

Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich – Was bleibt vom Ausgleichsverfahren?

Dirk Göppfarth und Klaus-Dirk Henke *

Stand: 4. April 2006

1. Einführung	3
2. Reformbedarf im Gesundheitswesen als Ausgangslage	4
2.1. Einnahmen- und Ausgabenentwicklung	4
2.2. Mehr Wettbewerb	6
3. Risikostrukturausgleich in der GKV	7
4. Die zukünftige Rolle des RSA in der Gesundheitsreform	10
4.1. Prämien versus Beiträge	10
4.2. Umlage- versus Kapitaldeckungsverfahren	12
4.3. Umfang des versicherten Personenkreises	16
4.4. Finanzierung der Familienversicherung	19
4.5. Zentraler Beitragseinzug	21
5. Schlussfolgerungen	22
Literatur	24

* Dr. Dirk Göppfarth, Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, Dirk.Goepffarth@bva.de. Die hier wiedergegebenen Auffassungen geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder. Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Technische Universität Berlin, Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin, K.Henke@finance.wv.tu-berlin.de.

Zusammenfassung

Die Diskussion über eine Reform der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezieht sich bislang vor allem auf verschiedene Modelle der Bürgerversicherung, Gesundheitsprämie etc. Statt ein weitere Variante dieser Modelle zu entwickeln, wird im vorliegenden Beitrag der Reformbedarf im Gesundheitswesen für einzelne Reformbausteine aufgezeigt, wobei jeder Baustein mit seinen Auswirkungen auf den Risikostrukturausgleich (RSA) diskutiert wird. Mit dieser neuen Perspektive wird nicht nur die Frage beantwortet, welche Ausgleichstatbestände in den einzelnen Reformschritten verbleiben, sondern es wird auch aufgezeigt, welche Rolle der RSA als Ordnungsrahmen in einer neuen Anbieterpluralität und einer möglichen Teil-Kapitalbildung im Gesundheitswesen spielen kann.

Abstract

In Germany, there is an ongoing debate on how to finance the statutory health insurance (SHI). Proposals include a "civic insurance" with a contribution rate drawn on a broader base and capitated payments. This article does not develop a further variant of these models. Instead, the components of which the future reform will have to consist are isolated and discussed with regard to their influence on the risk adjustment (RSA) scheme. This new perspective does not only allow conclusion on how the RSA scheme ought to be constructed in the future, it can also be shown which role the scheme has as framework for competition and for a possibly partially funded health insurance system.

1. Einführung

Mit dem Bericht der Kommission für Nachhaltigkeit in der Sozialpolitik („Rürup-Kommission“, BMGS 2003) wurde die mögliche Einführung von „Gesundheitsprämien“ fester Bestandteil der gesundheitspolitischen Reformagenda, auch wenn diese zuvor schon Gegenstand gesundheitsökonomischer Überlegungen und Vorschläge war (z.B. Buchholz et al. 2001). Im Gegensatz zur gegenwärtigen einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung bedeutet die Gesundheitsprämie eine für alle Versicherten einer Krankenkasse einheitliche, vom Alter, Geschlecht, Einkommen und Gesundheitszustand unabhängige Zahlung. Die Lohnnebenkosten sollen so von der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen abgekoppelt und bestimmte Aufgaben der Umverteilung in das Steuer-Transfer-System verlagert werden.

Inzwischen ist die Vielzahl der vorgeschlagenen Modelle so unübersichtlich geworden, dass sich eine Spezialliteratur zur Systematisierung und Einordnung der Vorschläge entwickelt hat (Henke et al. 2004, Breyer 2002, Wasem et al. 2005). Auch wurden die finanziellen Auswirkungen der einzelnen Modelle in einer Reihe von Mikrosimulationen (Bork 2003, Grabka 2004) umfassend untersucht und gegenübergestellt. Neben diesen statischen Varianten werden zunehmend auch dynamische Ansätze verfolgt, wie zum Beispiel Modelle mit überlappenden Generationen (Felder und Kifmann 2004, Fehr und Jess 2006), Generationenbilanzen (Fetzer und Hagist 2004) und allgemeine Prognosemodelle (Hof und Schlömer 2005).

