die Krankenversicherungsbeiträge dadurch absenken bzw. subventionieren zu können. Die Pläne der Unionsparteien, eine Senkung der Lohnzusatzkosten aus der Erhöhung der Umsatzsteuer zu finanzieren, erfordern nach Angaben der Union eine Erhöhung der Mehrwertsteuer um etwa 2 Prozentpunkte¹⁶, so dass der dann gültige Mehrwertsteuersatz bei 18% liegen müsste. Würde der Subventionsbedarf für Kopfprämien ebenfalls über eine Erhöhung der Mehrwertsteuer finanziert, so müsste der reguläre Satz um weitere 1,7 Prozentpunkte (Alternative 1) bzw. 2,6 Prozentpunkte (Alternative 2) angehoben werden. Zusätzlich hierzu müsste auch der ermäßigte Umsatzsteuersatz um 0,8 bzw. 1,2 Prozentpunkte erhöht werden bzw. der reguläre Satz noch stärker angehoben werden.

Als besonders fraglich ist jedoch die Nachhaltigkeit einer solchen Subventionsfinanzierung über der Bundeshaushalt anzusehen. Muss aber davon ausgegangen, dass eine solche Subventionierung nur vorübergehend erfolgt bzw. sehr bald abgeschmolzen wird, so wäre mit einer solchen Reformmaßnahme eine massive Umverteilung der Realeinkommen von unten nach oben verbunden, da nunmehr die Kopfpauschale einer wichtiger Posten im Warenkorb der Haushalte würde. Die Maßnahmen zur Entlastung der Lohnnebenkosten der Bezieher niedriger Einkommen würden damit konterkariert.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass der Unionskompromiss zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung eine sehr große Zahl an Subventionsempfängern hervorbringt und dadurch enorme Belastungen für den Fiskus generiert werden. Diese hohen Belastungen sind aber nicht nur auf die Subventionen an die Bezieher niedrigerer Einkommen zurückzuführen. Auch Maßnahmen wie die Entlastung der Arbeitgeber durch die Festschreibung der Arbeitgeberanteils, die Ausgliederung der Finanzierung der Gesundheitsleistungen der Kinder aus der GKV und die mit 109 € nicht kostendeckende Kopfprämie schlagen sich hier nieder.

2.2 Das Modell einer Bürgerversicherung

Wie eingangs bereits erwähnt, ist die Einführung einer Bürgerversicherung zwar in der öffentlichen Diskussion als Gegenmodell zu den Kopfprämienmodellen einiger Wissenschaftler und der Unionsparteien zu sehen. Dennoch bezieht sich der Begriff Bürgerversicherung vornehmlich auf die Ausweitung des Versicher-

¹⁶ Vgl. CDU / CSU (2005), S. 13.

tenkreises und nicht auf die Art und Weise der Beitragsbemessung. Gleichwohl sehen die in der politischen Diskussion unter dem Begriff „Bürgerversicherung“ subsumierten Modelle allesamt die Beibehaltung der einkommensbezogenen Beiträge vor und stehen somit in diesem Zusammenhang im Widerspruch zum Kopfprämienmodell der Unionsparteien.

Darüber hinaus können aber im Rahmen einer Bürgerversicherung neben der Ausweitung des Versichertenkreises noch weitere Reformoptionen unterschieden werden. Dies betrifft zum einen eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf andere Einkunftsarten, zum anderen eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze.

Die nachstehend dargestellten Effekte und Wirkungen einer Bürgerversicherung beruhen auf Berechnungen, die für 2003 davon ausgehen, dass folgende, derzeit nicht in der GKV versicherte Bevölkerungsgruppen in eine Bürgerversicherung integriert wären:

PKV-versicherte Arbeiter/innen und Angestellte mit Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze inkl. PKV-versicherte Rentner/innen sowie deren mitversicherte Familienangehörige,¹⁷

PKV-versicherte Beamte/innen und Pensionäre sowie deren mitversicherte Familienangehörige,¹⁸

PKV-versicherte Selbständige sowie deren mitversicherte Familienangehörige,¹⁹

nicht GKV-versicherte Sozialhilfeempfänger,

in Sondersystemen abgesicherte Personen so wie Grundwehr- und Ersatzdienstleistende, die bislang im Rahmen der freien Heilsfürsorge abgesichert sind,

nicht krankenversicherte Personen.

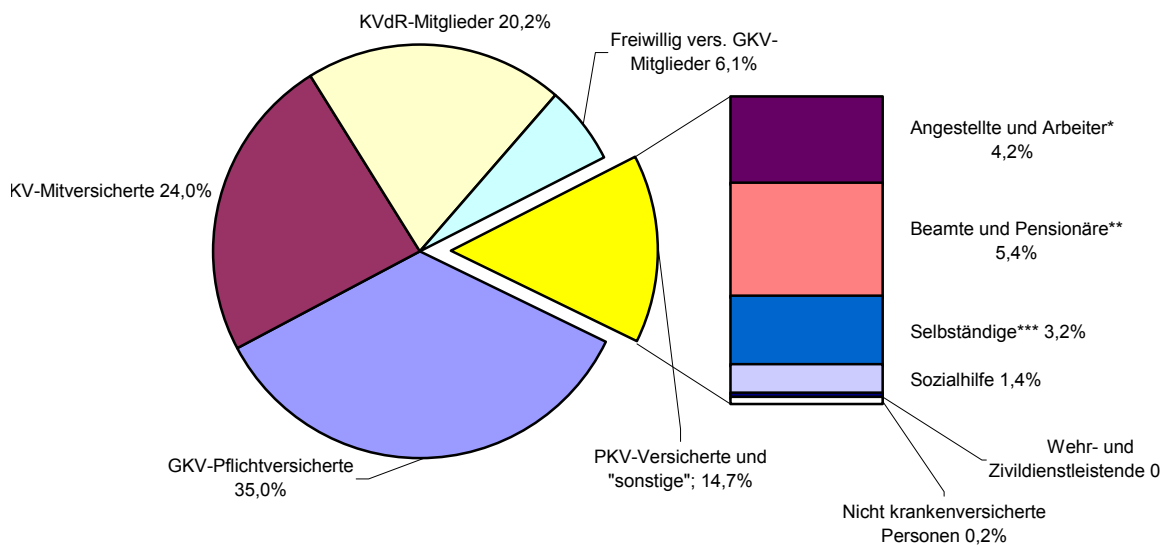
Zur Abschätzung der Effekte einer Ausweitung des Versichertenkreises erscheint es sinnvoll, zunächst die aktuelle Versichertenstruktur in Deutschland zu betrachten. Dies hilft bei der Quantifizierung derjenigen Personengruppen, die derzeit nicht in der GKV versichert sind, die jedoch bei Einführung einer Bürgerversicherung vollständig in dieser versicherungspflichtig würden. Nachfolgende Abbildung zeigt die in der GKV Versicherten in Abhängigkeit ihres Versichertenstatus, die in der privaten Krankenversicherung (PKV) Vollversicherten nach Stellung im Beruf sowie die sonstigen Bevölkerungsgruppen als Anteile an der Wohnbevölkerung.

17 Erfasst nach den Prozessdaten der GKV (Statistik KM1) sowie der gesetzlichen Rentenversicherung (Statistik Versicherte sowie Rentenbestand).

18 Erfasst nach der Personalstandsstatistik des öffentlichen Dienstes.

19 Erfasst nach dem Mikrozensus.

Abbildung 6: Wohnbevölkerung nach Versichertenstatus in 2003



* inkl. privat versicherte Rentner und Familienangehörige

** inkl. Empfänger von Heilfürsorge (ohne Wehr- und Zivildienstleistende) und mitversicherte Familienangehörige

*** inkl. mitversicherte Familienangehörige

Quelle: Eigene Darstellung.

Mit etwa 85,3% ist der weitaus größte Teil der Bevölkerung in der GKV versichert, wobei die freiwillig GKV-Versicherten mit nur rund 6,1% einen eher geringen Anteil ausmachen. Die Gruppe der nicht in der GKV versicherten Personen macht in Deutschland rund 14,7% der Bevölkerung aus. Es fällt auf, dass die größte Gruppe der derzeit nicht in der GKV Versicherten, nämlich die Beamten und Pensionäre sowie deren mitversicherte Familienangehörige, rund 36,7%²⁰ aller nicht GKV-Versicherten darstellt. Die zweitwichtigste Berufsgruppe in der PKV besteht aus den Angestellten und Arbeitern mit Erwerbseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze, deren Angehörigen sowie der privat versicherten Rentner/innen, die rund 28,6% aller nicht GKV-Versicherten ausmachen. Weniger bedeutsam, aber dennoch die drittgrößte Gruppe stellen mit einem Anteil von etwa 21,8% die Selbständigen mit ihren Angehörigen dar. Sozialhilfeempfänger/innen²¹ weisen einen Anteil an den nicht GKV-Versicherten von 9,5%, Wehr- bzw. Zivildienstleistende von nur etwa 1,4% bzw. nicht krankenversicherte Personen von ebenfalls lediglich 1,4% auf.

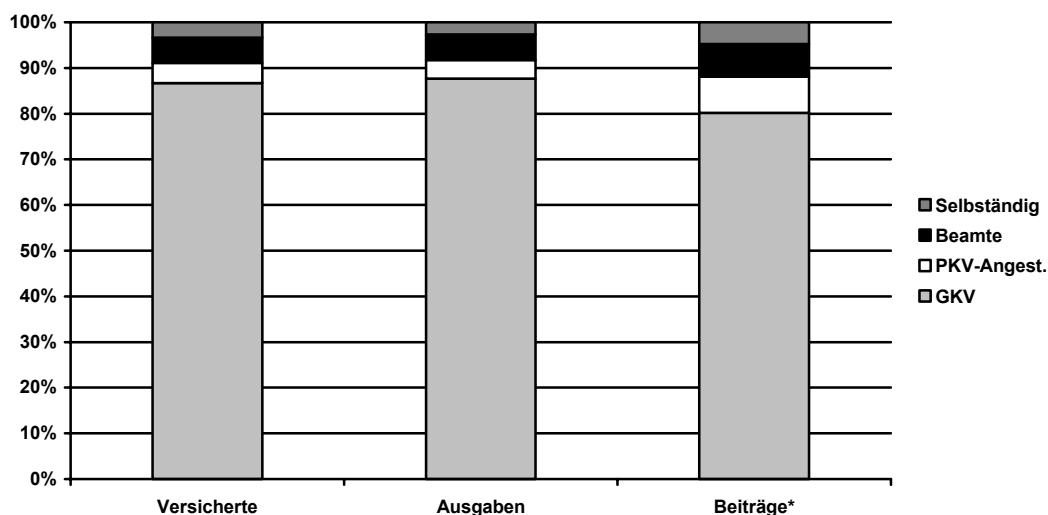
Bei einer Ausweitung des Versichertenkreises - insbesondere auf die drei größten Gruppen - sind somit die spürbarsten Beitragssatzeffekte zu erwarten.

²⁰ Werte im Folgenden bezogen auf 14,7%.

²¹ Bei den hier erfassten Sozialhilfeempfängern handelt es sich nur um jene, die nicht aufgrund anderer angerechneter Einkommen Versicherungsschutz genießen, wie etwa Rentner/innen und arbeitslose Leistungsempfänger/innen.

Die Frage, ob sich diese Beitragssatzeffekte tendenziell in Beitragssatzsteigerungen oder in Beitragssatzreduktionen äußern, thematisiert Abbildung 7, wobei die Darstellung lediglich von einer Ausweitung des Versichertenkreises, nicht jedoch von einer Verbeitragung weiterer Einkunftsarten ausgeht.

Abbildung 7: Anteile einzelner Bevölkerungsgruppen an Versicherten, an Ausgaben und an Beiträgen, 2003



* ohne Kapitaleinkommen und sonstige Einkunftsarten.

Quelle: eigene Darstellung.

Wie zu erkennen ist, übersteigt bei den bisher PKV-versicherten Angestellten und Arbeitern der Anteil ihrer Beitragseinnahmen den Anteil ihrer Leistungsausgaben. Deutlich abgeschwächt tritt dieser Effekt auch bei den Beamten auf, wenngleich auch für diese Personengruppe die Beitragseinnahmen höher als die Leistungsausgaben liegen. Für die Selbständigen übersteigen die Beitragseinnahmen ebenfalls die Leistungsausgaben, allerdings tritt der Effekt bei dieser Personengruppe wieder relativ ausgeprägt auf. Aufgrund der Tatsache, dass für alle zusätzlich in die Bürgerversicherung einzubeziehenden Personenkreise die Beitragseinnahmen die Leistungsausgaben übersteigen, handelt es sich um „überdurchschnittlich gute Risiken“. Dabei weisen die Beamten die höchste Zahl an Versicherten auf, gefolgt von bislang PKV-versicherten Angestellten und Arbeitern sowie den Selbständigen. Somit sind allein aufgrund einer Ausweitung der Versicherungspflicht auf diese drei Gruppen in einer Bürgerversicherung Beitragssatzentlastungen zu erwarten. Wie stark die Beitragssatzsenkungen bei Einführung einer Bürgerversicherung allerdings konkret ausfallen, hängt aber darüber hinaus noch von den Anteilen der jeweiligen zusätzlich in die Bürgerversicherung einzubeziehenden Personengruppen an der Wohnbevölkerung ab.

Unsere Modellrechnungen haben gezeigt, dass eine sofortige und vollständige Ausweitung des Versichertenkreises der GKV auf die gesamte Wohnbevölkerung zu Beitragssatzreduktionen von 1,1%-Punkten unter Beibehaltung der GKV-Bei-

tragsbemessungsgrenze bzw. 1,8%-Punkten unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze der GRV führen würden²². Die Einbeziehung von Kapital- und Mieteinkommen in die Beitragsbemessung auf Basis eines Zwei-Säulen-Modells²³ ermöglicht – ermittelt auf Basis von zwei unterschiedlichen Datenquellen – weitere Beitragssatzreduktionen in Höhe von 0,2 bis 0,3%-Punkten. Beide Verfahren zeigen keine sehr hohen Beitragssatzentlastungseffekte auf, durch die Verbeitragung zusätzlicher Einkünfte (steuerlich vor allem ein Teil der sonstigen Einkünfte) können allerdings weitere Beitragssatzsenkungen erzielt werden.²⁴

Wie sich aus den Berechnungen ergeben hat, wirkt sich besonders die Einbeziehung der Angestellten (und Arbeiter) mit Einkommen über der derzeitigen Versicherungspflichtgrenze stark auf den Beitragssatz aus, da diese relativ große Gruppe hohe Einkommen, relativ geringe Kosten und eine nur geringe Zahl von mitversicherten Familienangehörigen aufweist. Demgegenüber führt die Integration der Beamten und Pensionäre nur zu einer geringeren Senkung des Beitragssatzes, da diese Gruppe zum einen eher durchschnittliche Kosten und nur etwas überdurchschnittliche Einkommen aufweisen dürfte und überdurchschnittlich viele mitversicherte Angehörige hat. Die Selbständigen ermöglichen schätzungsweise eine weitere Beitragssenkung von 0,2 Beitragssatzpunkten. Interessant ist, dass die nicht in der GKV versicherten Sozialhilfeempfänger, wollte man sie regulär in die Versicherung einbeziehen, eine Erhöhung des Beitragssatzes bewirken würden, da sie nur geringe Beiträge zu entrichten hätten, jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit eine hohe Morbidität aufweisen.

Die sich aus den Berechnungen ergebenden Beitragssatzentlastungseffekte stellen allerdings für die Umsetzungsmöglichkeiten einer Bürgerversicherung eher eine theoretische Obergrenze möglicher Beitragssatzreduktionen dar, da eine vollständige und sofortige Umstellung der GKV auf eine Bürgerversicherung aus Vertrauensschutzgründen der bisher PKV-Versicherten kaum durchsetzbar erscheint. Für die politisch realistischere Variante einer sukzessiven Umstellung auf eine Bürgerversicherung für Berufsanfänger und deren Angehörige sind allerdings in den kommenden Jahren zunächst kaum Beitragssatzentlastungseffekte zu erwarten, da die bisher PKV-Versicherten erst kontinuierlich in die Bürgerversicherung hineinwachsen würden. Die Auswirkungen sind letztlich auch davon abhängig, ob den bisher PKV-versicherten Personen eine Option zum Übertritt in die Bürgerversicherung eingeräumt werden soll. Je nachdem, welche Gruppen wann von einem solchen Recht Gebrauch machen würden, kämen sehr unterschiedliche Auswirkungen zustande.

Mit der Einführung der Bürgerversicherung wird zwar nicht nur das Ziel verfolgt, die Beitragssätze der solidarischen Krankenversicherung zu senken, sondern

22 Vgl. Pfaff et al. (2004).

23 Vgl. SPD (2004), S. 24ff.

24 Vgl. Langer et al. (2004).

auch wünschenswerte Steuerungsimpulse zu geben und größere Beitragsgerechtigkeit im Sinne der Belastung nach der Leistungsfähigkeit zu realisieren. Dennoch ist es wünschenswert eine solche Absenkung zu erreichen, zum einen um Lohnnebenkosten zu senken, zum anderen um den Gruppen mit künftig größerer Beitragsbasis über Beitragssatzreduzierungen eine relative Entlastung zu gewähren. Berücksichtigt man jedoch, dass der Versichertenkreis möglicherweise nur allmählich ausgeweitet werden kann, so zeigt sich, dass wohl auch deshalb nicht darauf verzichtet werden kann, die Beitragsbasis zu verbreitern, um die angestrebte Entlastung der Arbeitskosten zu erreichen. Das bedeutet, die Kapital- und Mieteinkommen in die Beitragsbemessung einzubeziehen, auch wenn dies keine allzu hohen Entlastungseffekten mit sich brächte. Zudem würde dies auch der wachsenden zukünftigen Bedeutung von Miet- und Kapitaleinkommen Rechnung tragen. Im Zusammenhang mit der Verbeitragung von Kapitaleinkommen gilt es allerdings zu beachten, dass der Faktor Kapital gerade in einer zunehmend globalisierten Welt eine immer größere Mobilität aufweist, so dass eine Beitragserhebung hier eventuell eine weitere Abwanderung von Kapitalvermögen ins Ausland nach sich ziehen könnte und dadurch in der Folge die erhofften Beitragseinnahmen nur vermindert auftreten. Bei der Verbeitragung von Miet- und Kapitaleinkommen sind des Weiteren auch die unterschiedlichen Verfahren des Beitragseinzugs und deren Auswirkungen auf eine zeitnahe Beitragseinnahme durch die Krankenversicherung sowie die Verwaltungskosten der Kassen zu beachten.²⁵ Zur Zeit überwiegt die Meinung, man solle auf eine Verbeitragung von Mietkosten verzichten – nicht zuletzt, weil mindestens gemäß der für 1998 festgestellten Ergebnisse aus der Lohn- und Einkommensteuerstatistik die negativen Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung überwiegen.²⁶

Von der SPD wurde als weitere mögliche Reformoption zur Erfassung der Kapitaleinkünfte die Erhebung eines Zuschlags auf eine zukünftig erhobene Abgeltungssteuer, die die momentane Quellensteuer ersetzen würde, aufgebracht.²⁷ Diese hätte den Vorteil eines sofortigen Beitragsaufkommens, das die gesamte Bevölkerung betreffen würde, unabhängig davon, ob die jeweiligen Personen schon in der Bürgerversicherung oder noch in der PKV versichert sind. Allerdings bringt auch dieser Vorschlag analog zur Verbeitragung von Kapital- und Mieteinkommen im Rahmen der Bürgerversicherung die Gefahr der Abwanderung von Kapitalvermögen ins Ausland mit sich.

Als „kleine“ Reformoption bleibt schließlich noch die alleinige Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze der GKV, die für sich genommen bei einer Anhebung auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der GRV zu einer Beitragssatzreduktion von 0,4 Beitragssatzpunkten führen würde. Diese Variante hätte zwar den Vorteil der sofortigen Umsetzbarkeit sowie eines nicht unbeachtlichen

²⁵ Vgl. Langer et al. (2004), S. 48f.

²⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2005a).

²⁷ Vgl. SPD (2004), S. 28f.

Entlastungseffekts. Allerdings würde sie die durch die Existenz der Versicherungspflichtgrenze hervorgerufenen Probleme nicht lösen können. In diesem Zusammenhang erscheint es problematisch, wenn PKV-Versicherte mit überdurchschnittlichen Einkommen sich dem System GKV nach wie vor entziehen könnten, wohingegen freiwillig in der GKV versicherte Personengruppen durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zusätzlich belastet würden. Dies würde den in den letzten Jahren zu beobachtenden Trend zur Abwanderung freiwilliger GKV-Versicherter in die PKV weiter beschleunigen. Von Gegnern dieses Vorschlags wird auch auf die damit verbundene Zunahme der Belastung der Lohnnebenkosten für bestimmte Arbeitgeber verwiesen.

Falls eine Entlastung der Arbeitgeber die Zielsetzung der Reformmaßnahmen sein sollte, kann diese allerdings auch schon im jetzigen GKV-System problemlos durch die Absenkung bzw. Festschreibung des GKV-Arbeitgeberanteils durchgeführt werden. Eine derartige Maßnahme hat jedoch freilich eine weitere Aushöhlung der paritätischen GKV-Finanzierung zur Folge.

2.3 Vergleich der Modellvorschläge

Die folgende Synopse soll helfen, das Kopfprämienmodell des Unionskompromisses sowie das Modell einer Bürgerversicherung hinsichtlich bestimmter Ausgestaltungsdimensionen mit dem status quo der GKV zu vergleichen (vgl. Tabelle 3). Ein erster großer Unterschied zwischen den verschiedenen Modellvorschlägen ergibt sich in der Abgrenzung des Versichertenkreises. Während die Bürgerversicherung perspektivisch das Ziel einer Versicherung der gesamten Bevölkerung verfolgt, beschränkt sich der Unionsvorschlag auf den Versichertenkreis der heutigen GKV. Hinsichtlich der Mitversicherung von Ehegatten sieht die Bürgerversicherung analog zur heutigen GKV eine beitragsfreie Mitversicherung vor, der Unionsvorschlag hingegen möchte die Ehegatten zukünftig einer Beitragspflicht unterwerfen. Bezüglich der Finanzierung der Gesundheitskosten der Kinder strebt die Bürgerversicherung wie die status quo GKV eine beitragsfreie Mitversicherung dieser Personengruppe an, wohingegen der Unionsvorschlag vorsieht, die Kindergesundheitskosten gänzlich aus der Beitragsfinanzierung herauszunehmen und zukünftig über den Steuerhaushalt zu finanzieren. In Bezug auf die Versicherungsberechtigung möchte die Bürgerversicherung alle Bürger einer Versicherungspflicht unterwerfen, das Unionsmodell sieht hingegen (wie bisher die GKV) eine Versicherungspflicht für bestimmte Gruppen (z.B. für Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen unterhalb einer bestimmten Grenze) und für andere Gruppen (z.B. für Selbständige) eine Versicherungsbechtigung vor.

Tabelle 3: Ausgestaltungsdimensionen der Bürgerversicherung und des Gesundheitsprämienmodells der Union im Vergleich zur GKV: Versichertenkreis

Versicherte	Bürgerversicherung	GKV	Unionskompromiss
Versichertenkreis/ Mitglieder	Ziel: gesamte Bevölkerung; Ausweitung auf Angestellte und Arbeiter mit Einkommen über Versicherungspflichtgrenze, Beamte, Selbständige und Versicherter von Sonder-systemen, Sozialhilfeempfänger	Pflichtversicherte (gemäß § 5 SGB V), Versicherungsberechtigte (gemäß § 9 SGB V) und Familienversicherung (gemäß § 10 SGB V)	Wie GKV
Deckung der Gesundheitskosten/ Versicherung von Ehegatten	Beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten (ohne mehr als geringfügiges Einkommen) der bisherigen GKV-Mitglieder, weiterer Erwerbstätiger und Empfänger von Lohnersatzleistungen	Beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten ohne mehr als geringfügiges Einkommen	Keine beitragsfreie Mitversicherung
Deckung der Gesundheitskosten/ Versicherung von Kindern	Beitragsfreie Mitversicherung wie Ehegatten	Beitragsfreie Mitversicherung wie Ehegatten	Keine beitragsfreie Mitversicherung; Finanzierung der Gesundheitskosten aus Steuermitteln
Versicherungsberechtigung	Nein, Versicherungspflicht für alle	Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung, teils Wahlrecht, teils keine Möglichkeit/ kein Anreiz zur Versicherung (Beamte)	Wie GKV

Quelle: eigene Darstellung.

Hinsichtlich der Art der Beitragsbemessung finanziert sich die Bürgerversicherung wie die heutige GKV über einkommensproportionale Beiträge bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze (vgl. Tabelle 4). Der Unterschied zwischen beiden Systemen liegt in einer Verbeitragung weiterer Einkunftsarten in der Bürgerversicherung (z.B. Kapitaleinkommen), wohingegen die GKV (für Versicherungspflichtige) lediglich Beiträge auf Löhne oder Lohnersatzleistungen erhebt. Der Unionskompromiss sieht dagegen vor, dass künftig alle GKV-Versicherten mit Arbeitgeberanteil so wie deren Ehegatten ohne eigenes Einkommen eine einheitliche Gesundheitsprämie von 109 Euro, GKV-Versicherte ohne Arbeitgeberanteil eine kostendeckende Pauschalprämie (nach den von uns für 2003 berechneten Modellen von 170 Euro bzw. 181,50 Euro, nach dem Vorschlag der Unionsparteien von 1969 Euro) bezahlen. In der Bürgerversicherung bzw. der heutigen GKV ist die maximale Beitragslast durch die Beitragsbemessungsgrenze und den Beitragssatz determiniert, im Unionsvorschlag liegt die maximale Prämienlast

hingegen bei 7% des Haushaltsbruttoeinkommens; für freiwillig Versicherte ohne Arbeitgeberanteil soll diese Grenze 14% betragen. Allen drei Systemen ist gemeinsam, dass die Finanzierung der Ausgaben im Umlageverfahren erfolgt und keine risikodifferenzierende Beitragsgestaltung erlaubt wird (Diskriminierungsverbot).

Tabelle 4: Ausgestaltungsdimensionen der Finanzierung der Bürgerversicherung und des Gesundheitsprämienmodells der Union im Vergleich zur GKV: Finanzierungsbasis

Finanzierungsbasis	Bürgerversicherung	GKV	Unionskompromiss
Finanzierung/ Beitragsbasis	Einkommensproportionale Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze; möglichst auf alle Einkunftsarten (evtl. außer Vermietung und Verpachtung); kostendeckender Beitragssatz: 12,64%	Einkommensproportionale Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze auf Lohn und Lohnersatzleistungen; für freiwillig Versicherte auf alle Einkunftsarten; kostendeckender Beitragssatz: 14,04% (Alternative 1: 13,22%)	Ohne Einkommensbezug; identisch für alle Personen mit Arbeitgeberanteil: 109,00 €; für Versicherte ohne Arbeitgeberanteil: kostendeckend Kopfpauschale; Union 169 €, Modellrechnungen 170 €/ 181,50 €
Maximale Beitrags-/Prämienlast	Proportionalität zum Einkommen; Maximalprämie durch Beitragsbemessungsgrenze und Beitragssatz bestimmt	Proportionalität zum Einkommen; Maximalprämie durch Beitragsbemessungsgrenze und Beitragssatz bestimmt	7% des Einkommens; freiwillig Versicherte ohne Arbeitgeberanteil: 14% des Einkommens
Risikodifferenzierung	nein	nein	nein
Finanzierungsform	Umlage	Umlage	Umlage

Quelle: Eigene Darstellung.

Bei einer Beurteilung der in den einzelnen Modellen vorgesehenen Umverteilungselemente zeigt sich, dass sowohl die Bürgerversicherung, die GKV als auch der Unionskompromiss eine Umverteilung von Gesunden an Kranke implizieren (Bedarfsprinzip), wohingegen der Unionsvorschlag im Gegensatz zu den anderen Modellen keine Umverteilung von Alleinstehenden und Zweiverdienerehepaaren an Alleinverdienerehepaare oder von Familien ohne Kinder an Familien mit Kindern mehr vorsieht (vgl. Tabelle 5). Hinsichtlich des Alters wird sowohl in der Bürgerversicherung als auch in der GKV sehr ausgeprägt umverteilt, da Personen mit höheren Einkommen und recht niedrigen Ausgaben (Berufstätige) sehr stark die Gesundheitsausgaben von Personen mit niedrigen Einkommen und hohen Ausgaben (Rentner) mitfinanzieren. Im Unionsvorschlag findet dieser Umverteilungsvorgang nur abgeschwächt statt, da eine einheitliche Pauschale den mit dem Alter tendenziell steigenden Ausgaben gegenübersteht.

Tabelle 5: Ausgestaltungsdimensionen der Bürgerversicherung und des Gesundheitsprämienmodells der Union im Vergleich zur GKV: Umverteilungselemente

Umverteilungselemente	Bürgerversicherung	GKV	Gesundheitsprämie
Gesund-krank	ja	ja	ja
Familie: Ehegatten	ja	ja	nein
Familie: Kinder	BV-intern	GKV-intern	extern über Steuern
Alter	ausgeprägt: durch niedrige einkommensabhängige Beiträge im Alter, höhere Ausgaben im Alter	ausgeprägt: durch niedrige einkommensabhängige Beiträge im Alter, höhere Ausgaben im Alter	abgeschwächt: identische Pauschale altersunabhängig; höhere Ausgaben im Alter
Geschlecht	ja: altersstrukturbedingt höhere Ausgaben für Frauen/niedrigere Beiträge	ja: altersstrukturbedingt höhere Ausgaben für Frauen/niedrigere Beiträge	abgeschwächt: identische Pauschale geschlechtsunabhängig; höhere Ausgaben für Frauen
Einkommen	BV-intern bezogen auf breite Einkommensbasis; aber Beschränkung durch Beitragsbemessungsgrenze/n	GKV-intern bezogen auf eingeschränkte Einkommensbasis; aber Beschränkung durch Beitragsbemessungsgrenze	Systemintern beschränkt durch Pauschale; bedarfsorientierte Subvention für Bezieher niedriger Einkommen

Quelle: eigene Darstellung.

2.4 Kriterienkatalog zur Beurteilung der Modellvorschläge

Sowohl für die Bürgerversicherung, die heutige GKV als auch für den Unionskompromiss sollen im Folgenden bestimmte Kriterien herangezogen werden, die eine Beurteilung bzw. Bewertung der verschiedenen Systeme ermöglichen. Die Bewertungskriterien können in die fünf großen Blöcke Arbeitsmarkteffekte, Nachhaltigkeit, Verteilungsgerechtigkeit, Wettbewerbsanreize und sonstige Effekte unterteilt werden.

Ein erster Aspekt bei den zu erwartenden Arbeitsmarkteffekten ist ein sich aus sinkenden Lohnnebenkosten ergebender Beschäftigungseffekt (vgl. Tabelle 6). Sowohl die Bürgerversicherung aufgrund der Verbreiterung der Beitragsbasis als auch der Unionskompromiss aufgrund der Deckelung des Arbeitgeberanteils auf 6,5% intendiert eine Lohnnebenkostensenkung. Demgegenüber weist die heutige GKV das Problem der Arbeitskostenzentrierung bei erodierender Beitragsbasis auf. Während gerade in der Bürgerversicherung Geringverdiener, die über keine oder nur geringe Einkünfte aus anderen Einkunftsarten verfügen, durch die Senkung der Beitragssätze deutlich profitieren und dadurch der Forderung nach einer deutlichen Reduzierung der Sozialabgabenlast für diesen Personenkreis Rechnung getragen wird, werden durch den Unionskompromiss die Verteilungsprob-

leme aufgrund der Unsicherheit einer dauerhaften Subventionierung unterer Einkommensbezieher eher verschärft. Auch für die Arbeitgeber, die Rentenversicherung und die Arbeitslosenversicherung tritt in der Bürgerversicherung eine Reduzierung der Beitragsbelastung auf – nach unseren Modellrechnungen bei sofortiger Umsetzung um 0,7 Beitragssatzpunkte allein in der Krankenversicherung. Zusätzlich können in der Folge die Rentenversicherungsbeiträge gesenkt werden. Im Gesundheitsprämienmodell wird durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags auf 6,5 Beitragssatzpunkte eine ähnliche hohe Entlastung erzielt.

Zudem besteht in einem Gesundheitsprämienmodell gegenüber der Bürgerversicherung oder der GKV ein höherer Anreiz zur Reduzierung des Leistungskatalogs, da für alle Einkommensgruppen die durchschnittlichen Kosten, die aus der Summe von Kopfpauschale und Eigenleistung resultieren, gleich blieben. Zudem reagiert der Subventionsbedarf sehr stark auf eine Reduzierung der Leistungen.

Tabelle 6: Bewertungskriterien der Bürgerversicherung und des Gesundheitsprämienmodells der Union im Vergleich zur GKV: Arbeitsmarkteffekte

Beurteilungskriterien Arbeitsmarkteffekte	Bürgerversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung	Gesundheitsprämie
Beschäftigungseffekt/ Lohnnebenkosten	Verbreiterung der Beitragsbasis – Senkung der Lohnnebenkosten	Problem der Arbeits- kostenzentrierung bei erodierender Beitragsbasis	Loslösung vom Lohnbezug – Senkung der Lohnnebenkosten
Arbeitgeberanteil	Sinkt durch Auswei- tung der Beitrags- basis auf andere Einkunftsarten und Absenkung der Beitragssätze	Steigt mit Beitrags- satz anteilig	Gedeckelt auf 6,5% und mindestens kurzfristig eingefroren
Arbeitsmarkt/ Einkommensverteilung	Stärker als GKV	Flankiert Maßnahmen zur Kostentlastung von Geringverdienern	Verschärft Verteilungsprobleme bei Unsicherheit der Subventionierung; konterkariert Bemühungen zur Entlastung der Lohnkosten von Geringverdienern
Anreiz zur Reduzierung der Leistungskatalogs	geringer	geringer	hoch

Quelle: Eigene Darstellung.

Neben den Arbeitsmarkteffekten der drei Systeme ist die Nachhaltigkeit der Finanzierung im Hinblick auf den demografischen Wandel ein weiteres wichtiges Beurteilungskriterium (vgl. Tabelle 7). Die GKV weist aufgrund der rein lohnzentrierten Finanzierung und der zu erwartenden Alterung der Gesellschaft die größte Anfälligkeit von den drei untersuchten Systemen auf. In der Bürgerver-

sicherung ist die Anfälligkeit hingegen aufgrund der Verbeitragung anderer Einkunftsarten weniger stark ausgeprägt, da insbesondere der Beitragsfluss aus Kapitaleinkünften weitgehend unabhängig von der Alterung der Gesellschaft ist. Das Gesundheitsprämienmodell erscheint gegenüber den anderen Systemen aufgrund der pauschalen Finanzierung weniger demografiefanfällig, allerdings ergibt sich ein indirekter Demografieeffekt durch den Anstieg des Subventionsbedarfs und damit der Belastungen der öffentlichen Haushalte aufgrund der Alterung der Gesellschaft. Sollen die Belastungen für die öffentlichen Haushalte aber konstant gehalten werden, so müsste bei Alterung der Gesellschaft die Belastungsgrenze kontinuierlich ansteigen. Vor Kostensteigerungen im Zuge des demografischen Wandels ist keine Finanzierungsform gefeit.

Tabelle 7: Bewertungskriterien der Bürgerversicherung und des Gesundheitsprämienmodells der Union im Vergleich zur GKV: demografische Nachhaltigkeit

Beurteilungskriterien Nachhaltigkeit	Bürgerversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung	Gesundheitsprämie
Demografie	Ähnlich wie GKV, jedoch abgeschwächt	Anfälligkeit wegen Reduzierung der Beitragsbasis durch Alterung	Direkt weniger anfällig, aber indirekter Demografieeffekt durch Anstieg des notwendigen Subventionsbetrags bei Alterung
Ausgaben	anfällig	anfällig	anfällig

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Bürgerversicherung weist aufgrund der Einbeziehung anderer Einkunftsarten in die Verbeitragung eine stärkere allgemeine Verteilungsgerechtigkeit als die heutige GKV auf (vgl. Tabelle 8). Theoretisch wäre die allgemeine Verteilungsgerechtigkeit des Unionskompromisses am größten, falls die Subventionierung über eine Erhöhung der – theoretisch progressiv wirkenden – Einkommensteuer²⁸ und nicht über eine Anhebung der eher regressiv wirkenden Mehrwertsteuer erfolgen würde. Allerdings ergibt sich gerade bei der Trennung der Umverteilung von der Versicherung und einer Finanzierung des sozialen Ausgleichs über Steuermittel ein hohes Maß an Unsicherheit über die Verlässlichkeit eines derartigen Finanzierungssystems.

Aufgrund der kostenlosen Mitversicherung von Ehegatten und Kindern weisen sowohl die Bürgerversicherung als auch die heutige GKV Umverteilungskomponenten auf, die gerade Alleinverdienerehepaare mit Kindern begünstigen. Demgegenüber ist das Gesundheitsprämienmodell aufgrund der eigenen Beitragspflicht des Partners eher ehe- bzw. partnerschaftsunfreundlich ausgestaltet.

²⁸ Vgl. Pfaff et al. (2005), S. 182.

Die Gesundheitskosten der Kinder sollen im Unionskompromiss zukünftig nicht mehr über Beiträge, sondern über Steuermittel finanziert werden, mit der Konsequenz, dass auch die Gesundheitskosten der Kinder von nicht GKV-Versicherten aus Steuermitteln zu bezahlen wären.

Tabelle 8: Bewertungskriterien der Bürgerversicherung und des Gesundheitsprämienmodells der Union im Vergleich zur GKV: Verteilungsgerechtigkeit

Beurteilungskriterien Verteilungsgerechtigkeit	Bürgerversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung	Gesundheitsprämie
allgemein	Stärker als GKV wegen Verbeitragung weiterer Einkunfts- arten	Eingeschränkt wegen - Beschränkung der Einkommensarten - Beitragsbemes- sungsgrenze	Theoretisch besser als GKV, falls Sub- ventionsfinanzierung über Einkommen- steuer; nicht bei Finanzierung über Umsatzsteuer; praktisch Ungewiss- heit der Finanzierung wegen Trennung von Umverteilung von Versicherung
Familie	Großzügig wegen gratis Mitversiche- rung von Kindern <u>und</u> Ehegatten	Großzügig wegen gratis Mitversicherung von Kindern <u>und</u> Ehegatten	Ehe-/partnerschafts- unfreundlich wegen eigener Beitrags- pflicht; Kinder als „versiche- rungsfremde“ Leis- tung über Steuer – Konsequenz: Übertragung der Regel auf privat Versicherte
Einkommen	Weniger proble- matisch wegen Verbreiterung der Beitragsbasis; problematischer als GKV wenn Einsäu- lenmodell mit unver- änderter Beitrags- bemessungsgrenze	Beitragsbemessungs- grenze verteilungs- politisch problematisch – wirkt wie Kopfpauschale für Einkommen ab der Beitragsbemessungs- grenze	Theoretisch mehr Umverteilung bei Einkommensteuer- finanzierung der Prä- miensubventionen; praktisch Einschrän- kung der Subventio- nen und/oder Leistun- gen zu befürchten,
Verlässlichkeit	Relativ hoch	Relativ hoch	Längerfristig eher gering

Quelle: Eigene Darstellung.

Außerdem ist hinsichtlich der Einkommensumverteilung die Beitragsbemessungsgrenze der heutigen GKV problematisch, da sie für Einkommen ab dieser Grenze wie eine Kopfpauschale wirkt. Zudem werden aufgrund der lohnzentrierten Verbeitragung Personen mit hohen Lohneinkommen und geringen weiteren Einkünften übermäßig, Personen mit geringen Lohn-, aber hohen weiteren Ein-

künftigen hingegen kaum an der Finanzierung des Systems beteiligt. Die Bürgerversicherung vermeidet aufgrund der Verbreiterung der Beitragsbemessung diese Probleme, allerdings ist unter Verteilungsaspekten die Beibehaltung des Ein-Säulen-Modells und der heutigen Beitragsbemessungsgrenze problematisch, da Personen mit Lohneinkünften an oder über der Beitragsbemessungsgrenze bei der Einbeziehung anderer Einkunftsarten in die Beitragsbemessung diese nicht zu verbeitragen hätten, wohingegen Gering- oder Durchschnittsverdiener auf zusätzliche Einkünfte Beiträge zahlen müssten – womit sie zugleich aufgrund von Beitragssatzsenkungen die Bezieher von Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze entlasten würden.

Allerdings darf nicht übersehen werden, dass auch ein Zwei-Säulen-Modell das Problem involviert, dass die Beitragsbelastung nicht streng am dem Leistungsfähigkeitsprinzip orientiert ist, weil bei gleich hohem Einkommen unterschiedliche Einkommenskonstellationen zu unterschiedlicher Beitragsbelastung führen können.

Auch beim Kopfprämienmodell könnten Probleme der Gleichbehandlung auftreten: Es sieht eine Beitragssubventionierung von Geringverdienern aus Steuermitteln vor. Wenn die Begründung hierfür in der systematischen Trennung von Umverteilung und Krankheitsrisikoabsicherung liegt, so ist allerdings zu befürchten, dass auch privat Versicherte, die die Subventionen mitfinanzieren müssen, zu Recht eine solche Subventionierung ihrer (im Alter) sehr hohen Prämien fordern können.

Bezüglich der Schaffung von Wettbewerbsanreizen sorgt die Bürgerversicherung für die Eröffnung von GKV/PKV-Wettbewerb im Geschäftssegment Bürgerversicherung der PKV, eventuell lässt sich dieser Wettbewerb auch auf das Geschäftssegment Zusatzversicherung ausdehnen (vgl. Tabelle 9). Hingegen findet in der heutigen Ausgestaltung des Verhältnisses GKV-PKV als auch im Gesundheitsprämienmodell kaum Wettbewerb zwischen GKV und PKV statt, dass eingeräumte Wahlrecht für bestimmte Versicherungsgruppen wirkt tendenziell sogar nachteilig für die GKV. Bezogen auf die PKV sorgt die Bürgerversicherung aufgrund der Umlagefinanzierung für Wettbewerb unter PKV-Anbietern im Geschäftssegment Bürgerversicherung, wohingegen in der heutigen PKV als auch bei Einführung eines Gesundheitsprämienmodells lediglich ein Wettbewerb um Neukunden unter PKV-Anbietern stattfindet, der vor allem aufgrund der fehlenden Portabilität der Altersrückstellungen in der Folge zum Erliegen kommt. Hinsichtlich der Auswirkungen auf die Leistungserbringer entfällt in der Bürgerversicherung der in der heutigen GKV und auch in einem Gesundheitsprämienmodell gesetzte Anreiz für diese, vor allem aufgrund der höheren Vergütung hauptsächlich an der Behandlung von Privatpatienten interessiert zu sein. Allerdings könnte in der Bürgerversicherung gegenüber der heutigen GKV aufgrund von Kompensationsforderungen der Leistungserbringer das Vergütungsniveau ansteigen. Unter regionalen Steuerungsaspekten setzen die heutige GKV wie auch der Unionskompromiss – anders als die Bürgerversicherung - einen Anreiz

für die Leistungserbringer Gebiete mit wenigen Privatpatienten zu verlassen bzw. dort keine Zulassung zu beantragen.

Tabelle 9: Bewertungskriterien der Bürgerversicherung und des Gesundheitsprämienmodells der Union im Vergleich zur GKV: Wettbewerbsanreize

Beurteilungskriterien Wettbewerbsanreiz	Bürgerversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung	Gesundheitsprämie
PKV/GKV	Eröffnung von Wettbewerb im Geschäftssegment Bürgerversicherung für PKV; eventuell auch bei Zusatzversicherung;	Kaum; Wahlrecht tendenziell nachteilig für GKV; teils keine Wahlmöglichkeiten zwischen GKV und PKV	Wie GKV
In der PKV	Ja wegen Umlagefinanzierung im Geschäftssegment Bürgerversicherung	Nur bei jungen Neukunden; sonst nicht	Wie GKV
Unter den Leistungsanbietern	Anreiz zur Begünstigung von Privatpatienten entfällt; eventuell aber höhere Vergütungen als GKV zur Kompensation der Leistungserbringer notwendig	Anreiz zur Behandlung von Privatpatienten wegen höherer Bezahlung durch PKV	Wie GKV
Regionale Steuerungseffekte	Kein solcher Anreiz; eventuelle regionale Differenzierung bei Honorierung durch regional tätige Kassen möglich	Anreiz zur Abwanderung von Leistungsanbietern aus Regionen ohne/mit wenig Privatpatienten;	Wie GKV
RSA	Etwas höher als GKV bei Einkommensberücksichtigung	Aufwand nicht unerheblich aber inzwischen routinisiert	Etwas geringer als GKV weil einkommensbezogener Ausgleich entfällt

Quelle: Eigene Darstellung.

Aufgrund des Wegfalls des Einkommensausgleichs im heutigen RSA würde ein Gesundheitsprämienmodell eine Vereinfachung und somit einen sinkenden RSA-Verwaltungsaufwand nach sich ziehen. Demgegenüber würde die Bürgerversicherung aufgrund der Berücksichtigung weiterer Einkunftsarten hingegen einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand zur Administrierung des RSA verursachen.

Generell ist der Verwaltungsaufwand in der heutigen GKV u.a. aufgrund des Sachleistungsprinzips deutlich geringer als in der PKV (vgl. Tabelle 10).²⁹ In der Bürgerversicherung würde dieser Aufwand vor allem wegen der Verbeitragung zusätzlicher Einkommen steigen. In einem Gesundheitsprämienmodell dürfte der Verwaltungsaufwand wegen der Feststellung und Auszahlung des Subventionsbedarfs allerdings mindestens ebenso hoch wie in der Bürgerversicherung liegen.

Tabelle 10: Bewertungskriterien der Bürgerversicherung und des Gesundheitsprämienmodells der Union im Vergleich zur GKV: Sonstige Effekte

Beurteilungskriterien Sonstige Effekte	Bürgerversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung	Gesundheitsprämie
Verwaltungsaufwand	Höher als GKV wegen Verbeitragung zusätzlicher Ein- kommen; Probleme bei einem ineffizien- ten und ungerechten Steuersystem	Niedriger als PKV	Mindestens wie Bür- gerversicherung we- gen Feststellung d. Subventionsbedarf; Probleme bei einem ineffizienten und un- gerechten Steuer- systems
Konsequenzen für geringfügige Beschäf- tigung	Beitragsfreiheit und dennoch Leistungs- bezug für geringfügig Beschäftigte möglich wegen Familienversi- cherung	Beitragsfreiheit und dennoch Leistungs- bezug für geringfügig Beschäftigte möglich wegen Familienversi- cherung	Keine Familienversi- cherung; erwachsene geringfügig Beschäf- tigte zahlen Kopfpau- schale
Einsparanreiz	Keine speziellen	Keine speziellen	Keine speziellen

Quelle: Eigene Darstellung.

Die drei verglichenen Systeme unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf geringfügig Beschäftigte. Während die Bürgerversicherung analog zur heutigen GKV durch die Familienversicherung geringfügig beschäftigten Ehegatten trotz Beitragsfreiheit einen Leistungsbezug ermöglicht, müssen in einem Gesundheitsprämienmodell geringfügig beschäftigte Ehepartner eine eigene Kopfprämie bezahlen. Dies dürfte auch einen Anreiz bieten, möglichst das Ausmaß des Arbeitseinsatzes zu erhöhen und mehr Einkommen zu erzielen. Allerdings muss diese – je nach Verdienst des Partners - bei Unterschreiten der Belastungsgrenze des Haushalts nur teilweise selbst getragen werden.

Anreize zu einer kostengünstigeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gehen von keinem der drei Finanzierungssysteme aus. Diese sind vielmehr durch Steuerungsinstrumente auf der Angebotsseite wie einer integrierten Versorgung zu erreichen.

²⁹ Vgl. Kern et al. (2001).

3 Belastung der Versicherten durch Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie im Vergleich zur GKV

3.1 Aggregierte Auswirkungen der Reformmodelle

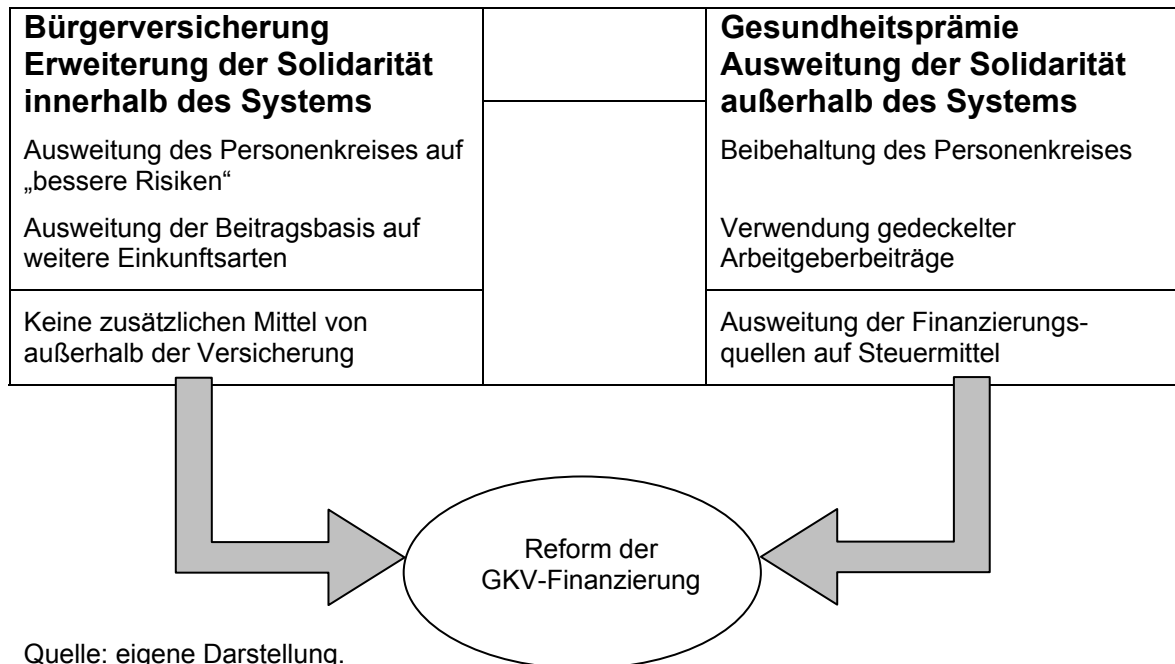
Die beiden realtypischen Reformansätze der GKV-Finanzierung orientieren sich an der Korrektur von Schwächen des bestehenden Systems – vor allem der zu großen Abhängigkeit und damit verbunden einer einseitigen Belastung von Lohn- und Lohnersatzentkommen. Hier würde die Bürgerversicherung durch die mögliche Beitragssatzsenkung Vorteile aufweisen. Auch die Kopfprämien beinhalten eine Begrenzung der Arbeitgeberanteile auf 6,5%. Darüber hinaus sind beide Ansätze auch damit befasst, als Antwort auf Schwächen der *Verteilungswirkungen der GKV* alternative Ansätze zu finden.

Allerdings gehen die beiden Modelle sehr unterschiedliche Wege, sowohl hinsichtlich der Solidarität in einem unterschiedlich großen, versicherten Personenkreis wie auch bzgl. der Modifikation des in der bestehenden GKV praktisch bestehenden, jedoch nicht als wirklich gerecht empfundenen Umverteilungsprozesses. In der unterschiedlichen Auseinandersetzung mit dem wahrgenommenen Defizit der bestehenden GKV setzt die Bürgerversicherung auf die Ausweitung des Versichertenkreises mit umfassender Versicherungspflicht bzw. Pflicht zur Versicherung sowie die Verbreiterung der Beitragsbasis auf weitere Einkunftsarten. Auf diese Weise soll über eine verbesserte, zielgenauere Ausgestaltung der Wettbewerb gestärkt und die Effizienz erhöht werden – nicht zuletzt durch eine Stärkung des Solidaritätsgedankens.

Die Verfechter der Gesundheitsprämien betonen zwar ebenfalls, dass die Finanzierung vom Arbeitseinkommen losgelöst werden sollten. Sie verändern den versicherten Personenkreis jedoch nicht, wollen aber die Umverteilung von der Versicherung trennen – durch eine weitgehende Verlagerung der Finanzierung außerhalb der GKV. Gerade der Unionskompromiss stellt dabei insofern gleichsam ein Mischmodell dar, da anders als in anderen Kopfpauschalenmodellen die kompletten gedeckelten Arbeitgeberbeiträge nebst erheblichen zusätzlichen aus Steuern zu zahlenden Subventionen dazu benützt werden sollen, den verbleibenden sozialen Ausgleich zu finanzieren (vgl. Abbildung 8).

Wegen der Modellunterschiede führt ein simpler Vergleich der Verteilungswirkungen bzw. der Be- oder Entlastung von Haushalten durch die Arbeitnehmerzahlungen in der einen oder der anderen Reform leicht zu irrigen Schlussfolgerungen. Man muss sich nämlich jeweils in Erinnerung rufen, dass in beiden Modellen der Personenkreis und die Finanzierungsvolumina ganz anders zusammengesetzt sind. Um die betroffenen Größenordnungen zu erfassen wird, in Abbildung 9 das Gesamtvolumen der Ausgaben und der dafür erforderlichen Einnahmen differenziert nach Versichertengruppen gegenübergestellt.

Abbildung 8: Ansatzpunkte der Korrektur der Verteilungsfunktion der GKV in Bürgerversicherung und im Gesundheitsprämienmodell



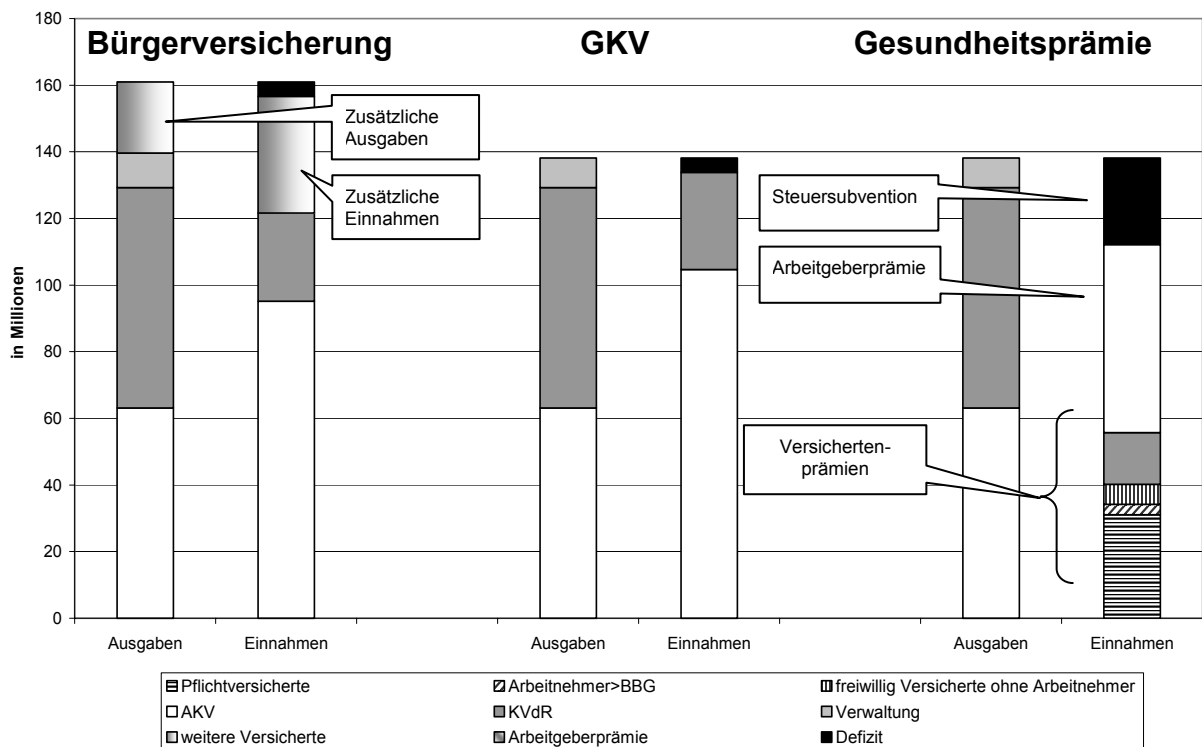
Quelle: eigene Darstellung.

Maßgeblich sind dabei die Relationen des Jahres 2003. Diese weisen hinsichtlich der GKV-Zahlen die Besonderheit auf, dass ein nicht unerhebliches ungeplantes Defizit von mehr als 4 Mrd. Euro anfiel. Um eine Vergleichbarkeit in der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämienfinanzierung herzustellen muss diese gleiche Unterdeckung auch für diese beiden Reformmodelle unterstellt werden. Tatsächlich ist für die Bürgerversicherung eine solche ebenso wenig intendiert wie in der bestehenden GKV. Anders hingegen ist für die Gesundheitsprämie ein gleichsam strukturelles Defizit eingeplant, da sowohl die Kosten für die Kinder wie auch für die Subventionen der Bezieher niedriger Einkommen zusätzlich aufgebracht werden müssen. Auch die Kopfpauschalen selbst sind nicht ausreichend kalkuliert um die Gesundheitskosten zu decken, entsprechen sie doch eigentlich nur den Arbeitnehmeranteilen der GKV-Beiträge. Die gedeckelten, an eine Clearingstelle ausbezahlten Arbeitgeberanteile reichen zur Finanzierung der gesamten Unterdeckung nicht voll aus. In Abbildung 9 wird deshalb für die Gesundheitsprämie dieses strukturelle Defizit mit dem (ungeplanten) der GKV verbunden dargestellt.

Die gleiche Balkenhöhe der Ausgaben für die derzeitige GKV und das Gesundheitsprämienmodell spiegelt den identischen Personenkreis und das identische Leistungsvolumen wieder, wobei das Krankengeld ausgeschlossen wurde. Des Weiteren wurde für die beiden Systeme von identischen Verwaltungskosten ausgegangen. Während die Leistungsausgabenbalken bezogen auf den GKV-Versichertenkreis für alle drei Varianten gleich sind, unterscheiden sich die Einnahmen sehr deutlich. In der herkömmlichen GKV-Finanzierung wird zwischen Leistungsausgaben für AKV und KVdR unterschieden, wobei keine Trennung zwischen Arbeitnehmer- bzw. Versicherten- und Arbeitgeberanteilen erfolgt.

Im Gesundheitsprämienmodell wird eine Aufgliederung der Versichertenanteile auf Pflichtversicherte, freiwillig versicherte Angestellte und Arbeiter, Selbständige und sonstige freiwillig Versicherte (d.h. Mitglieder ohne Arbeitgeberanteil) und KVdR-Mitglieder vorgenommen. Die gedeckelten Arbeitgeberanteile (Arbeitgeberprämie) werden gesondert ausgewiesen. Fasst man diese Versichertenpauschalen und die Arbeitgeberprämie zusammen, so sieht man in der Abbildung, dass sie einen weit geringeren Anteil der Ausgaben abdeckt als die Beiträge der GKV. Der oberste schwarze Balkenabschnitt zeigt das verbleibende, aus Steuern zu finanzierende Defizit.

Abbildung 9: Ausgaben und Finanzierungsstruktur von Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie in Vergleich zur derzeitigen GKV, Berechnungsbasis 2003



Quelle: eigene Darstellung.

Die Bürgerversicherung weist eine größere Balkenhöhe auf, da ihr Versichertenkreis ebenfalls wesentlich höher ist. Die Abbildung unterstellt eine sofortige totale Umsetzung der Bürgerversicherung. Für die Verwaltungskosten wurde eine pro rata Steigerung unterstellt. Der oberste Balkenabschnitt weist für die Bürgerversicherung jeweils die Ausgaben für und Einnahmen von den zusätzlich hinzukommenden Versicherten aus. Die Einnahmen der bisherigen GKV-Mitglieder gehen aufgrund der Beitragssatzsenkung in der Bürgerversicherung zurück. Es wird

deutlich, dass die neu hinzukommenden Mitglieder einen relativ zu ihren Ausgabenanteilen höheren Finanzierungsanteil leisten würden.³⁰

Obgleich also aus der Betrachtung der Aggregate deutlich wird, dass die Gesamtvolumina der Versichertenbelastungen sich unterscheiden, soll in der Folge eine Gegenüberstellung der direkten Versicherten-Belastungen in verschiedenen Haushaltstypen vorgenommen werden. Es sei darauf hingewiesen, dass man streng genommen auch die Arbeitgeberbeiträge bzw. Arbeitgeberprämie und die Belastung durch die Gegenfinanzierung der Steuersubventionen mit berücksichtigen müsste, um einen Vergleich von Gleichem durchzuführen zu können. So fallen pro GKV-Mitglied im Gesundheitsprämienmodell alleine fast 450 Euro pro Jahr an Subventionen aus Steuermitteln an und – unterstellt man, dass diese Subventionen längerfristig auch bezahlt werden – so zahlen die Versicherten in diesem Modell im Durchschnitt deutlich geringere Beiträge als jetzt in der GKV. Wie verschiedene Gruppen aber durch die dann erforderlichen Steuererhöhungen zusätzlich belastet werden, ist äußerst schwierig festzustellen, da die tatsächliche Belastung der Einkommensgruppen durch Steuern – seien es Einkommensteuerlasten, Solidarzuschläge oder die Umsatzsteuer – aufgrund der vielen unterschiedlichen Ausnahmetatbestände in der Einkommensbesteuerung sowie der einkommensdifferenzierten Konsumanteile für die Umsatzsteuerbelastung praktisch nicht einfach zu ermitteln ist.

3.2 Vergleich der Belastungswirkungen von Versichertenbeiträgen

Trotz der angesprochenen Probleme der Vergleichbarkeit, sollen in der Folge die Belastungen der Versicherten durch Arbeitnehmeranteile bzw. Versichertenprämien berücksichtigt werden. Die geneigten Leser mögen aber im Hinterkopf behalten, dass je nach Art der Steuerfinanzierung unterschiedliche Belastungen für die Versicherten als Steuerzahler hinzukämen. Generell ist dabei wohl anzunehmen, dass bei einer Finanzierung über die Einkommensteuer oder einen Solidarzuschlag auf die Einkommensteuer eine tendenziell proportionale – vielleicht sogar milde progressive – Belastung zu erwarten ist. Nicht auszuschließen ist jedoch, dass viele Bezieher höherer Einkommen ihr Einkommen „schön rechnen“ können. Positive Verteilungswirkungen sollten bei einer Einkommensteuerfinanzierung im unteren Einkommensbereich durch die Grundfreibeträge und die niedrige Eingangssteuerbelastung auftreten – von der letztlich aber alle Steuerzahlenden profitieren. Bei einer Mehrwertsteuerfinanzierung ist negativ zu vermerken, dass gerade die Bezieher niedriger Einkommen von dieser Steuer benachteiligt werden, da es hierbei keinen Grundfreibetrag gibt, d.h. auch alle Bezieher, die keine Einkommensteuer bezahlen müssen, getroffen werden.

³⁰ Hinsichtlich der für die einzelnen Subgruppen der Bürgerversicherung verwendeten Einnahmen- und Ausgabenprofile vgl. Langer et al. (2004), S. 45ff.

Die Gesetzliche Krankenversicherung bewirkt, wie weiter oben bereits ausgeführt wurde, neben der Absicherung der finanziellen Folgen von Krankheit auch eine Umverteilung von Beziehern höherer zu Beziehern niedrigerer Lohn- und Löhnersatzeinkommen. Aufgrund der Erfassung der Einkommen ist damit auch eine Umverteilung von der Allgemeinen Krankenversicherung zur KVdR verbunden. Über die unentgeltliche Familienversicherung erfolgt zudem eine nicht unwesentliche Begünstigung von Alleinverdienererehepaaren und generell Familien mit Kindern.

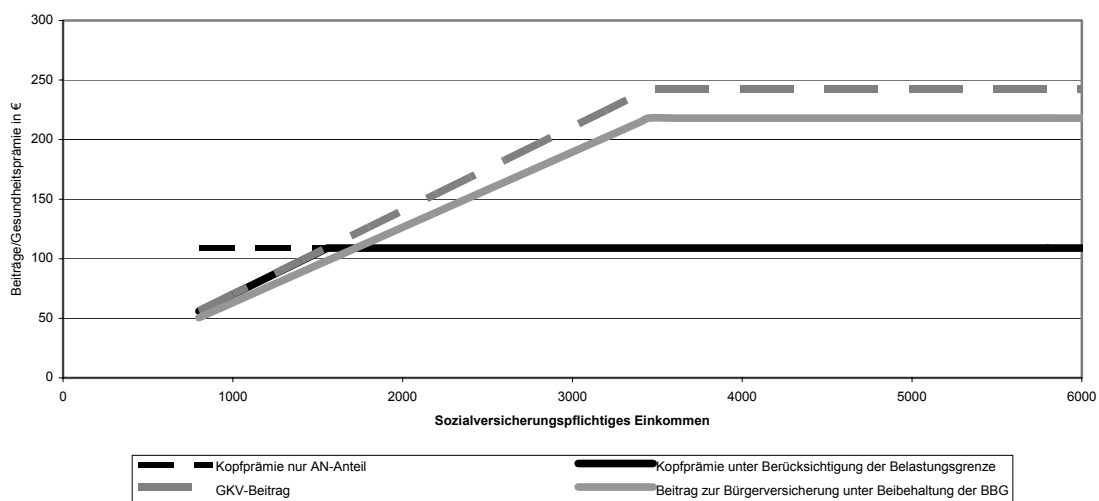
Die beiden Reformmodelle Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie haben neben anderen Wirkungen (vgl. Kapitel 2.1 und 2.2 sowie die Synoptische Gegenüberstellung in 2.3 weiter oben) insbesondere auch differenzierte Auswirkungen auf die Einkommensbelastung von unterschiedlichen Haushaltstypen. Unterschiede ergeben sich vor allem hinsichtlich des Einkommens, der Zahl der Einkommensbezieher und der internen Aufteilung der Einkommen zwischen Ehepartnern. Außerdem ergeben sich beim Gesundheitsprämienmodell auch Unterschiede zwischen Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten, die keinen Arbeitgeberanteil zu ihrer Versicherung erhalten.

Die im Folgenden dargestellten Abbildungen zeigen die Beitragszahlungen (Gesundheitsprämie, Versicherten-Beitrag zur GKV und zur Bürgerversicherung) in Abhängigkeit des Haushaltsbruttoeinkommens für so differenzierte Haushaltstypen. Unterschieden wird hierbei einerseits zwischen Alleinstehenden, Alleinverdienererehepaaren, Zweiverdienererehepaaren mit jeweils gleich hohem Einkommen sowie Zweiverdienererehepaaren, bei denen ein Ehepartner ein in etwa doppelt so hohes Einkommen bezieht wie der andere (Verteilung 70:30), andererseits zwischen Pflichtversicherten und freiwillig versicherten Selbständigen. Aufgrund der Vielfalt der Beziehungen können dabei nicht alle Differenzierungen in diesen Darstellungen berücksichtigt werden. So wird davon ausgegangen, dass die angesprochenen Haushaltstypen jeweils über kein Kapitaleinkommen verfügen, da sich in der Bürgerversicherung dabei jeweils unterschiedliche Belastungskonstellationen durch Beiträge ergeben würden, je nachdem wie hoch diese Einkommen sind und ob man von einem Ein-Säulen- oder Zwei-Säulenmodell ausgeht (vgl. zu den Auswirkungen von Kapitaleinkommen auf Bürgerversicherung und Kopfpauschalen Kapitel 3.2.2 unten). Im Gesundheitsprämienmodell würden die weiteren Einkommen zu einer Minderung des Subventionsbedarfs führen. Ein Vergleich der Belastungen unter gleichen Rahmenbedingungen für die Modelle erfolgt in Kapitel 3.2.3. unten.

3.2.1 Belastungswirkungen verschiedener Haushaltstypen nach dem Bruttoeinkommen

Abbildung 10 zeigt für das Jahr 2003, wie sich der Beitragsverlauf des Arbeitnehmeranteils der GKV-Beiträge in Abhängigkeit vom Bruttoeinkommen³¹ für sozialpflichtig beschäftigte Alleinstehende bzw. Rentner oder Arbeitslosengeldbezieher tatsächlich darstellte (dunkelgrau gestrichelte Linie) und wie er sich dargestellt hätte – einerseits für den Fall, dass das oben beschriebene Modell des Unionskompromisses mit einer Kopfprämie von 109 Euro unter Berücksichtigung einer Belastungsgrenze von 7% des Haushaltsbruttoeinkommens bereits umgesetzt worden wäre (durchgehende schwarze Linie) und andererseits nach Einführung des Modells der Bürgerversicherung (durchgehende graue Linie). Die gestrichelte Linie in Verlängerung der Horizontalen, die den Kopfprämienvorlauf oberhalb der Subventionsgrenze wiedergibt, soll daran erinnern, dass eigentlich auch für Bezieher niedriger Einkommen die volle Kopfpauschale zu zahlen wäre, diese aber einen bedarfsgeprüften Zuschuss erhalten, der ihre Belastung begrenzt.

Abbildung 10: Veränderung der Beitragsbelastung: Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie (Unionskompromiss) im Vergleich zur derzeitigen Regelung für alleinstehende Pflichtversicherte



Quelle: eigene Darstellung.

Wenngleich hier von Alleinstehenden gesprochen wird, so gilt dieser Belastungsverlauf auch für Alleinerziehende. Die Zahl von Kindern hat auf die Belastungen keinen Einfluss, da alle Modelle von einer Finanzierung der Kinderkosten ausge-

³¹ Für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte handelt es sich in der Darstellung um die sozialversicherungspflichtigen Entgelte, für Rentner um die Bruttorente (Rentenzahlbetrag zuzüglich des Rentneranteils für GKV und Pflegeversicherung). Für Empfänger von Arbeitslosengeld I wird das Bemessungsentgelt (80% des „pauschalierten“ letzten Entgelts) zugrunde gelegt. Die Beiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld II werden auf der Basis von 36,2% der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (etwa 882 Euro im Jahr 2005) berechnet.

hen. Allerdings sind diese in den Darstellungen für die GKV und die Bürgerversicherung in den folgenden Beitragsbelastungen enthalten, nicht jedoch für das Gesundheitsprämienmodell, da von der Inzidenz der Finanzierung der Steuersubvention abstrahiert wird.

In den Abbildungen und Modellrechnungen wird unterstellt, dass das Mitglied bzw. sein Haushalt über keine weiteren für den Subventionsbedarf berücksichtigungsfähigen Einkommen verfügt, wie bereits angesprochen wurde. Da dies sicher nicht generell gilt, wird der Subventionseffekt – bezogen auf die sozialversicherungspflichtigen Einkommen – sicher etwas überschätzt. Die große Zahl der Bezieher niedriger sozialversicherungspflichtiger Einkommen dürfte jedoch nur über allenfalls geringe Kapitaleinkommen verfügen. So weist das Sozioökonomische Panel (SOEP) für die überwiegende Zahl der Personen z.B. nur ein Kapitaleinkommen von jährlich bis zu 500 Euro aus. Denkbar ist hingegen, dass eine größere Zahl von Rentnern bei niedrigen Renteneinkommen dennoch über gewisse Kapitaleinkommen verfügen (wird). Für die Zukunft stellt sich dabei in stärkerem Maße die Frage, ob z.B. private Rentenzahlungen oder Kapitaleinkommen zur Alterssicherung verarbeitet werden müssen. In Analogie zur Behandlung von Betriebsrenten ist davon auszugehen, dass diese dann auch dem vollen Beitragssatz unterliegen werden.

Es zeigt sich, dass für Bezieher niedriger Einkommen beim Kopfprämienmodell eine praktisch identische Belastung wie in der GKV festzustellen ist. Diese Gleichbelastung folgt daraus, dass der GKV-durchschnittliche kostendeckende Beitragssatz unter Ausschluss der Krankengelds 14,04% betragen hätte. Der Arbeitnehmeranteil von 7,02% ist somit faktisch gleich hoch wie die im Gesundheitsprämienmodell vorgesehene Maximalbelastung. Dies gilt bis zu einem Haushaltsbruttoeinkommen von 1557 Euro pro Monat. Über dieser Einkommenshöhe findet mit steigendem Einkommen eine zunehmende Besserstellung der Alleinstehenden im Gesundheitsprämienmodell statt, die bei einem Einkommen ab der Beitragsbemessungsgrenze von 3450 Euro monatlich im Jahr 2003 maximal wird.

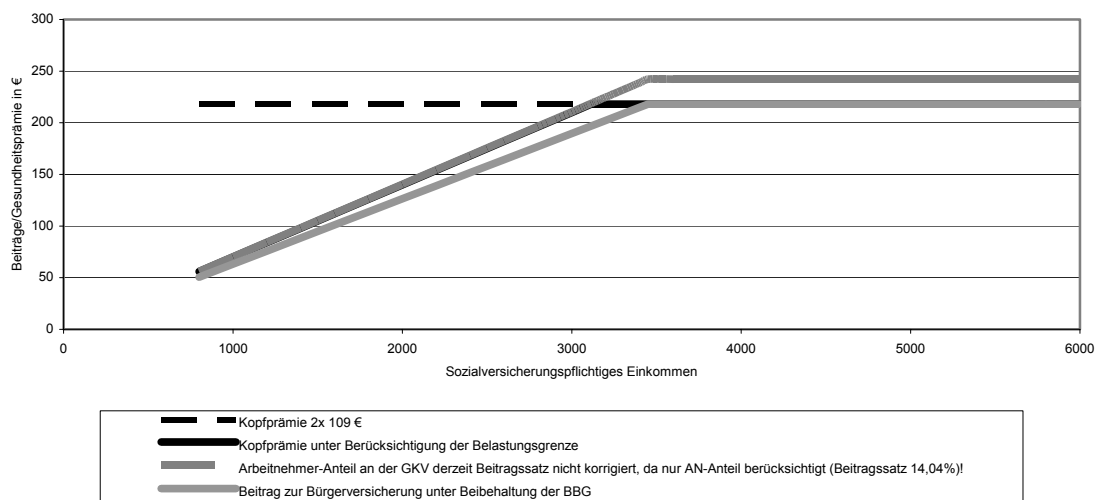
Durch die Ausweitung des Versichertenkreises und der Beitragsbasis ist der Beitragssatz im Modell der Bürgerversicherung geringer als der in der GKV, was zu einer geringeren Belastung für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte bei jeder Einkommenshöhe führt. Dieser Effekt ist nicht nur für Alleinstehende, sondern auch für alle weiteren Haushaltstypen zu verzeichnen.

Die folgende Abbildung 11 zeigt nun die Wirkungen, die die beiden Reformen auf die Haushalte von Ehepaaren hätten, von denen nur ein Partner über sozialversicherungspflichtiges Einkommen verfügt. Da die Kopfprämie im Kompromissmodell der Union keine Beitragsfreiheit für Ehegatten ohne eigenes Einkommen vorsieht, müssen diese Haushalte entsprechende Prämien für zwei Personen in Höhe von 218 Euro leisten. Damit verschiebt sich auch die Einkommensgrenze für die Bezieher von Einkommen, die aufgrund einer zu hohen Kopfpauschal-

belastung Subventionen benötigen, nach oben bis zu einer Subventionsgrenze von 3114 Euro Haushaltsbruttoeinkommen monatlich. Für die Gruppe der Ehepaare, bei denen nur jeweils ein Partner Einkommen erzielt, liegt also das Einkommen, bis zu dem aufgrund der erwünschten Belastungsbegrenzung Subventionen erforderlich sind, deutlich höher als bei Alleinstehenden. Unklar bleibt letztlich, wie nach dem Gesundheitsprämienmodell Ehepartner von (steuerlichen) Alleinverdienern mit Minijobs behandelt werden sollen. Sicher müssen sie ebenfalls eine Gesundheitsprämie entrichten, aber es wäre auch denkbar, dass dieses Einkommen für die Festlegung der Belastungsgrenze außer Acht bleibt.

Im Gegensatz zu den Alleinstehenden zeigt sich, dass die maximale Belastung durch die beiden Gesundheitsprämien nahe an den maximalen Beitrag in der GKV herankommt; der Unterschied beträgt maximal 24 Euro.

Abbildung 11: Veränderung der Beitragsbelastung: Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie (Unionskompromiss) im Vergleich zur derzeitigen Regelung für Alleinverdienerhepaare (Pflichtversicherte)



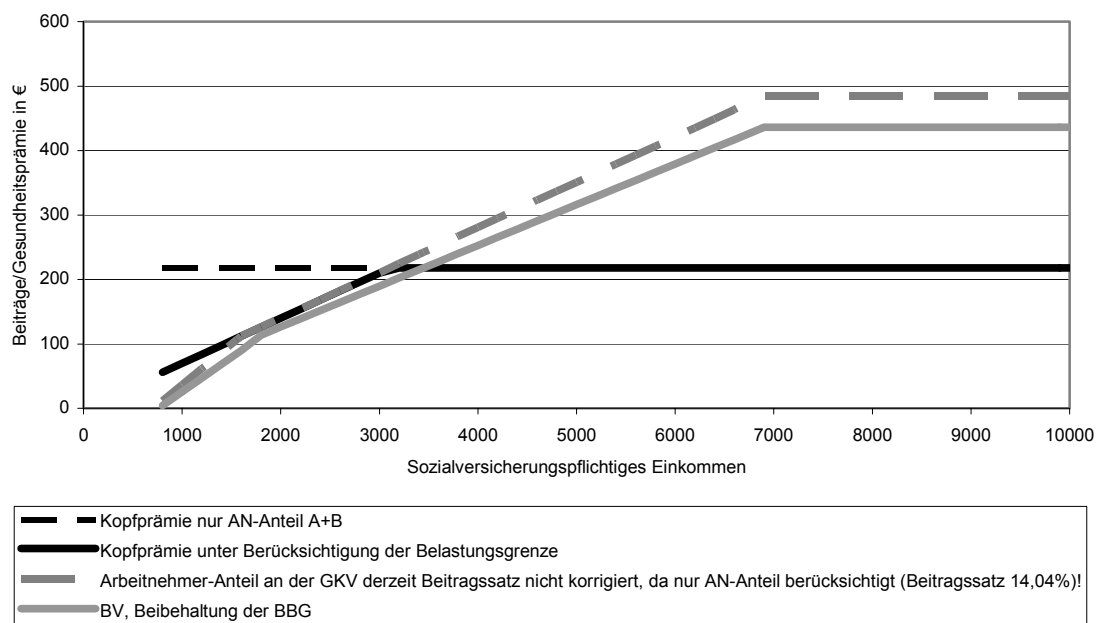
Quelle: eigene Darstellung.

Auffällig ist, dass die Beitragssätze bei Einführung einer Bürgerversicherung nicht nur – wie oben bereits erwähnt – unterhalb der der GKV liegen, sondern die Alleinverdienerhepaare im Vergleich zum Kopfprämienmodell bis zu einem Haushaltseinkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze weniger Beiträge zu zahlen hätten. Der Maximalbeitrag der Bürgerversicherung ist praktisch identisch mit der Höhe von zwei Kopfprämien. Berücksichtigt man, dass bei diesem Haushaltstyp in höheren Anteilen auch Familien mit oft kleineren Kindern vertreten sind, erstaunt die im Vergleich zur Behandlung von Alleinstehenden scheinbar doch wenig familienfreundliche Ausgestaltung.

Abbildung 12 stellt auf einen dritten untersuchten Haushaltstyp ab, bei dem beide Ehepartner ein (etwa) gleich hohes sozialversicherungspflichtiges Einkommen

erzielen. Wie bei den oben diskutierten Mustern fallen auch hier die Belastungen von GKV und subventionierten Gesundheitsprämien bis zu einem Einkommen von 3114 Euro praktisch zusammen. Die Belastung durch die Bürgerversicherung fällt bis zu diesem Einkommen jedoch wegen des niedrigeren Beitragssatzes geringer aus. Der geknickte Verlauf im unteren Einkommensbereich für GKV und Bürgerversicherung ist auf die begünstigte Behandlung der Versicherten in der Gleitzone zurückzuführen. Ab einem Einkommen an der Subventionsgrenze bleibt jedoch die Belastung auf dem Niveau zweier Kopfpauschalen bei 218 Euro konstant, während sie in der GKV derzeit weiter ansteigen würde bis zu einem maximalen Niveau von 484 Euro bei der Doppelten Beitragsbemessungsgrenze von 6900 Euro im Jahr 2003. In der Bürgerversicherung wäre der Verlauf ähnlich wie in der GKV, jedoch auf etwas niedrigerem Niveau, bei einem Maximalbeitrag von 436 Euro.

Abbildung 12: Veränderung der Beitragsbelastung: Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie (Unionskompromiss) im Vergleich zur derzeitigen Regelung für Zweiverdienerehepaare mit gleich hohem Einkommen (Pflichtversicherte)



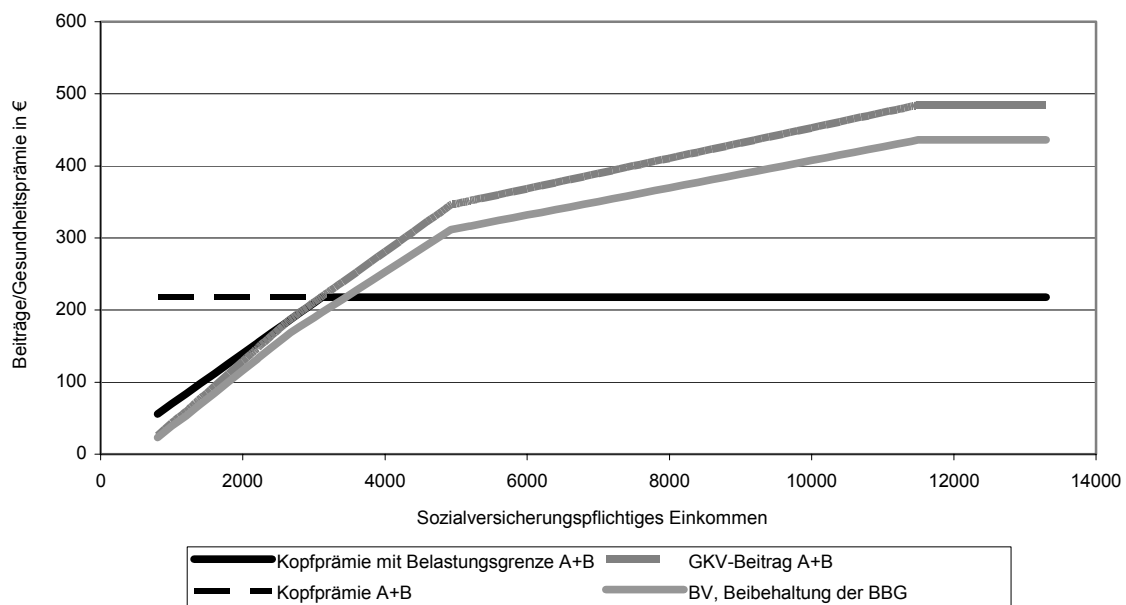
Quelle: eigene Darstellung.

Schließlich wird in Abbildung 13 ein Haushaltstyp dargestellt, in dem beide Ehepartner einer Erwerbstätigkeit nachgehen, die Höhe ihrer Einkommen aber unterschiedlich ist. Im vorliegenden Fall haben wir das Verhältnis 70:30 gewählt, d.h. ein Ehepartner verdient in etwa mehr als doppelt soviel wie der andere.

Der Beitragsverlauf der Kopfprämie für diesen Haushaltstyp unterscheidet sich nicht von dem des vorherigen Haushaltstyps. Somit werden Haushalte mit einem Haushaltsbruttoeinkommen von 3114 Euro pro Monat subventioniert. Ebenso be-

ginnt die Beitragsentlastung im Kopfprämienmodell im Vergleich zur GKV bei dieser Einkommenshöhe, bei der Bürgerversicherung bei einem etwas höheren Einkommen von etwa 3400 Euro monatlich. Im Unterschied zu Zweiverdienererehepaaren mit gleich hohem Einkommen wird die Entlastung erst ab einem monatlichen Haushaltsbruttoeinkommen von 11.500 Euro maximal. Hier beträgt sie 266 Euro pro Monat.³² Die Beitragseinsparung im Vergleich zur Bürgerversicherung läge für solche Haushalte bei maximal 218 Euro.

Abbildung 13: Veränderung der Beitragsbelastung: Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie (Unionskompromiss) im Vergleich zur derzeitigen Regelung für Zweiverdienererehepaare mit unterschiedlich hohem Einkommen, Anteile 70:30 (Pflichtversicherte)



Quelle: eigene Darstellung.

Zu beachten ist bei diesem Haushaltstyp, dass der Belastungsverlauf für die GKV und die Bürgerversicherung einen weiteren Knick aufweist – nämlich bei einem Haushaltseinkommen von 4929 Euro, bei dem das Einkommen des Hauptverdieners die Beitragbemessungsgrenze erreicht.

In Analogie zu den bisher dargestellten pflichtversicherten Haushaltstypen werden im Folgenden die unterschiedlichen Beitragsverläufe für freiwillig versicherte Selbständige³³ erläutert. Im Unterschied zu Pflichtversicherten müssen freiwillig

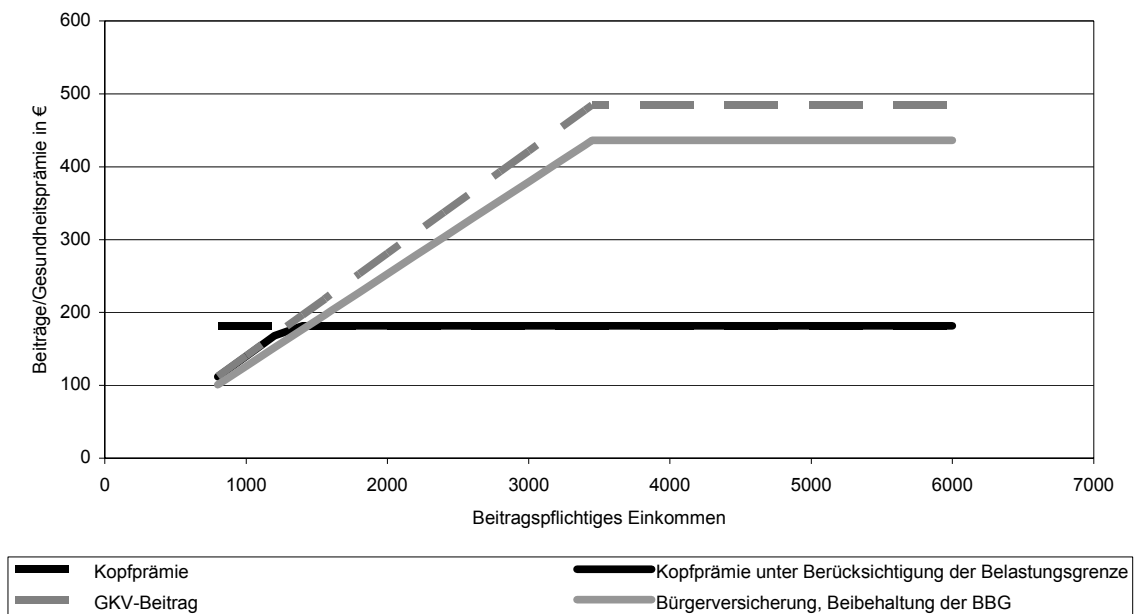
³² Die unterschiedlichen Steigungen im Beitragsverlauf der GKV und der Bürgerversicherung kommen dadurch zustande, dass erst bei einem Haushaltsbruttoeinkommen von 11500 Euro monatlich beide Ehepartner ein Einkommen von mindestens 3450 Euro erzielen.

³³ Da die freiwillig Versicherten keine homogene Gruppe bilden, der Anteil der Selbständigen unter den freiwillig Versicherten aber am größten ist, wird in den folgenden Abbildungen lediglich auf die Selbständigen abgestellt. Die zweite große Gruppe der freiwillig Versicherten, die Angestellten und Arbeiter mit Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze, zahlen wie andere Angestellte und Arbeiter nur die niedrigere Kopfprämie, da von ihrem Arbeitgeber für sie der gedeckelte Arbeitgeberbeitrag bezahlt wird.

Versicherte nämlich eine kostendeckende Kopfpauschale – in unserem Modell aufgrund der verwendeten Leistungsabgrenzung von 181,50 Euro – statt 109 Euro im Monat entrichten. Außerdem gilt für sie eine Belastungsgrenze von 14% ihres Einkommens. Grundsätzlich ist bei den freiwillig Versicherten für jeden Haushaltstyp eine größere Entlastung im Kopfprämienmodell als bei den Pflichtversicherten festzustellen, die dadurch bedingt ist, dass in der GKV und der Bürgerversicherung der volle Beitragssatz – unterstellt werden 14,04% bzw. in der Bürgerversicherung 12,64% – vom selbständig Versicherten entrichtet werden muss.

Abbildung 14 zeigt, wie sich der Beitragsverlauf bei Einführung des Kopfpauschalensmodells des Unionskompromisses und einer Bürgerversicherung für freiwillig versicherte Alleinstehende verändern würde.

Abbildung 14: Veränderung der Beitragsbelastung: Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie (Unionskompromiss) im Vergleich zur derzeitigen Regelung für alleinstehende freiwillig versicherte Selbständige



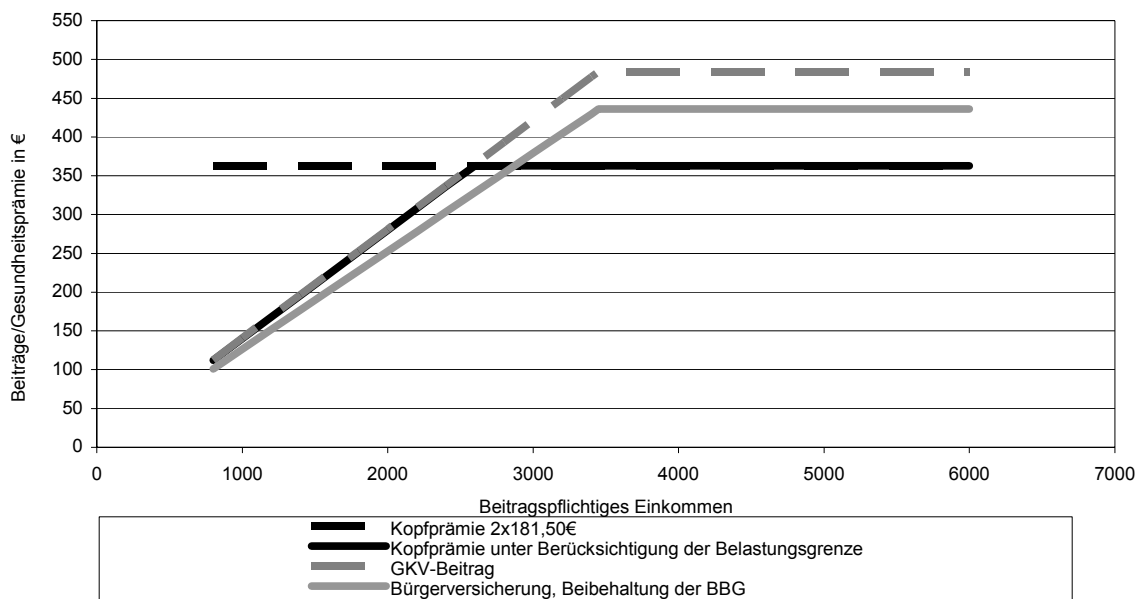
Quelle: eigene Darstellung.

Aufgrund der höheren Belastungsgrenze liegt die Subventionsgrenze hier schon bei 1296 Euro im Monat. Auch hier zeigt sich, dass für Bezieher niedriger Einkommen eine gleiche Belastung im Kopfprämienmodell und in der GKV anfällt. Eine Mehrbelastung im Vergleich zur Bürgerversicherung tritt bis zu einem Einkommen von 1486 Euro monatlich auf. Ab dieser Einkommenshöhe ist mit steigendem Einkommen analog zu den Pflichtversicherten eine zunehmende Besserstellung bei der Gesundheitsprämie festzustellen. Die maximale Entlastung im Vergleich zur GKV beträgt für freiwillig versicherte Alleinstehende 302

Euro monatlich bzw. 254 Euro, wenn man die Kopfprämie mit der Bürgerversicherung vergleicht.

Abbildung 15 zeigt nun den Verlauf der GKV-Beiträge und Beiträge zur Bürgerversicherung im Vergleich zur Kopfpauschale für Ehepaare, bei denen lediglich ein Ehepartner ein Einkommen aus selbständiger Tätigkeit erzielt.

Abbildung 15: Veränderung der Beitragsbelastung: Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie (Unionskompromiss) im Vergleich zur derzeitigen Regelung für Alleinverdienerehepaare (freiwillig versicherte Selbständige)

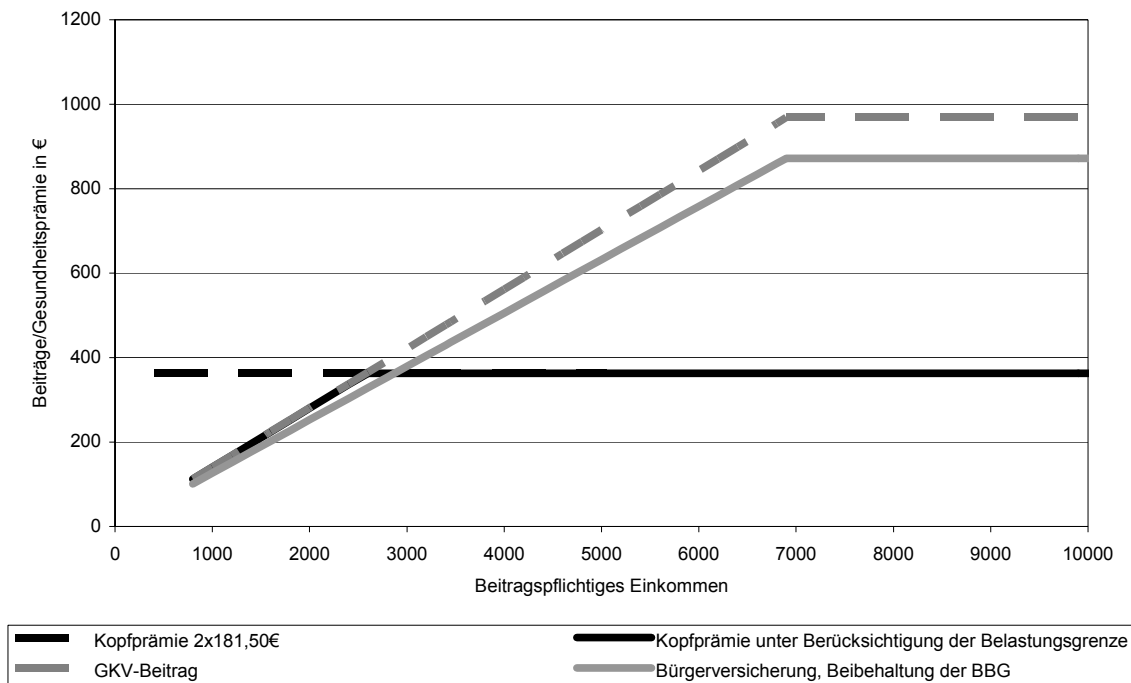


Quelle: eigene Darstellung.

Auch für freiwillig versicherte Selbständige dieses Haushaltstyps ist die Besserstellung durch die Kopfprämie für Bezieher höherer Einkommen im Vergleich zu den anderen untersuchten Haushaltstypen am geringsten. Im Vergleich zu den freiwillig versicherten Alleinstehenden fällt die Beitragsentlastung bei Alleinverdienerehepaaren ebenfalls deutlich geringer aus, da im Kopfprämienmodell 363 Euro monatlich zu entrichten sind. Ab einem Haushaltseinkommen von 2585 Euro monatlich in der GKV und 2872 Euro in der Bürgerversicherung steigt die finanzielle Entlastung durch das Kopfprämienmodell auf bis zu maximal 121 Euro im Vergleich zur GKV bzw. 73 Euro im Vergleich zur Bürgerversicherung pro Monat.

In Analogie der Reihenfolge für pflichtversicherte Haushalte, werden in Abbildung 16 nun die unterschiedlichen Beitragsverläufe für freiwillig versicherte Zweiverdienerehepaare mit gleich hohem Einkommen dargestellt.

Abbildung 16: Veränderung der Beitragsbelastung: Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie (Unionskompromiss) im Vergleich zur derzeitigen Regelung für Zweiverdienerehepaare mit gleich hohem Einkommen (freiwillig versicherte Selbständige)

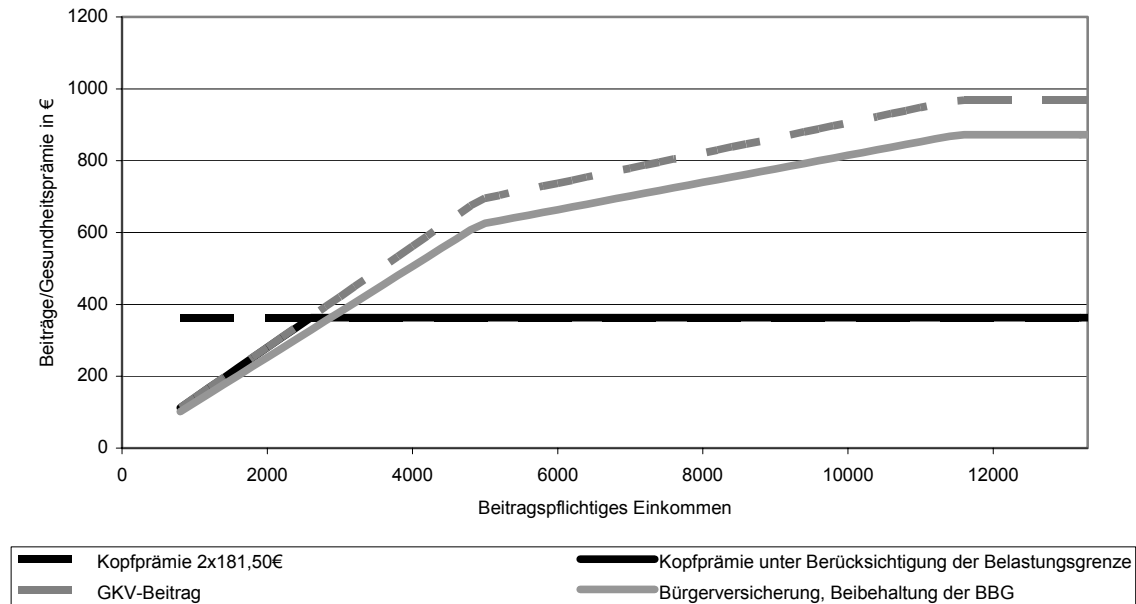


Quelle: eigene Darstellung.

Für diesen Haushaltstyp fällt die Entlastung durch die Kopfprämie für Bezieher höherer Einkommen analog zu den Pflichtversicherten am größten aus. Diese ist ab einem Einkommen der doppelten Beitragsbemessungsgrenze – also 6900 Euro im Jahr 2003 – maximal und beträgt 606 Euro im Vergleich zur GKV und 509 Euro im Vergleich zur Bürgerversicherung. Demgegenüber steht eine geringe Mehrbelastung im Kopfprämienmodell, die mit der der Alleinverdiener-ehepaare identisch ist. Ebenso liegt die Subventionsgrenze bei 2593 Euro monatlich.

Für unterschiedlich hoch verdienende, freiwillig versicherte Zweiverdienerehepaare wird der Belastungsverlauf schließlich in Abbildung 17 dargestellt. Es zeigt sich, dass Kopfprämien, Subventionsgrenze und Mehrbelastung geringerer Einkommen ebenfalls mit denen der anderen Ehepaarhaushaltstypen selbständig Versicherter identisch sind. Im Unterschied zu Zweiverdienerehepaaren mit gleich hohem Einkommen, jedoch analog zu den pflichtversicherten Zweiverdienerhaushalten mit unterschiedlichem Einkommen wird die Entlastung erst ab einem monatlichen Haushaltsbruttoeinkommen von 11500 Euro maximal. Allerdings beträgt sie hier – bedingt durch den höheren Beitragssatz für Selbständige wie bei den gleich viel verdienenden Ehepartnern – 606 Euro bzw. 509 Euro.

Abbildung 17: Veränderung der Beitragsbelastung: Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie (Unionskompromiss) im Vergleich zur derzeitigen Regelung für Zweiverdienerehepaare mit unterschiedlich hohem Einkommen, Einkommensanteile 70:30 (freiwillig versicherte Selbständige)



Quelle: eigene Darstellung.

3.2.2 Belastung der Versichertenhaushalte durch verschiedene Reformalternativen der GKV-Finanzierung bei Vorliegen von Kapitaleinkommen

Die bisherigen Vergleiche von Versichertenbelastungen haben unterstellt, dass die Haushalte über keine Kapitaleinkommen verfügen. Gerade in den beiden Reformalternativen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie spielen diese jedoch eine Rolle – in der Bürgerversicherung, weil sie der Beitragsbelastung unterworfen werden, in der Gesundheitsprämie, weil sie bei der Feststellung der Maximalbelastung durch die Prämien einbezogen werden. Die derzeitige Finanzierung der GKV wird hinsichtlich mangelnder Verteilungsgerechtigkeit kritisiert, dass eine Einschränkung der Beitragsbasis der Pflichtmitglieder auf Lohn- und Lohnersatzleistungen vorgenommen wird. Nur für die freiwillig versicherten Mitglieder werden die Beiträge auf Basis ihres gesamten Einkommens erhoben.³⁴

³⁴ Bei diesen Gruppen wird die Beitragspflicht durch die Satzung der jeweiligen Krankenkasse geregelt, wobei diese satzungsmäßige Regelung lt. § 240 (1+2) SGB V die Beiträge derart festsetzen soll, dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der freiwilligen Mitglieder sich möglichst umfassend in der Beitragsschuld widerspiegelt und zumindest jene Einkommen des freiwilligen Mitglieds erfasst werden, die auch bei den Pflichtversicherten für die Beitragsbemessung herangezogen würden. Für die Praxis der Beitragsbemessung bedeutet dies, dass bei der Gruppe der freiwillig Versicherten nicht allein die Einkommen aus Erwerbstätigkeit verbeitragt werden sollen, sondern bis zur Beitragsbemessungsgrenze

Wie sich die Berücksichtigung der Kapitaleinkommen auf die Belastung verschiedener Haushaltstypen auswirken würde, soll in der Folge aufgezeigt werden. Dabei wird auf die drei Haushaltstypen Alleinstehende bzw. Alleinerziehende, Alleinverdienerehepaare und Zweiverdienerehepaare mit unterschiedlich hohem Erwerbs-/Lohnersatzesinkommen abgestellt. Eine Differenzierung nach Familien mit und ohne Kinder wird nicht vorgenommen, da in keinem der drei Finanzierungsmodelle eine eigene Beitrags- bzw. Prämienzahlung für Kinder durch ihre Familien vorgesehen ist.

Weitere Einkommensarten sind für die derzeitige GKV ohne Bedeutung, da sie keiner Beitragsbelastung unterliegen. Die Bürgerversicherung sieht dagegen eine Verbeitragung von Kapitaleinkommen und weiteren Einkunftsarten vor. Allerdings herrscht weitgehend Einigkeit, dass aufgrund der hohen Zahl von Fällen mit negativen Einkünften aus Vermietung und Verpachtung eine Verbeitragung dieser Einkunftsart im Moment wenig sinnvoll erscheint.

In der Bürgerversicherung wurden zwei unterschiedliche Arten der Berücksichtigung weiterer Einkommen diskutiert – die so genannten Ein-Säulen- und Zwei-säulenmodelle. Um die unterschiedlichen Auswirkungen an Beispielen zu verdeutlichen, werden in den folgenden Modellrechnungen die Auswirkungen in beiden Alternativen gegenübergestellt. Im Ein-Säulen-Modell sollen alle Einkunftsarten einer gemeinsamen Beitragsbemessungsgrenze unterworfen werden, während im Zweisäulenmodell, das von SPD und DGB favorisiert wird, für die neu zu verbeitragenden Einkunftsarten – eventuell unter Berücksichtigung von Freibeträgen – eine gesonderte Beitragsbemessung mit eigener Beitragsbemessungsgrenze erfolgen soll.

Auch im Gesundheitsprämienmodell spielen die weiteren Einkunftsarten eine Rolle, wenngleich die Prämienhöhe selbst einkommensunabhängig ist: Die Subventionierung der Gesundheitsprämien für Bezieher niedriger Einkommen soll jedoch grundsätzlich auf das gesamte Haushaltseinkommen – auch das Kapitaleinkommen – Bezug nehmen.

In der folgenden Tabelle 11 wird für Alleinstehende bzw. Alleinerziehende mit unterschiedlichen Einkommenskonstellationen die Arbeitnehmerbeitrags- bzw. Prämienbelastung in der GKV, der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie dargestellt.

Die Modellrechnungen gehen wie in den obigen Analysen der Belastungswirkungen von einem Beitragssatz von 14,04% für die GKV und gemäß unserer Berechnungen zur Beitragssatzwirkung der Bürgerversicherung für diese von einem Satz von 12,64% aus. Streng genommen bezieht sich dieser Beitragssatz auf das Zwei-Säulenmodell, während die Beitragsentlastung im Ein-Säulenmodell

auch andere Einnahmen wie etwa Kapitaleinkünfte (Mieten, Zinsen, Pachten, usw.) berücksichtigt werden.

etwas geringer ausfiele, d.h. ein etwas höherer Beitragssatz gelten müsste. In diesen Berechnungen wird jedoch einheitlich vom gleichen Beitragssatz der Bürgerversicherung für beide Säulen ausgegangen.

Tabelle 11: Monatliche Belastung von Arbeitnehmern, Arbeitslosen oder Rentner mit verschiedenen Kapitaleinkommenskonstellationen in der GKV, der Bürgerversicherung und im Gesundheitsprämienmodell: Alleinstehende oder Alleinerziehende

Monatliches Lohn- und Lohnersatz-einkommen	Jährliches Kapital-einkommen	GKV	Bürgerversicherung		Gesundheits-prämie
			Ein-Säulen	Zwei-Säulen	
1000	0	70,20	63,20	63,20	70,00
1000	1000	70,20	63,20	63,20	75,83
1000	3000	70,20	79,83	79,83	87,50
1000	5000	70,20	100,90	100,90	99,17
1500	0	105,30	94,80	94,80	105,00
1500	1000	105,30	94,80	94,80	105,00
1500	4000	105,30	121,97	121,97	109,00
1500	6000	105,30	143,03	143,03	109,00
3300	0	231,66	208,56	208,56	109,00
3300	1000	231,66	208,56	208,56	109,00
3300	4000	231,66	227,52	235,73	109,00
3300	6000	231,66	227,52	256,79	109,00
5000	0	242,19	218,04	218,04	109,00
5000	1000	242,19	218,04	218,04	109,00
5000	4000	242,19	218,04	245,21	109,00
5000	6000	242,19	218,04	266,27	109,00
8000	0	242,19	218,04	218,04	109,00
8000	1000	242,19	218,04	218,04	109,00
8000	4000	242,19	218,04	245,21	109,00
8000	6000	242,19	218,04	266,27	109,00

Quelle: Eigene Berechnungen.

Für die untersuchte Gruppe der Alleinstehenden werden die monatlichen Lohn- bzw. Lohnersatz-einkommen für ausgesuchte Werte zwischen 1000 Euro und 8000 Euro monatlich dargestellt. Für jede dieser Lohn-/Lohnersatz-einkommensgruppen wird außerdem das jährliche Kapitaleinkommen von 0, 1000, 4000

und 6000 Euro zugeordnet³⁵. Es zeigt sich in der dritten Spalte, dass in der GKV nur das Lohn-/Lohnersatzeinkommen die Beitragshöhe beeinflusst, während unterschiedlich hohe Kapitaleinkommen auf die geltende Beitragshöhe für Pflichtversicherte keinen Einfluss nehmen.

Anders gestaltet sich dies für die Bürgerversicherung. Grundsätzlich sollen in der Bürgerversicherung für Pflichtversicherte auch Beiträge auf Kapitaleinkommen und weitere bisher nicht beitragsbelastete Einkommen erhoben werden. Diese Einkommen werden, da es diesbezüglich ja keinen Arbeitgeber gibt, zudem mit dem vollen Beitragssatz der Bürgerversicherung von 12,64 % belastet. Bei einem jährlichen Freibetrag von 1421 Euro³⁶ (Freibetrag auf Kapitaleinkünfte von 1370 Euro sowie Werbungskosten auf Kapitaleinkünfte von 51 Euro) hätten auch die Personen mit Kapitaleinkommen von 1000 Euro auf diese keine Beiträge entrichten müssen. Dennoch ist ihre Beitragslast geringer als in der GKV, da gerade die Personen ohne Kapitaleinkommen vom geringeren Beitragssatz der Bürgerversicherung profitieren. Bei Kapitaleinkommen, die die Freigrenze übersteigen, wäre der übersteigende Betrag mit dem vollen Beitragssatz der Bürgerversicherung (Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag) zu belasten. Bis zu einem Erwerbseinkommen von 1500 Euro monatlich zeigen sich in unseren Beispielhaushalten keine Unterschiede in der Beitragslast bei der Bürgerversicherung mit Ein-Säulen- und Zwei-Säulenmodell, da in beiden Fällen die Kapitaleinkommen voll belastet werden. Übersteigt jedoch das zu verbeitragende Einkommen die (einfache) Beitragsbemessungsgrenze, wie dies bei unserem Beispiel mit 3300, 5000 und 8000 Euro Lohn-/Lohnersatzeinkommen der Fall ist, so werden Unterschiede deutlich.

Zum einen ist zu beobachten, dass durchwegs im Zwei-Säulenmodell bei diesen Einkommenshöhen die Beitragslast höher wird, wenn die Kapitaleinkommen über 4000 Euro jährlich (in unseren Beispielen) liegen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Kapitaleinkommen in diesem Modell einer eigenen Beitragsbemessungsgrenze unterliegen, bis zu der sie zum vollen Beitragssatz belastet werden, auch wenn die Lohn-/Lohnersatzeinkommen ihre eigene Beitragsbemessungsgrenze bereits übersteigen. Im Beispiel der Personen mit einem Lohneinkommen von 3300 monatlich ergibt sich zudem (anders als bei Lohneinkommen über der Beitragsbemessungsgrenze) die Besonderheit, dass die Kapitaleinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 3450 Euro, d.h. begrenzt auf 150 Euro monatlich oder 1800 Euro jährlich auch im Ein-Säulen-Modell verbeitragt werden, der überschießende Betrag jedoch nicht. Insgesamt ergibt sich in diesem Modell bei Lohneinkommen über der Beitragsbemessungsgrenze im Vergleich zu den Haushalten mit einem Einkommen knapp unter der Beitragsbemessungsgrenze (Beispiel 3300 Euro) eine geringere Beitragslast bei Vorliegen von Kapitalein-

³⁵ Nach Auswertungen des SOEP verfügt die Großzahl der Befragten nur über jährliche Kapitaleinkommen bis zu 500 Euro.

³⁶ Dieser Freibetrag gilt für das Jahr 2004.

kommen über der Freigrenze, weil die Lohneinkommen für die Versicherten nur mit dem Arbeitnehmerbeitrag belastet werden, die Kapitaleinkommen jedoch mit dem doppelten Beitragssatz.³⁷

Im Zwei-Säulenmodell der Bürgerversicherung steigen die Beitragslasten mit dem Kapitaleinkommen an. Es wurde unterstellt, dass die zweite Beitragsbemessungsgrenze ebenso hoch ist wie die der ersten Säule.

Bei der Finanzierung durch Kopfpauschalen in Höhe von 109 Euro monatlich werden in den beiden untersten dargestellten Lohneinkommenssegmenten die Maximalbegrenzungen auf 7% des Einkommens wirksam. Hier zeigt sich, dass vorhandene Kapitaleinkommen die tatsächliche Belastung ebenso ansteigen lassen wie höhere Lohneinkommen. Der Maximalwert von 109 Euro wird jedoch bereits bei einem monatlichen Lohn-/Lohnersatzeinkommen von 1500 Euro zuzüglich 1000 Euro an jährlichen Kapitaleinkommen erreicht.

Für Alleinverdienerhepaare (mit oder ohne Kinder) ergeben sich hinsichtlich der Kapitaleinkommen etwas andere Belastungswirkungen als für Alleinstehende (vgl. Tabelle 12).

Für diesen Haushaltstyp werden zusätzlich andere Einkommenskonstellationen gewählt, da in der Tendenz Ehepaare wohl (auch) häufiger etwas höhere Einkommen erzielen.

Während in der GKV die Belastung bei gleich hohem Einkommen gleich ist wie bei Alleinstehenden, zeigen sich bei den Kopfpauschalen und bei der Bürgerversicherung andere Muster. Da jeder Ehepartner eine eigene Kopfpauschale zu entrichten hat steigt die maximale Arbeitnehmerbelastung bis auf 218 Euro. Eine Subventionierung der Kopfprämien wird bei den ausgewählten Haushaltstypen bis zu einem Einkommen von 1500 zuzüglich Kapitaleinkommen erforderlich. Wie weiter oben ausgeführt wurde, liegt die Subventionsgrenze bei einem maßgeblichen Einkommen von 3114 Euro monatlich.

In der Bürgerversicherung ist der Ehepartner ohne eigenes mehr als geringfügiges Einkommen wie in der GKV beitragsfrei familienversichert. Für die Modellrechnungen unterstellen wir, dass die ausgewählten Kapitaleinkommen jeweils hälftig den Ehepartnern gehören. Beim Alleinverdienerhepartner würde demgemäß nur das halbe in Tabelle 12 ausgewiesene Kapitaleinkommen, soweit es den maßgeblichen steuerlichen Freibetrag von 1421 Euro für das Jahr 2003 übersteigt, bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu verbeitragen sein. Der Partner ohne Lohn-/Lohnersatzeinkommen müsste nur Beiträge entrichten, wenn seine Hälfte des Kapitaleinkommens monatlich bzw. im Monatsdurchschnitt die Gering-

³⁷ Dieses Ergebnis resultiert aus der Annahme, dass zunächst die Lohneinkommen voll „normal“ verbeitragt werden und nur über diesen Betrag hinaus bis zur Beitragsbemessungsgrenze auf Kapitaleinkommen der (höhere) Beitragssatz bezahlt wird. Alternativ wäre denkbar, die beiden Einkommensarten bis zur Beitragsbemessungsgrenze pro rata mit ihren jeweiligen Beitragssätzen zu belasten.

füchtigkeit übersteigt – was nur ab einem hälftigen Kapitaleinkommen von 6221 Euro jährlich der Fall wäre³⁸.

Tabelle 12: Monatliche Belastung von Arbeitnehmern, Arbeitslosen oder Rentner mit verschiedenen Kapitaleinkommenskonstellationen in der GKV, der Bürgerversicherung und im Gesundheitsprämienmodell: Alleinverdienerehepaare mit oder ohne Kinder

Monatliches Lohn- und Lohnersatz-einkommen	Jährliches Kapital-einkommen	GKV	Bürgerversicherung		Gesundheits-prämie
			Ein-Säulen	Zwei-Säulen	
1000	0	70,20	63,20	63,20	70,00
1000	1000	70,20	63,20	63,20	75,83
1000	4000	70,20	69,30	75,40	93,33
1000	6000	70,20	79,83	96,46	105,00
1500	0	105,30	94,80	94,80	105,00
1500	1000	105,30	94,80	94,80	110,83
1500	4000	105,30	100,90	100,90	128,33
1500	6000	105,30	111,43	111,43	140,00
3300	0	231,66	208,56	208,56	218,00
3300	1000	231,66	208,56	208,56	218,00
3300	4000	231,66	214,66	214,66	218,00
3300	6000	231,66	225,19	225,19	218,00
5000	0	242,19	218,04	218,04	218,00
5000	1000	242,19	218,04	218,04	218,00
5000	4000	242,19	218,04	224,14	218,00
5000	6000	242,19	218,04	234,67	218,00
8000	0	242,19	218,04	218,04	218,00
8000	1000	242,19	218,04	218,04	218,00
8000	4000	242,19	218,04	224,14	218,00
8000	6000	242,19	218,04	234,67	218,00
12000	0	242,19	218,04	218,04	218,00
12000	1000	242,19	218,04	218,04	218,00
12000	4000	242,19	218,04	224,14	218,00
12000	6000	242,19	218,04	234,67	218,00
12000	30000	242,19	361,07	504,10	218,00

Quelle: Eigene Berechnungen.

³⁸ Natürlich wäre auch denkbar, dass Ehepartner unterschiedlich hohe Kapitaleinkommen beziehen.

Wie bei den Alleinstehenden ergeben sich auch für Ehepaare beim Vorliegen von Kapitaleinkommen und Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze höhere Belastungen im Zwei-Säulen-Modell. In einigen Einkommenskonstellationen liegt die Gesamtbelastung des Ehepaars allerdings unter der der Alleinstehenden mit gleichem Einkommen, da niedrige Kapitaleinkommen des Partners ohne eigenes Lohn-/Lohnersatzeinkommen beitragsfrei bleiben.

Als dritten Haushaltstyp betrachten wir Ehepaare mit beidseitigem Lohn- bzw. Lohnersatzeinkommen, das im Verhältnis von 70:30 steht, sowie unterschiedlichen Kapitaleinkommen, von dem wiederum unterstellt wird, dass es den Ehepartnern je zur Hälfte gehört. Im Vergleich zu den Alleinverdienerhepaaren beschränken wir uns dabei auf etwas höhere Einkommen (vgl. Tabelle 13).

Anders als bei Alleinverdienerhepaaren ergibt sich bei diesem Haushaltstyp auch in der GKV eine höhere Beitragsbelastung, da das Lohn-/Lohnersatzeinkommen jedes Ehepartners bis zur Beitragsbemessungsgrenze verbeitragt wird. Erst beim Haushaltstyp mit einem Einkommen von monatlich 12000 Euro überschreiten beide Lohn-/Lohnersatzeinkommen die Beitragsbemessungsgrenze und die Beitragslast erreicht ihr Maximum von 484,38 Euro, während das entsprechende Maximum für Alleinverdiener bei einem Einkommen von 3450 Euro und einem Beitrag von 242,19 Euro erreicht ist. Für die Bürgerversicherung gilt bei einem niedrigeren Beitragssatz grundsätzlich Ähnliches – nur dass die Verbeitragung eventueller Kapitaleinkommen dazukommt. Auch bei den Zweiverdienerhepaaren kann es mit einem niedrigeren Einkommen, wenn darin Kapitaleinkommen enthalten sind, zu einer höheren Beitragslast kommen als bei höheren nur Lohn- bzw. Lohnersatzeinkommen. Und generell zeigt sich auch bei diesem Haushaltstyp eine höhere Beitragslast im Zwei-Säulen-Modell der Bürgerversicherung als im Ein-Säulenmodell, wenn höhere Kapitaleinkommen vorhanden sind.

Für die Kopfpauschalenerfinanzierung ergeben sich für Ein- und Zweiverdienerhepaare keine Unterschiede, da die Pauschalen selbst vom Einkommen unabhängig sind und die Subventionierung vom Haushaltseinkommen abhängig ist.

Aus den Beispielrechnungen wurden einige Muster deutlich, die für die Beurteilung einer Finanzierungsform von Bedeutung sind. Zu beachten ist jedoch, dass auch in diesen Modellen, in denen die Belastung aus Sicht der Versicherten verglichen wird, die unterschiedlichen Modelle nicht gleichermaßen vollfinanziert sind: Die GKV- und die Bürgerversicherung gehen jeweils von Größen aus, die sich auf eine Gesamtfinanzierung ohne beachtliche Steuersubventionen beziehen, während in den Kopfprämien systemimmanent erhebliche Steuersubventionen enthalten sind.

Tabelle 13: Monatliche Belastung von Arbeitnehmern, Arbeitslosen oder Rentner mit verschiedenen Kapitaleinkommenskonstellationen in der GKV, der Bürgerversicherung und im Gesundheitsprämienmodell: Zweiverdienerehepaare mit oder ohne Kinder mit Lohn- bzw. Lohnersatz-einkommen im Anteil von 70:30

Monatliches Lohn- und Lohnersatz-einkommen	Jährliches Kapitaleinkommen	GKV	Bürgerversicherung		Gesundheitsprämie
			Ein-Säulen	Zwei-Säulen	
2500	0	175,50	158,00	158,00	175,00
2500	1000	175,50	158,00	158,00	180,83
2500	4000	175,50	170,20	170,20	198,33
2500	6000	175,50	191,26	191,26	210,00
5000	0	347,49	312,84	312,84	218,00
5000	1000	347,49	312,84	312,84	218,00
5000	4000	347,49	318,94	325,04	218,00
5000	6000	347,49	329,47	346,10	218,00
8000	0	410,67	369,72	369,72	218,00
8000	1000	410,67	369,72	369,72	218,00
8000	4000	410,67	375,82	381,92	218,00
8000	6000	410,67	386,35	402,98	218,00
8000	30000	410,67	502,44	655,78	218,00
8000	50000	410,67	502,44	866,45	218,00
12000	0	484,38	436,08	436,08	218,00
12000	1000	484,38	436,08	436,08	218,00
12000	4000	484,38	436,08	448,28	218,00
12000	6000	484,38	436,08	469,34	218,00
12000	10000	484,38	436,08	511,48	218,00
12000	30000	484,38	436,08	722,14	218,00
12000	50000	484,38	436,08	932,81	218,00

Quelle: Eigene Berechnungen.

Der Haupteckenergebnisgewinn dieser Darstellungen bezieht sich auf die Berücksichtigung der Kapitaleinkommen, die insbesondere in der Bürgerversicherung und zum Teil im Gesundheitsprämienmodell eine Rolle spielen.

3.2.3 Vergleich der Belastung durch GKV und Gesundheitsprämie unter gleichem Finanzrahmen

Die bisherigen Vergleiche der Beitragsbelastung bezogen sich für den Unionskompromiss auf die subventionierten Kopfprämien in Höhe von maximal 109

Euro (218 Euro für Ehepaare) bei Pflichtversicherten und für die derzeitige GKV und die Bürgerversicherung dementsprechend lediglich auf den Arbeitnehmeranteil. Außen vor blieben bei diesen Betrachtungen erstens die nach den jeweiligen Modellen zu zahlenden, unterschiedlich hohen Arbeitgeberbeiträge bzw. Arbeitgeberprämien. Des Weiteren wurden bei der gewählten Darstellungsweise die Kopfprämien insofern „unterfinanziert“ erfasst, als bei Berücksichtigung von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberprämie anders als in der GKV systemimmanent eine erhebliche Deckungslücke mit entsprechendem Subventionsbedarf von durchschnittlich 450 Euro pro Jahr bzw. monatlich 37,50 Euro verbleibt. Die aus diesen Rechnungen gewonnenen Erkenntnisse sind insofern irreführend, als die geringe ausgewiesene Belastung durch Kopfpauschalen – wie auch anhand der Aggregate weiter oben dargestellt wurde – zum Teil auf niedrigere berücksichtigte Finanzierungsvolumina bei den Kopfprämien fußt.

Deshalb wird im Folgenden exemplarisch zunächst für Alleinverdienerehepaare (mit oder ohne Kinder), von denen ein Partner sozialversicherungspflichtig beschäftigt, Rentner oder Arbeitsloser ist, der andere Partner über kein eigenes Einkommen verfügt, aufgezeigt, wie sich der Vergleich der Belastungen darstellen würden, wenn – wie im Gesundheitsprämienmodell impliziert – der GKV im Sinne von „Waffengleichheit“ gleich hohe Subventionszahlungen aus Steuermitteln zugewendet werden, wie sie das Gesundheitsprämienmodell der Union erfordert. Dies hätte 2003 eine GKV-Beitragssatzsenkung in Höhe von etwa 2,28 Beitragssatzpunkten ermöglicht. Somit hätte die Summe von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteilen des kostendeckenden GKV-Beitragssatzes (ohne Krankengeldabdeckung) im Jahr 2003 bei 11,76% statt bei 14,04% gelegen.

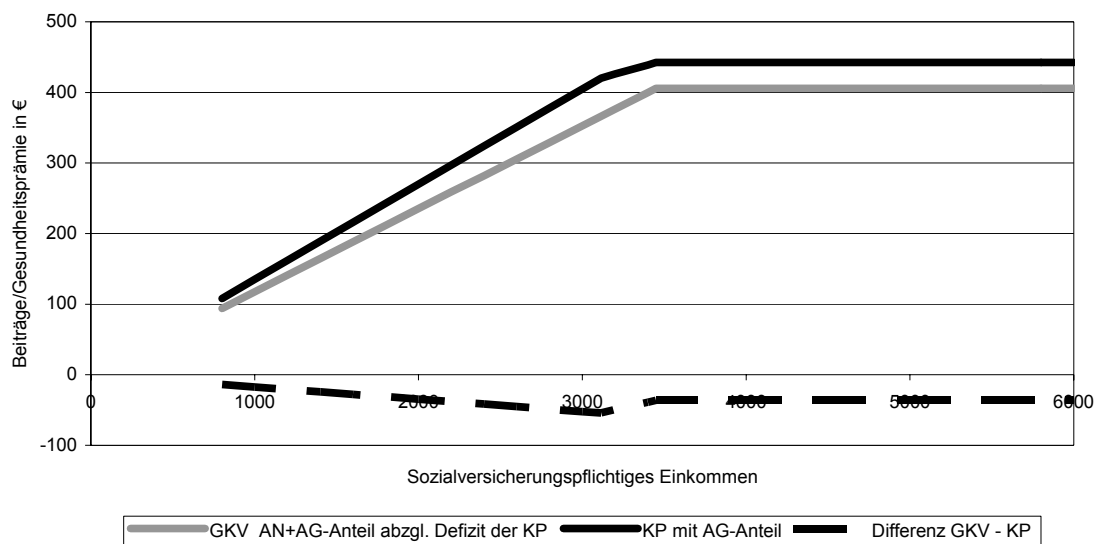
Den Verlauf der gesamten Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) unter diesen Rahmenbedingungen zeigt folgende Abbildung 18.

Es wird deutlich, dass bei einer entsprechenden Berücksichtigung der Arbeitgeberanteile in der GKV und der 6,5%igen Arbeitgeberprämie im Gesundheitsprämienmodell und gleich hoher Steuersubventionierung in beiden Modellen die Beiträge der GKV (graue Linie) für Alleinverdienerehepaare über alle Einkommen hinweg *unterhalb* der Belastung durch das Gesundheitsprämienmodell (schwarze Linie) liegen. Würden also der derzeitigen GKV Steuermittel in der Höhe zur Verfügung gestellt, wie sie der Unionskompromiss erfordert, so könnten die Beiträge deutlich sinken. Die gestrichelte Linie stellt die Differenz zwischen GKV- und Gesundheitsprämienbelastung dar.

Diese Unterschiede sind plausibel, da die kombinierte prozentuale Belastung durch die Maximalbegrenzung im Gesundheitsprämienmodell auf 7% des Bruttoeinkommens zuzüglich der auf 6,5% (gedeckelten) Arbeitgeberprämie höher ausfallen als die entsprechende rechnerische Belastung in der gleichermaßen subventionierten GKV von 11,76%. Die maximale Belastung im Gesundheitsprämienmodell liegt bei 442,25 Euro für zwei Gesundheitsprämien von 218 Euro zuzüglich 224,25 Euro, d.s. 6,5% der Beitragsbemessungsgrenze von 3450 Euro.

Bei der GKV liegt die Maximalbelastung bei 405,72 Euro – 11,76% der Beitragsbemessungsgrenze.

Abbildung 18: Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge von Alleinverdienererehepaaren in der derzeitigen GKV und bei Gesundheitsprämien und ihre Differenz (beide Finanzierungsformen unter Berücksichtigung von Steuersubventionen in Höhe von 22 Mrd. Euro)

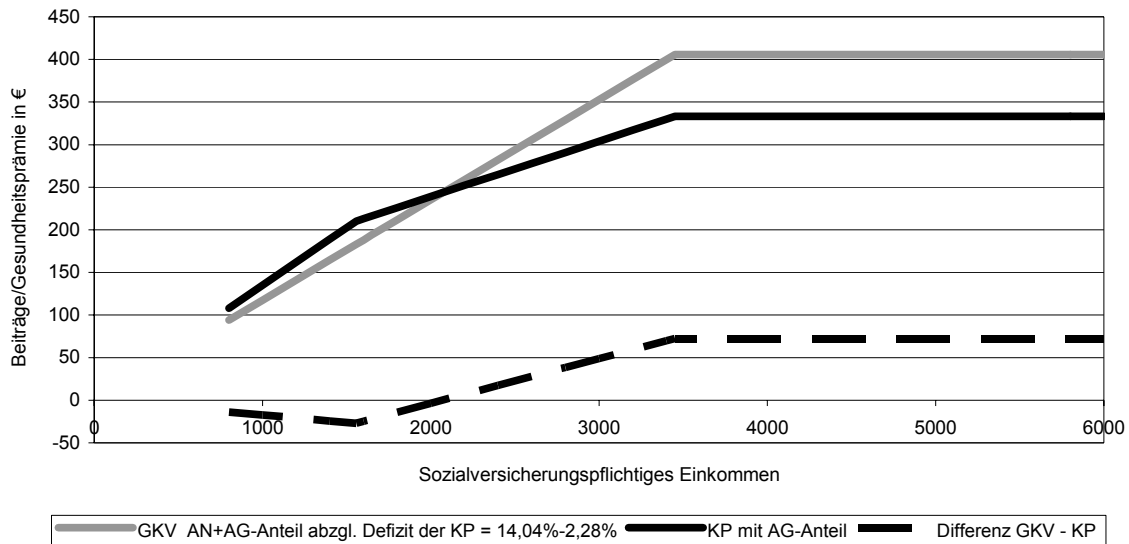


Quelle: eigene Darstellung.

Zunächst mag es erstaunen, dass in *allen* Einkommensgruppen die Gesundheitsprämie zu einer Mehrbelastung führt, wenn man von gleichen Rahmenbedingungen, d.h. gleichen Finanzierungsvolumina ausgeht. Dies wird aber erklärlich, wenn man den Vergleich für andere Gruppen darstellt, nämlich die Alleinstehenden bzw. Alleinerziehenden und die Zweiverdienererehepaare, bei denen dies nicht der Fall ist. Bei diesen Gruppen werden, wie zu zeigen ist, die Bezieher höherer Einkommen durch die Gesundheitsprämie begünstigt, während Bezieher niedriger Einkommen auch dann benachteiligt werden, wenn man davon ausgeht, dass die Begrenzung der maximalen Belastung auf 7% des Einkommens tatsächlich erfolgen wird.

Für Alleinstehende bzw. Alleinerziehende kann unter den besagten Annahmen der „Waffengleichheit“ im Hinblick auf die Steuersubventionen gezeigt werden (vgl. Abbildung 19), dass sich höhere Belastungen durch das Kopfprämienmodell für die Bezieher von Einkommen bis 2072 Euro monatliches Bruttoeinkommen ergeben. Ab diesem Bruttoeinkommen findet dagegen eine mit dem Einkommen zunehmende Entlastung der Alleinstehenden (und Alleinerziehenden) in diesem Modell statt. Am höchsten ist die Entlastung mit 72,50 Euro für die Alleinstehenden ab einem Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze.

Abbildung 19: Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge von Alleinstehenden und Alleinerziehenden in der GKV und bei Gesundheitsprämien und ihre Differenz (beide Finanzierungsformen unter Berücksichtigung von Steuersubventionen in Höhe von 22 Mrd. Euro)

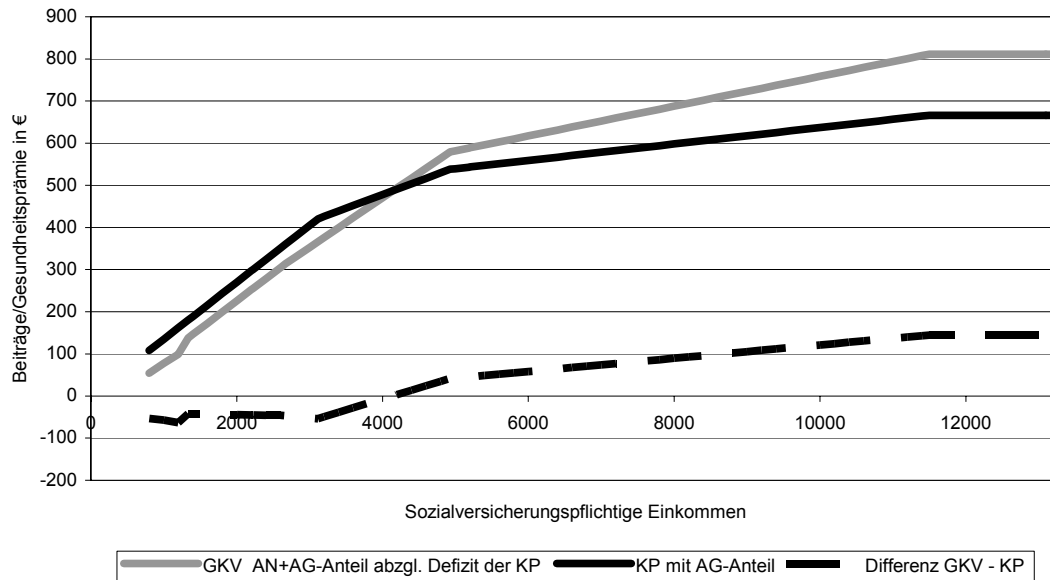


Quelle: eigene Darstellung.

Die hier gewählte Darstellung verdeutlicht mit vergleichbaren Finanzierungsvolumina die Unterschiede der Finanzierungsformen. Dabei tritt im Vergleich zu den Alleinverdienerehepaaren für Alleinstehende mit höheren Einkommen im Kopfprämienmodell eine Begünstigung ein, weil sie nur eine Kopfpauschale zu entrichten haben.

Für Zweiverdienerehepaare, von denen beide Partner sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (bzw. Rentner oder Arbeitslosengeldempfänger) sind, hängt die genaue Konstellation der Belastung und die Obergrenzen der einkommensabhängigen Beiträge von den Anteilen der Partner am Familieneinkommen ab. In der Folge wird wiederum - wie weiter oben - auf eine Konstellation eingegangen, in der ein Partner 70% des gemeinsamen Einkommens, der andere 30% bezieht (vgl. Abbildung 20). Bei einer solchen Einkommenskombination stellen sich Ehepaare bis zu einem gemeinsamen Einkommen von 4144 Euro in der GKV günstiger, mit Einkommen über diesem Niveau fallen die Belastungen im Gesundheitsprämienmodell niedriger aus. Mit steigendem Einkommen nimmt die Differenz bis zu einem gemeinsamen Einkommen von 11500 Euro auf maximal 145 Euro zu, um bei weiter steigenden Einkommen konstant auf diesem Niveau zu verharren.

Abbildung 20: Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge von Zweiverdienererehepaaren (Einkommensanteile 70:30) in der derzeitigen GKV und bei Gesundheitsprämien und ihre Differenz (beide Finanzierungsformen unter Berücksichtigung von Steuersubventionen in Höhe von 22 Mrd. Euro)



Quelle: eigene Darstellung.

Auf den Vergleich der Absicherung von freiwillig versicherten Selbständigen wird hierbei nicht im Detail eingegangen. Grundsätzlich stellt er sich jedoch ähnlich dar. Allerdings verläuft die Gesamtbelastung im Gesundheitsprämienmodell insofern etwas anders, als im unteren Einkommensbereich die Gesamtbelastung auf 14% des Einkommens begrenzt wird, was deutlich über dem GKV-Referenzbeitragssatz von 11,76% liegt. Im oberen Einkommensbereich beläuft sich die maximale Prämienbelastung auf 363 Euro für Ehepaare und 181,50 Euro für Alleinstehende, weil für die Personen ohne Arbeitgeberanteil sinnvoller Weise die von ihnen zu bezahlende kostendeckende Prämie anstelle der Summe von Arbeitnehmerprämie und gedeckeltem Arbeitgeberanteil zugrunde zu legen ist. In der GKV fällt die Maximalbelastung mit 11,76% der Bemessungsgrundlage, d.s. 405,72 Euro, höher aus.

Insgesamt zeigt diese Art des Vergleichs jedoch, dass GKV und Gesundheitsprämienmodell Bezieher unterschiedlich hoher Einkommen und unterschiedliche soziale Gruppen durchaus unterschiedlich begünstigt. In der Tendenz begünstigt auch das Gesundheitsprämienmodell des Unionskompromisses ähnlich wie andere Kopfpauschalenmodelle die Bezieher höherer Einkommen, Zweiverdienererehepaare und Alleinstehende und benachteiligt, auch wenn der Einkommenssolidarausgleich zustande kommt, die Bezieher niedriger Einkommen leicht. Die Alleinverdienererehepaare werden allerdings durchgängig aufgrund des Wegfalls der Familienhilfe für Ehegatten ohne eigenes Einkommen benachteiligt.

3.3 Ansätze der Berücksichtigung einer steuerlichen Gegenfinanzierung des Subventionsbedarfs für die Gesundheitsprämie

Der Vergleich der Belastungsmuster könnte unter vergleichbaren Bedingungen auch etwas anders dargestellt werden, wenn man im Kopfprämienmodell die Gegenfinanzierung der erforderlichen Subvention mitberücksichtigt. Dazu müsste für die GKV der tatsächlich kostendeckende Beitragssatz von 14,04% herangezogen werden. Grundsätzlich hängt die Belastung durch die Gegenfinanzierung der Subventionen aber vor allem von der Art der Steuer ab, die als zusätzliche Steuer erhoben bzw. nicht gesenkt wird, um die für die Subventionen erforderlichen Steuermitteln aufzubringen.

Eine progressiv wirkende Steuer, wie (nominal) die Einkommensteuer, würde Bezieher höherer Einkommen – selbst dann wenn sie selbst nicht in der GKV bzw. in der Bürgerprämien-GKV versichert sind – bei der Aufbringung der Mittel für die Subventionen progressiv mehr belasten. Andererseits wären Personen, deren Einkommen so niedrig ist, dass sie keine Steuer zu bezahlen haben, tatsächlich von der Belastung frei. Das bedeutet, dass an einer Finanzierung der staatlichen Aufgaben, wie in unserem Fall der Umverteilung, über eine Erhöhung der Einkommensteuersätze oder eine Erhebung eines Solidarzuschlags auf diese Steuer Bezieher niedriger Einkommen nicht beteiligt werden. So würden sich tatsächlich die meisten Rentner/innen oder die Bezieher niedriger Erwerbseinkommen an einer solchen Finanzierung nicht beteiligen müssen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die Bezieher höherer Einkommen ihre Einkommen „schönrechnen“ und sich einer Einkommensteuerbelastung weitgehend entziehen können. Das geltende Einkommensteuerrecht bietet hierzu nach Meinung vieler Experten ausreichend Möglichkeiten. Ob die von allen Parteien bekundete Absicht, das Steuerrecht einfacher machen, Vergünstigungstatbestände streichen und nominal den Steuertarif reduzieren zu wollen, tatsächlich realisiert wird, scheint angesichts vergangener Erfahrungen mit dem Gesetzgebungsprozess eher fraglich. Aktuelle Zahlen zur Steuerbelastung gibt es nicht, da die Einkommensteuerstatistik, die im Dreijahres-Rhythmus aus einer Stichprobe von Einkommensteuererklärungen erstellt wird, immer mit Verzögerung zur Verfügung steht.

Die zuletzt verfügbare Lohn- und Einkommensteuerstatistik bezieht sich auf das Veranlagungsjahr 1998 und ist deshalb nur bedingt aussagefähig für unser Analysejahr 2003 bzw. das Jahr 2005, da sich zum einen die Einkommensverteilung, die Einkommenshöhe und zum anderen das Steuerrecht (z.B. die Freibeträge, der Steuertarif und Ausnahmetatbestände bzw. Absetzmöglichkeiten) seither in mehreren Schritten verändert haben. So ist der Grundfreibetrag deutlich von 5616 DM im Jahr 1998 auf 7664 Euro im Jahr 2005 gestiegen. Der Eingangssteuersatz wurde auf 15% abgesenkt, der Spitzensteuersatz von 53% auf 42%. Trotz dieser und verschiedener anderer Änderungen blieb die Grundstruktur des Steuerrechts bestehen. Tabelle 14 soll deshalb für dieses Veranlagungsjahr der Frage nachgehen, ob das Steuerrecht damals insgesamt progressiv wirkte oder nicht. Der hierfür verwendete Indikator ist der Anteil der festgesetzten Einkom-

mensteuer am Gesamtbetrag der Einkünfte differenziert nach dem Einkommen. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ähnelt einem Bruttoeinkommen, wenngleich es dem nicht ganz entspricht. So sind beispielsweise die Einkünfte aus nicht selbständiger Tätigkeit nicht mit dem Bruttolohn und –gehalt identisch, sondern umfassen weniger als letztere.

Dabei zeigt sich, dass der Anteil der Steuern am Gesamtbetrag der Einkünfte 1998 mit steigendem Gesamtbetrag tendenziell zunahm. Ab 175.000 Euro für Steuerpflichtige nach der Grundtabelle und ab 250.000 Euro für Steuerpflichtige nach der Splittingtabelle verläuft die Belastung etwa proportional. Allerdings sank der Anteil der Steuern im obersten Einkommensbereich wieder leicht ab, was darauf hindeutet, dass gerade in diesem Einkommensbereich einige Steuerpflichtigen ihr zu versteuerndes Einkommen erheblich unter dem Gesamtbetrag der Einkünfte drücken können. Ein ähnliches Muster wird für den Anteil der Personen, die Steuer zahlen, deutlich. So steigt mit steigenden Einkünften der Anteil der Steuerpflichtigen, die tatsächlich Steuern bezahlen müssen bei Steuerpflichtigen nach der Grundtabelle bis zu einem Einkommen von 37.500 Euro und bei steuerpflichtigen Ehepaaren bis zu einem Gesamtbetrag der Einkünfte von 1.000.000 Euro mit dem Gesamtbetrag der Einkünfte an, um danach leicht abzusinken. Der Umstand, dass der Anteil der Steuerzahler jedoch in allen Gruppen unter 100% liegt, belegt aber, dass auch unter den Beziehern hoher Gesamtbeträge der Einkünfte einige überhaupt keine Steuern zu entrichten haben.

Das deutet also darauf hin, dass das Steuersystem im mittleren Bereich tatsächlich progressiv ausgestaltet ist, die Progressivität aber nicht unbedingt für die obersten Einkommensgruppen zutrifft. Auf jeden Fall führte der Anstieg des Grundfreibetrags zu einer Steigerung der Personen, die keine Einkommensteuer zu entrichten haben, ob das Steuersystem aber insgesamt progressiver wurde, lässt sich erst nach einer Simulation des neuen Steuerrechts sagen, da die Absenkung des Steuertarifs dem Abbau von Steuervergünstigungen entgegen wirkt.

Würde dagegen die Gegenfinanzierung über eine Umsatzsteuererhöhung erfolgen, so ist in der Tendenz ein eher mild regressives Resultat zu erwarten. Auch zur Verteilungswirkung der Umsatzsteuer gibt es keine detaillierten aktuellen Angaben. Immerhin gab es bei der Mehrwertsteuererhebung allerdings in den letzten Jahren keine gesetzlichen Änderungen. Durchaus wahrscheinlich haben sich jedoch die Konsummuster und Konsumpreisstrukturen aus verschiedenen Gründen geändert.

Tabelle 14: Einkommensteuerfälle, Anteil der Einkommensteuer am Gesamtbetrag der Einkünfte und Anteil der Steuerzahler an den Steuerfällen nach dem Gesamtbetrag der Einkünfte (GBE), 1998

Gesamtbetrag der Einkünfte	Nach Grundtabelle besteuerte Personen			Nach Splittingtabelle besteuerte Ehepaare*		
	Anzahl der Steuerfälle	Anteil der Steuer an GBE	Anteil der Steuerzahler	Anzahl der Steuerfälle	Anteil der Steuer an GBE	Anteil der Steuerzahler
0-2500	1.572.760	0,25%	2,86%	636.105	0,22%	1,74%
2500-5000	930.754	0,33%	8,43%	321.756	0,16%	5,35%
5000-7500	976.295	0,53%	13,86%	370.903	0,21%	7,13%
7500-10000	906.575	1,73%	51,22%	362.558	0,33%	10,76%
10000-12500	822.487	4,75%	82,95%	366.435	0,54%	16,20%
12500-15000	829.116	8,03%	94,39%	401.228	0,78%	23,25%
15000-20000	1.726.855	12,53%	97,97%	1.003.640	1,74%	52,65%
20000-25000	1.856.677	16,22%	99,27%	1.335.536	4,55%	85,62%
25000-30000	1.440.537	18,56%	99,61%	1.588.104	7,78%	93,37%
30000-37500	1.196.011	20,79%	99,69%	2.050.235	11,40%	97,62%
37500-50000	784.853	23,63%	99,67%	2.636.824	15,30%	99,44%
50000-75000	357.417	27,98%	99,44%	2.403.143	19,30%	99,72%
75000-100000	74.487	33,02%	99,00%	680.955	23,21%	99,65%
100000-125000	30.313	35,44%	98,66%	247.220	26,31%	99,51%
125000-175000	25.450	37,47%	98,28%	161.010	30,64%	99,27%
175000-250000	14.203	39,02%	98,03%	78.164	34,70%	99,06%
250000-375000	8.808	39,72%	97,77%	41.511	37,30%	98,69%
375000-500000	3.666	39,99%	97,71%	15.331	38,49%	98,38%
500000-1000000	4.875	39,54%	97,35%	16.900	39,05%	98,05%
1000000-2500000	2.371	38,24%	97,09%	6.982	38,17%	97,55%
2500000-5000000	732	35,00%	97,13%	1.762	36,36%	98,24%
5000000 u.m.	660	38,86%	98,79%	1.183	38,00%	97,80%
insgesamt	13.565.902	19,62%	71,14%	14.727.485	18,47%	79,21%

* Jedes Ehepaar ist ein Steuerfall

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis Statistisches Bundesamt (2005a).

Fritzsche et al. zeigen dabei, dass zwar auf der Basis der Daten der Einkommen- und Verbrauchstichprobe 1998 bezogen auf das Haushaltsnettoeinkommen eine regressiv Wirkung der Mehrwertsteuer auftritt, diese jedoch eher milde ausfällt. Die allerdings recht aggregierten Ergebnisse der Untersuchungen zeigen jedoch, dass bei einer Finanzierung über die Mehrwertsteuer dennoch die Bezieher niedriger Einkommen und die abhängig Beschäftigten deutlich stärker belastet werden (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Belastung durch Mehrwertsteuer in Abhängigkeit von sozialer Stellung und Nettoeinkommensschicht, in % des Haushaltsnettoeinkommens (HNE) mit Lohn- bzw. Lohnersatzeinkommen im Anteil von 70:30, 1998

Soziale Stellung	Quintile					Alle Quintile	Nachrichtlich: HNE in DM/Monat
	1	2	3	4	5		
Arbeitnehmer	10,1	9,5	9,0	8,3	7,2	8,1	8510
Selbständige	¹	9,4	8,3	7,6	6,2	6,8	8540
Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger	9,6	9,4	9,7	9,1	¹	9,3	2710
Rentner und Pensionäre	9,4	9,1	9,1	8,5	7,4	8,7	3680
Sonstige	11,9	10,0	10,0	8,9	6,6	8,2	5010
Alle EVS-Haushalte	9,9	9,3	9,3	8,4	7,0	8,1	5110

¹ Nur Haushalte der EVS 1998;

^a weniger als 100 Haushalte in der Stichprobe

Quelle: Fritzsche et al. (2003), S. 90.

Aus der Tabelle wird deutlich, dass bezogen auf alle Quintile Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger die höchste prozentuale Belastung durch die Mehrwertsteuer zu tragen haben. Entsprechend würden sie wohl auch am härtesten von einer Mehrwertsteuererhöhung betroffen. Sieht man von der heterogenen Gruppe der „Sonstigen“ ab, so sind es vor allem die unteren beiden Quintile der Arbeitnehmer, die ebenfalls überdurchschnittlich belastet sind. Auch bei Rentnern und Pensionären der unteren Einkommensgruppen sind vergleichsweise höhere Belastungen zu verzeichnen. Die mit steigendem Einkommen abnehmende Belastung der Haushalte resultiert aus der sinkenden Konsumquote. Allerdings ist zu bemerken, dass die Befreiung der Mieten von der Mehrwertsteuer sowie der ermäßigte Mehrwertsteuersatz (insbesondere wirkt sich hier die Ermäßigung für Nahrungsmittel aus) die Regressivität deutlich abmildert.

Verglichen mit einer Finanzierung über die Einkommensteuer wird deutlich, dass diese wegen des auf jeden Fall wirksamen Grundfreibetrag (nebst Kinderfreibeträgen) nicht nur die ungerechtfertigten Steuervermeider sondern auch die intendierte Zielgruppe eines progressiven Steuersystems mit steuerfreiem Existenz-

minimum vor der Eigenfinanzierung der Kopfpauschalen-Subventionen schont.³⁹ Bei einer Mehrwertsteuerfinanzierung können sich hingegen diese Gruppen einer Mehrbelastung zur Finanzierung ihrer eigenen Subventionen nicht entziehen. Des Weiteren zeigt auch die gleiche Studie für die EVS-Haushalte – bezieht man die Nichterwerbspersonen in die Analyse mit ein – eine mit jedem Einkommensquintil steigende Belastung durch die Einkommensteuer.

4 Fazit und Schlussfolgerungen

Sowohl die Bürgerversicherung als auch die Kopfprämienmodelle sollen zur Beseitigung der Schwächen der GKV bezüglich

- der erforderlichen Finanzierungsbasis aufgrund eines schrumpfenden Anteils beitragspflichtiger Lohn- und Lohnersatzeneinkommen,
- der Verteilungswirkungen aufgrund der einseitigen Lohnbelastung,
- der Fehlsteuerung aufgrund der Anreizfunktionen in der Gesundheitsversorgung und der verzerrenden Wettbewerbseffekte,
- der Arbeitsmarktbeeinträchtigungen aufgrund hoher Lohnnebenkosten für Arbeitgeber sowie
- der demografischen Nachhaltigkeit

alternative Reformansätze finden.

Allerdings gehen die beiden Modelle unterschiedliche Wege, sowohl hinsichtlich der Schaffung von Solidarität in einem unterschiedlich großen versicherten Personenkreis wie auch bzgl. der Loslösung vom in der bestehenden GKV zwar praktisch integrierten, jedoch nicht als wirklich gerecht empfundenen Solidarausgleich bzw. Umverteilungsprozess. Damit verbunden sind auch verschiedene Arten der Auseinandersetzung mit fehl steuernden Anreizfunktionen der GKV.

Die Bürgerversicherung versucht eine erhöhte Solidarität und Stärkung des Wettbewerbs vor allem durch die Ausweitung des Versichertenkreises und die Einbeziehung anderer Einkunftsarten innerhalb des Systems zu verwirklichen. Bei den Kopfprämienmodellen ist zwar auch eine Beteiligung der heute nicht GKV-Versicherten an der Solidarfunktion gleichsam außerhalb des Systems vorgesehen, indem Teile der Finanzierung der Leistungen für den bestehenden GKV-Versichertenkreis auf allgemeine Steuern verlagert werden sollen. Zum Teil bleibt dieser Personenkreis der meist PKV-Versicherten jedoch gänzlich außerhalb des Systems – vor allem was die zunehmend stärker divergierenden Versorgungsniveaus von gesetzlich und privat Krankenversicherten sowie den Wettbewerb

³⁹ Aus der gleichen Untersuchung wird deutlich, dass die unteren beiden Dezile der Bruttoeinkommen im Durchschnitt nur etwas über 600 DM Einkommensteuer im Jahr bezahlt hatten. Seither erfolgte Einkommensteuerreformen haben die Belastung der unteren Einkommen durch die Anhebung des Grundfreibetrags wie auch die Absenkung des Eingangsteuersatzes auf 15% in der Tendenz eher abgesenkt.

betrifft. Die Berufung auf die Beseitigung von Mängeln bezüglich des Familienlastenausgleichs (oder Familienleistungsausgleichs) sowie der Schwächen der vertikalen Einkommensverteilung und Einkommensbedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die folgerichtig aus Steuern zu finanzieren sind, würde jedoch auch implizieren, dass die nicht GKV-Versicherten z.B. Anspruch auf bedarfsorientierte Subventionierung mindestens eines Teils ihrer – vor allem bei älteren Menschen teuren – Versicherungsprämien sowie der Gesundheitskosten ihrer Kinder geltend machen können, ohne sich jedoch sonst dem Wettbewerb in den Versorgungsstrukturen aussetzen zu müssen. Aufgrund der Auslagerung von Funktionen der bisherigen GKV hängt die Frage, ob Kopfprämienmodelle eine größere Solidarität als die momentan existierende GKV aufweisen, vor allem von der Art der Gegenfinanzierung und der langfristigen Sicherheit der erforderlichen Subventionen ab.

Die beiden realtypischen Reformansätze der GKV-Finanzierung orientieren sich an der Korrektur von Schwächen des bestehenden Systems. Hier würde die Bürgerversicherung durch die mögliche Beitragssatzsenkung Vorteile aufweisen. Allerdings gilt es zu bedenken, dass diese Beitragssatzentlastungseffekte – was die Ausweitung des Versichertenkreises angeht – vermutlich erst mittel- bis langfristig zum Tragen kommen, da nach gängiger Meinung die PKV-Altbestände aus juristischen Gründen Bestandsschutz genießen. Eine Ausweitung der Beitragsbasis durch die Verbeitragung weiterer Einkunftsarten – und übrigens auch der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze – könnte demgegenüber kurzfristig umgesetzt werden.

Die meisten Kopfprämienmodelle beinhalten allerdings eine sofortige prozentuale Festschreibung bzw. Absenkung der Arbeitgeberanteile (Unionskompromiss 6,5 %) und damit eine Entlastung der Lohnnebenkosten. Noch einen Schritt weiter gehen wieder andere Kopfprämienmodelle, die nicht (nur) eine prozentuale Festschreibung, sondern eine Auszahlung des Arbeitgeberanteils – oder des gedeckelten Arbeitgeberanteils – an die Versicherten vorsehen. Hierdurch werden die Arbeitgeber eventuell künftig noch weitergehend entlastet, da höhere Löhne bzw. Lohnersatzleistungen bzw. dadurch hervorgerufene steigende Arbeitskosten in derartigen Finanzierungsformen auch nicht zu steigenden nominellen Belastungen für die Arbeitgeber führen würden. Im Umkehrschluss bedeutet dies insbesondere bei steigenden Gesundheitsausgaben eine Verschiebung bzw. Aufhebung der Paritätik, so dass die Versicherten vermehrt für die Finanzierung ihrer Gesundheitskosten aufkommen müssen und daher weniger Kaufkraft für anderen Konsum verbleibt. Deshalb spielt bei der Diskussion über die zukünftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Präferenz für eine eher angebotsorientierte (Stärkung der Investitionsfähigkeit und -bereitschaft der Wirtschaft durch Senkung der Lohnnebenkosten) oder eher nachfrageorientierte (Stärkung der Binnennachfrage durch Erhöhung der Kaufkraft) Wirtschaftspolitik eine Rolle. Durch die Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge würde vor allem die Kaufkraft von Geringverdienern, die eine hohe Konsumquote aufweisen, tendenziell verringert. Nichtsdestotrotz kann eine wie auch immer ausgestaltete Fest-

schreibung bzw. Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags auch in der bestehenden GKV oder einer Bürgerversicherung – falls politisch gewollt – problemlos realisiert werden. Um diesen Effekt zu erreichen bedarf es nicht einer Umstellung auf einheitliche Kopfpauschalen. Das konstitutive Merkmal der Kopfpauschalenmodelle ist vielmehr die Trennung der Absicherung des Gesundheitsrisikos von der Solidarfunktion bzw. der sozialpolitisch motivierten Umverteilung zwischen Einkommensgruppen und Familientypen, nicht primär die Entlastung der Arbeitgeber.

Hinsichtlich der Steuerungsfunktion von Versorgungsstrukturen und des Wettbewerbs werden eigentlich nur von der Bürgerversicherung Eingriffe vorgenommen. Das Gesundheitsprämienmodell sieht keine Eingriffe in den weitestgehend fehlenden Wettbewerb innerhalb des PKV-Marktes vor. Der fehlende bzw. für die GKV nachteilige Wettbewerb zwischen PKV und GKV wird allenfalls zu Gunsten der GKV beeinflusst, indem massive Steuersubventionen an die GKV erfolgen sollen, so dass vor allem in der Phase des Eintritts ins Berufsleben für Alleinstehende eine Gesundheitsprämie von 109 Euro monatlich mit den Anfangsbeiträgen in der PKV „konkurrenzfähig“ ist.

Wie die realtypischen Modelle konzipiert sind, bestehen jedoch in beiden gewisse Mischungen der Gestaltungselemente: Da an einer Beitragsbemessungsgrenze bzw. an Beitragsbemessungsgrenzen im Zwei-Säulen-Modell der Bürgerversicherung festgehalten werden soll, weist sie für die Bezieher von Einkommen ab der Beitragbemessungsgrenze(n) den Charakter einer Kopfpauschale auf. Andererseits führt die Ausgestaltung der Arbeitgeberprämie im Unionskompromiss zu einer teilweisen versicherungsinternen Finanzierungsquelle für den sozialen Ausgleich, da die gesamten gedeckelten einkommensabhängigen Arbeitgeberbeiträge zu einer Teilfinanzierung der Fehlbeträge der nicht kostdeckenden Gesundheitsprämie, der Finanzierung der Prämiensubventionen für Geringverdiener und/oder der Gesundheitskosten für Kinder herangezogen werden.

Hinsichtlich der Reduzierung des Leistungskatalogs besteht in einem Gesundheitsprämienmodell gegenüber der GKV oder der Bürgerversicherung ein stärkerer Anreiz zur Reduzierung des Leistungskatalogs, da die durchschnittlichen Kosten, die aus der Summe von Kopfpauschale und dem Erwartungswert (=Durchschnitt) der hinzukommenden Eigenleistung resultieren, für alle Einkommensgruppen gleich bleiben. Unterschiede ergeben sich natürlich auf diese Weise zwischen Gesunden und Kranken sowie Jungen und Alten, weil der Erwartungswert der Eigenleistungen zwischen Gruppen unterschiedlicher Krankheitswahrscheinlichkeit differiert. Das Gesundheitsprämienmodell wird vor allem – stärker noch als die meisten anderen Kopfprämienmodelle – eine Leistungsausgrenzung begünstigen, weil diese fast 1:1 auf den Subventionsbedarf durchschlägt. Bei einer deutlichen Reduzierung des Leistungskatalogs bleibt aber – in allen Modellen – der Solidarausgleich zu Gunsten der Bezieher niedriger Einkommen auf der Strecke, da die steigenden Eigenfinanzierungsanteile in die Bestimmung maximaler Belastungsgrenzen nicht einbezogen werden.

Die GKV weist aufgrund der rein lohnzentrierten Finanzierung und der zu erwartenden Alterung der Gesellschaft in demografischer Hinsicht die größte Anfälligkeit von den drei untersuchten Systemen auf. In der Bürgerversicherung ist die Anfälligkeit hingegen aufgrund der Verbeitragung anderer Einkunftsarten weniger stark ausgeprägt, da insbesondere der Beitragsfluss aus Kapitaleinkünften wenn überhaupt eine andere Beziehung zur Alterung der Gesellschaft aufweist als jener aus Lohneinkommen. In der Tendenz ist eher zu erwarten, dass eine alternde Gesellschaft aufgrund des höheren Anteils von älteren Menschen, die ein gewisses Kapital akkumulieren konnten, höhere Kapitaleinkommen aufweisen wird. Diese Vermutung wird auch dadurch gestärkt, dass die Rentenpolitik der letzten Jahre mehr Gewicht auf die (freiwillige) kapitalgedeckte Altersvorsorge gelegt hat. Diese angestrebte Verschiebung in der Finanzierung der Alterseinkommen spricht ebenfalls für eine Ausweitung der Beitragspflicht, um über die heute vorhandene doppelte Verbeitragung über Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer nicht einseitig die Lohneinkommen weiter zu belasten.

Das Gesundheitsprämienmodell erscheint gegenüber den anderen Systemen aufgrund der pauschalen Finanzierung vordergründig weniger demografieanfällig, allerdings ergibt sich ein indirekter Demografieeffekt durch den Anstieg des Subventionsbedarfs und damit der Belastungen der öffentlichen Haushalte aufgrund der Alterung der Gesellschaft. Sollen die Belastungen der öffentlichen Haushalte aber konstant gehalten werden, so müsste bei zunehmender Alterung der Gesellschaft die maximale Belastungsgrenze angehoben werden.

Berücksichtigt man nur die reine Gesundheitsprämienlast ohne die Gegenfinanzierung ergeben sich regressive Verteilungswirkungen, was zunächst weniger Solidarität gegenüber dem Status-quo bedeutet. Vor allem profitieren hierdurch in der Tendenz die Bezieher höherer Einkommen, aber auch Zweiverdienerpaare und Alleinstehende. Eine größere Solidarität kommt bei den Kopfprämienmodellen gegenüber der GKV, wie bereits angesprochen, zum einen durch die Verlagerung der Finanzierung des sozialen Ausgleichs in das Steuer-Transfer-System zustande, da hierdurch auch nicht in der GKV-versicherte Personengruppe zur Finanzierung herangezogen werden. Auch insofern weisen die Kopfprämienmodelle Züge einer „Bürgerversicherung“ auf, nur wird dieses System des Solidarenausgleichs eben außerhalb der Versicherungen über den Steuereinkommen abgewickelt. Andererseits kann diese bei den Kopfprämienmodellen vorgesehene Form der Solidarität durch die Art der Gegenfinanzierung wieder vermindert werden. Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn für die Gegenfinanzierung Steuern mit eher regressiven Verteilungswirkungen, wie z.B. die Mehrwertsteuer, angehoben werden, wodurch von einer erheblichen Selbstfinanzierung der Kopfpauschalensubventionen durch Steuermehrlasten der Bezieher niedriger Einkommen auszugehen ist, denn hinsichtlich der Mehrwertsteuer gibt es keinen „Grundfreibetrag“ für Bezieher niedriger Einkommen.

Aber auch bei einer Gegenfinanzierung über eine Erhöhung bzw. nicht erfolgte Senkung der Einkommenssteuer stellt sich die Frage, ob deren progressive Ausgestaltung in der Praxis ausreicht, die aus den Kopfprämienmodellen resultierenden Vorteile der Bezieher höherer Einkommen zu kompensieren. Ganz unabhängig von diesen Aspekten zu möglichen Verteilungswirkungen eines derartigen Systems stellt sich vor allem die Frage nach der Verlässlichkeit eines – wie auch immer realisierten – sozialen Ausgleichs. Wie das Beispiel der Schweiz zeigt, konnte die Subventionierung in der Vergangenheit ihrer Zielsetzung einer sozialen Abfederung der Belastungen aus der Kopfprämienfinanzierung nicht gerecht werden.⁴⁰ Schlussendlich kann festgestellt werden, dass die Einführung eines Kopfprämienmodells vor allem eine Hinwendung zu einem stärker steuerfinanzierten Gesundheitssystem bedeutet. Wenn das Steuersystem künftig stärker in die Finanzierung der Gesundheitsabsicherung einbezogen werden soll, so stellt die Gesundheitsprämie nicht die einzige Möglichkeit dar. Vielmehr könnten die erforderlichen Steuermittel – etwa für die Finanzierung der Gesundheitskosten der Kinder auch in der GKV oder in der Bürgerversicherung eine Beitragsatzsenkung von etwa 1,8 Beitragsatzpunkten ermöglichen.

Hinsichtlich der tatsächlichen Realisierung des Solidargedankens weist die Bürgerversicherung gegenüber Kopfprämienmodellen den deutlichen Vorteil auf, dass sie die Umverteilung im System belässt und daher auch auf keine Steuermittel und damit mögliche Unwägbarkeiten bei der Finanzierung des Solidarausgleichs angewiesen ist. Eine Politik „nach Kassenlage“ etwa mit Blick auf das Haushaltsdefizit wird deshalb unwahrscheinlicher.

Allerdings liegen die Probleme der Weiterentwicklung der GKV in Richtung Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie nicht zuletzt auch in der verwaltungstechnischen Umsetzung. Dies betrifft vor allem die Abstimmung mit einem durchaus nicht als gerecht oder einfach und transparent empfundenen Einkommenssteuersystem hinsichtlich der Feststellung weiterer Einkünfte für die Verbeitragung in der Bürgerversicherung und der Feststellung der Bedürftigkeit und des Subventionsbedarfs im Gesundheitsprämienmodell.

Betrachtet man die Auswirkungen der beiden Reformmodelle von einem eher systembezogenen, allgemeineren Standpunkt aus, so treten zum einen *unterschiedliche „Philosophien“* hervor, zugleich wird aber auch eine gewisse politische Pragmatik deutlich, ein bestehendes System weiterzuentwickeln.

Bei der Bürgerversicherung ist der system-konservative Aspekt der GKV-Weiterentwicklung mehr auf den Erhalt der Finanzierungsform und der Form des sozialen Ausgleichs gerichtet, während durch die langfristige Ausweitung des Versichertenkreises auf die Bevölkerung oder alle Bürger/innen der Weg von der Bismarck'schen partikulären, gruppenbezogenen in Richtung der universellen Absicherung gewiesen wird, was eine Systemtransformation darstellt. Dieser

⁴⁰ Vgl. Langer et al. (2005).

Weg zur Volksversicherung zeichnet mit einer Verzögerung die in der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgte Entwicklung und die in der gesetzlichen Pflegeversicherung manifestierte Orientierung nach. Bereits die Organisationsmaßnahmen des Gesundheits-Strukturgesetzes 1993 mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit und dem Risikostrukturausgleich markieren aber auch für die GKV Schritte in diese Richtung. Anders als in der gesetzlichen Rentenversicherung, die seit 1972 die freiwillige Versicherungsberechtigung aller ab 16-Jährigen Bürger/innen vorsieht, besteht jedoch in der GKV heute nicht für alle Bürger/innen das Recht, schon gar nicht die Pflicht, in der GKV versichert zu sein. Die Bürgerversicherung würde die GKV zur Volksversicherung weiterentwickeln. Dies wäre angesichts der jetzigen gesellschaftlichen Verhältnisse logisch, da wohl auch in einem sozialstrukturell etwas starren, unbeweglichen Gesellschaftssystem wie Deutschland heute nicht davon ausgegangen werden kann, dass ein Mensch ein Leben lang einer homogenen Gruppe angehört, für die ein auf diese homogene Gruppe passendes Solidarsystem aufgebaut ist.

Dieser sich ändernden, dynamischen Gesellschaftsform widerspricht aber auch das nebeneinander von unterschiedlich organisierten Absicherungssystemen, die de facto einen Wechsel unterbinden – sei es, dass er unmöglich ist oder dass er zum Nachteil eines Teilsystems geht. Insbesondere wenn es darum geht den Wettbewerb im Interesse von Qualität und Effizienz zu stärken, trifft dies zu, da in jetziger Form kein funktionsfähiger Wettbewerb innerhalb der PKV oder zwischen PKV und GKV stattfindet.

Die Bürgerversicherung ist hinsichtlich der Integration der Familienversicherung und der Umverteilung zugunsten von Geringverdienern system-konservativ. Wie viele familienpolitische Maßnahmen stärkt sie die Einverdiener Ehe, d.h. die Nichterwerbstätigkeit der Frau. In der historischen Entwicklung, in der die ganz überwiegende Zahl einer Generation Kinder hatte und vermehrt die Kinder in einer Ehe geboren wurden, war damit auch die Förderung der Kindererziehung verbunden. In der heutigen Zeit stellt sich die Frage, ob die Familienversicherung nicht klarer an die Kindererziehung statt an die Ehe oder Partnerschaft angebunden werden sollte. Bezogen auf familienpolitische Leitbilder ist die propagierte Ausgestaltung der Gesundheitsprämie deshalb eher „modern“, als sie nicht einseitig die Nichterwerbsfähigkeit der Frau – gänzlich unabhängig von der Kindererziehung fördert.

Hinsichtlich des Wunsches die Gesundheitskosten der Kinder zu sichern unterscheidet sich die Bürgerversicherung nicht vom Gesundheitsprämienmodell im Ziel, wohl aber im Weg. Wenn der ganz überwiegende Teil der Bevölkerung tatsächlich in die Bürgerversicherung einbezogen sein wird, wird diese Solidargemeinschaft auch identisch mit dem Adressatenkreis für die gesamtgesellschaftliche Aufgabe Kindererziehung sein. Denn der *Kreis* der Steuerzahler entspricht dann dem Kreis der Beitragszahler. Allein aus dieser personellen Übereinstimmung folgt jedoch nicht, dass es egal ist, ob bestimmte

Aufgaben beitrags- oder steuerfinanziert werden sollen. Geht man davon aus, dass manche Aspekte der Absicherung im Rahmen der GKV bzw. der Bürgerversicherung, wie die Umverteilung zugunsten von Familien, eventuell auch die zugunsten von Beziehern niedriger Einkommen, eher öffentlichen Gutscharakter haben, andere wie die Versicherung des Krankheitsrisikos eher Versicherungscharakter, ließe sich durchaus eine Steuerfinanzierung für erstere und die Beitragsfinanzierung für letztere begründen. Eine solche Trennung könnte vor allem mit der Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze, die für eine Versicherung gerechtfertigt erscheint, begründet werden. Die in die Bürgerversicherung weiterentwickelte GKV könnte jedoch ähnlich wie die gesetzliche Rentenversicherung zur Wahrnehmung der versicherungsfremden bzw. gesamtgesellschaftlichen Aufgabe „Nachwuchs“ einen Bundeszuschuss erhalten. Je nach Art der Steuerfinanzierung würde dieser unterschiedliche Verteilungswirkungen entfalten.

Die Gesundheitsprämie geht von einer anderen Philosophie aus. Zunächst hält sie an der partikulären Absicherung unterschiedlicher Gruppen – mit allen Ungereimtheiten der jetzigen Trennung von PKV und GKV fest. Sie ist in diesem Sinne systemkonservativ, da sie es versäumt, die diesbezüglichen Allokationsschwächen zu beseitigen. Radikal anders geht sie in der Frage der Trennung von Versicherung und sozialem Ausgleich vor, wobei wir uns hier auf die Diskussion der vertikalen Verteilungsaufgaben und die der nicht erwerbstätigen Ehegatten, nicht auf die Absicherung der Kinder, beschränken.

Die Beitrags- oder Prämiensubventionierung innerhalb der Versichertengemeinschaft oder außerhalb weist systematische und pragmatische Aspekte auf. Wenn sich eine vielfältig sozialstrukturell beeinflusste Verteilung der Einkommen überhaupt sauber herauslösen lässt, und im Rahmen eines transparenten und gerechten Steuersystems ohne unvermeidbaren Verwaltungsaufwand gelöst werden kann, so wäre dies eine „saubere Lösung“ – vorausgesetzt sie kann, wenn sie eine dauerhafte Aufgabe bleibt, auch dauerhaft sichergestellt werden. Beachtet werden muss aber, dass praktisch primäre und sekundäre Einkommensverteilung integriert zu betrachten sind: Niedrige Einkommen von gering Qualifizierten oder gesundheitlich Beeinträchtigten sind gesellschaftlich akzeptabel, wenn die Versorgung mit manchen wichtigen Gütern unabhängig vom individuellen Einkommen gewährleistet bzw. finanziert wird – freier Zugang zu Bildung und Gesundheitsleistungen und zur öffentlichen Sicherheit sind wichtige Aspekte davon. So wäre z.B. die Schaffung eines steuerfinanzierten Gesundheitsdienstes, der gratis oder unter bestimmten Selbstbeteiligungen Leistungen erbringt eine Realisierungsform. Auch bei einem solchen werden aber praktische Schwächen einer Steuerfinanzierung deutlich, wenn man z.B. das Vereinigte Königreich betrachtet. Die Gesundheitsversorgung ist dort wesentlich kostengünstiger als in Deutschland, aber die Ausgestaltung nach Kassenlage hat zu einer quantitativen, teil auch qualitativen Unterversorgung geführt.

Verlagert man hingegen nur die Finanzierung der Umverteilung auf den Steuerhaushalt, so besteht auch die Gefahr, dass die Verteilungsfunktion nach Kassenlage gestaltet wird. Es mag der berechtigte Wunsch bestehen, die Arbeitgeber müssten für eine ausreichende Entlohnung der Beschäftigten sorgen und die Alterssicherungssysteme und die Arbeitslosenversicherung für ausreichende Lohnersatzleistungen der Rentner/innen und Arbeitslosen. Derzeit entwickeln sich beide Systeme jedoch genau in die entgegen gesetzte Richtung: Die Reallöhne der Arbeitskräfte als auch die Einkommen der Rentner/innen und der Arbeitslosen stagnieren bzw. sind rückläufig. Namhafte Wissenschaftler vertreten zudem die Meinung, dass vielmehr eine höhere Lohnspreizung eher beschäftigungsfördernd wäre. Eine Ausgliederung der Finanzierung wichtiger Versorgungsstrukturen z.B. von Gesundheitsleistungen kann dann schnell zu finanzieller Überforderung führen, da einerseits die staatliche Absicherung immer mehr reduziert wird und andererseits bei den angesprochenen Gruppen das Einkommen für die dann notwendige private Absicherung nicht vorhanden ist.

Nicht vergessen werden darf im Zusammenhang mit der Steuerfinanzierung wichtiger gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, dass die Eigenschaften und die Qualität des Steuersystems sich ganz maßgeblich auf die Sinnhaftigkeit und Adäquanz des sozialen Ausgleichs auswirken. Die Forderung der Wissenschaft hier beispielsweise in Form einer negativen Einkommensteuer ein konsistentes System zu schaffen ist weit weg von jeglicher Realisierung.

Die Gesundheitsprämie – anders als die vom Sachverständigenrat Wirtschaft in seinem letzten Gutachten propagierte „Bürgerprämie“ – weist keinerlei Ansätze zur Beseitigung der oben angesprochenen Ungereimtheiten zwischen GKV- und PKV-Versorgung auf.

Die Ausführungen haben deutlich gemacht, dass angesichts der realtypischen Ausgestaltung beide diskutierten Modelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufweisen. Die verfolgten Zielsetzungen sind mindestens vordergründig ähnlich. Ob die Verfechter der unterschiedlichen Modelle daneben eine versteckte Agenda im Interesse bestimmter Gruppen verfolgen, wie etwa die Umsetzung bestimmter verteilungspolitischer Vorstellungen, lässt sich allenfalls mutmaßen. Dennoch müssen die wahrscheinlichen Auswirkungen diesbezüglich ebenso wie die vermutlich ausgelösten Anreizwirkungen mit betrachtet werden.

Literaturverzeichnis

- BMGuSS (2005): Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Finanzentwicklung im 1. Quartal 2005 - gesetzliche Krankenversicherung schreibt weiterhin schwarze Zahlen; Pressemitteilung vom 02.06.2005; Internet-Ressource; Zugriff am 28.06.2005; URL: http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/pressemitteilung/dokumente/2005_2/pm_2005-06-02-103.html?param=st
- BMGuSS (v.J.a): Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Statistik KM 1, verschiedene Jahrgänge, Bonn;
- BMGuSS (v.J.b): Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung; Internet-Ressource; Zugriff am 28.08.2005; URL: www.bmgs.bund.de/deu/gra/datenbanken/stats/4606.php;
- CDU (2003): Christlich Demokratische Union (Hrsg.): Deutschland fair ändern. Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands 2003;
- CDU (2004): Christlich Demokratische Union (Hrsg.): Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämienmodell. Beschluss C33 des 18. Parteitags der CDU Deutschlands;
- CDU / CSU (2005): Christlich Demokratische Union / Christlich Soziale Union (Hrsg.): Deutschlands Chancen nutzen. Wachstum. Arbeit. Sicherheit. Regierungsprogramm 2005 bis 2009; Internet-Ressource; Zugriff am 14.07.2005; URL: <http://regierungsprogramm.cdu.de/download/regierungsprogramm-05-09-cducsu.pdf>;
- CSU (2004): Christlich Soziale Union (Hrsg.): Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell; Internet-Ressource; Zugriff am 29.06.2005; URL: http://www.csu.de/csue-portal/csude/uploadedfiles/Dokumente/041115_gesundheitsreform.pdf;
- Fritzsche, B.; Kambeck, R.; von Löffelholz, H.D. u. Mitarbeit von Hernold, P. (2003): Empirische Analyse der effektiven Inzidenz des deutschen Steuersystems, Untersuchungen des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) Heft 42, Essen;
- Gaßner, M.; Habermann, K.; Forster, R. (2005): Das CDU/CSU-Modell einer „Solidarischen Gesundheitsprämie“, in: Gesundheitspolitik, Nr. 1, S. 1-13;
- Kern, A.O.; Langer, B. (2001): Managementausgaben und Sachleistungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Nr. 5, S. A131 – A134;
- Langer, B.; Mamberer, F.; Pfaff, A.B.; Pfaff, M.; Freund, F.; Rindsfüßer, C. (2004): Beitragssatzeffekte bei sofortiger Einführung einer Bürgerversicherung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 9-10, S. 44-50;
- Langer, B.; Pfaff, A.B.; Wasem, J.; Rothgang, H., Greß, S. (2005): Ausgestaltung und sozialpolitische Auswirkungen des Kopfprämien-systems in der Schweiz, in: Greß, S.; Pfaff, A.B.; Wagner, G.G. (Hrsg.): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie, S. 187-208;

- Pfaff, A. B.; Langer, B.; Mamberer, F.; Freund, F.; Kern, A.-O.; Pfaff, M. (2003): Zuzahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen; Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe der Universität Augsburg; Beitrag Nr. 253;
- Pfaff, A. B.; Pfaff, M.; Langer, B.; Mamberer, F.; Freund, F. (2004): Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung. Erster Zwischenbericht zu dem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsvorhaben zum Thema Bürgerversicherung;
- Pfaff, A.B.; Langer, B.; Freund, F. (2005): Kopfprämien als Finanzierungsoption der gesetzlichen Krankenversicherung – Quantitative Auswirkungen und gesundheitspolitische Implikationen, in: Greß, S., Pfaff, A.B., Wagner, G.G. (Hrsg.): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie, S. 133-186;
- Rürup, B.; Wille, E. (2004): Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, o.O.;
- SPD (2004): Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Hrsg.): Modell einer solidarischen Bürgerversicherung, Bericht der Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes; Berlin;
- Statistisches Bundesamt (2004): Statistisches Jahrbuch 2004; Wiesbaden;
- Statistisches Bundesamt (2005a): Lohn- und Einkommensteuerstatistik 1998, Fachserie 14 / Reihe 7.1, Finanzen und Steuern, Wiesbaden;
- Statistisches Bundesamt (2005b): Bruttoinlandsprodukt 2004 für Deutschland, Informationsmaterialien zur Pressekonferenz am 13. Januar 2005, Internet-Ressource; Zugriff am 25.07.2005; URL: www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2005/bip_2004b.htm;
- Statistisches Bundesamt (o.J.): Statistik über sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort am 30.06. des Jahres, Internet-Ressource; Zugriff am 25.07.2005; URL: <http://www.destatis.de/basis/d/erwerb/erwerbt5.php>;
- SVR (2003): Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Gutachten 2003/2004, Wiesbaden;
- SVR (2004): Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Gutachten 2004/2005, Wiesbaden;
- Wagner, G. G. (2003): Pauschalprämien setzen das Konzept der Bürgerversicherung am besten um, in: ifo Schnelldienst, Nr. 17, S. 3-6;