In dieser Arbeit wird ein anderer Schwerpunkt gesetzt. Anstatt auf konkrete Modelle einzugehen, werden hier die einzelnen Reformdimensionen erörtert, anhand derer man die Modelle charakterisieren kann. Für die ausgewählten Reformbausteine wird herausgestellt, welche Zusammenhänge mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) bestehen; eine Verbindung, die in der bisherigen Literatur nur vereinzelt (z.B. Wasem und Buchner 2006) und häufig nur verkürzt dargestellt wird. Die Verbindung zum RSA ist aber deshalb von Bedeutung, weil dieser gegenwärtig die verschiedenen Formen der Umverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) charakterisiert. Ziel des RSA ist es, einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen, indem die einkommensabhängigen Beiträge des Mitglieds in risikoäquivalente Prämien aus Sicht der Krankenkasse umgewandelt werden. Was also die PKV über eine direkte Risikoorientierung nach Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen erreicht, erfolgt in der GKV kassenartenübergreifend durch den RSA.

Im Folgenden wird zunächst die Ausgangslage mit dem Reformbedarf im Gesundheitswesen beschrieben (Abschnitt 2), aus der sich der sachliche Hintergrund der Reformdiskussion erschließt. Im Abschnitt 3 wird das gegenwärtige RSA-Verfahren dargestellt. Hierauf aufbauend werden in Abschnitt 4 die einzelnen Reformdimensionen ausgeleuchtet und erläutert, wie sich die einzelnen Reformbausteine auf den RSA auswirken. Abschnitt 5 schließt mit einigen Schlussfolgerungen ab.

2. Reformbedarf im Gesundheitswesen als Ausgangslage

2.1. Einnahmen- und Ausgabenentwicklung

Es gehört seit jeher zu den strittigen Fragen in der Gesundheitspolitik, ob Reformen stärker an der Einnahme- oder Ausgabenseite ansetzen sollten. Aus Abbildung 1 werden die beiden Problemkreise deutlich. Zunächst einmal ist zu erkennen, dass die Leistungsausgaben je Versicherten eine Grundsteigerungsrate aufweisen, die oberhalb der Steigerungsrate des Volkseinkommens je Kopf liegt. Die Gesundheitspolitik kann versuchen, die Ausgabenentwicklung durch regelmäßige Gesundheitsreformen (z.B. durch das Beitragssatzsicherungsgesetz im Jahr 1997 und das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004) etwa konstant zur Entwicklung des Volkseinkommens zu halten. Hierdurch werden zwar die Ausgaben der Krankenkassen begrenzt, durch Leistungsausgrenzungen und höhere Zuzahlungen aber nicht notwendigerweise die Belastungen der Versicherten.

[Abbildung 1 ungefähr hier einfügen.]

Steigende Gesundheitsausgaben allein sind noch kein Indikator für ökonomische Fehlentwicklungen. Sie können zum Beispiel darin begründet liegen, dass eine ältere und einkommensstärkere Bevölkerung zunehmend Gesundheitsleistungen nachfragt. Allerdings ist bei einer Finanzierung durch Zwangsbeiträge nicht garantiert, dass der Ausgabenanstieg den Präferenzen der Versicherten entspricht. Auch ist wegen der kartellierten Strukturen und den unzureichenden Wettbewerbsparametern nicht gewährleistet, dass im Gesundheitswesen – vor allem in der Leistungserbringung – effizient gewirtschaftet wird und der Ausgabenanstieg daher in allen Bereichen gerechtfertigt ist. Schließlich ist ein Ausgabenanstieg problematisch, wenn die Finanzierung als Bestandteil der Lohnnebenkosten zu weiteren Verzerrungen auf dem Arbeitsmarkt führt.

Auf der Einnahmeseite ist die Situation durch eine Erosion der Bemessungsgrundlagen gekennzeichnet. Die beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten (einschließ-

lich Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung) entwickeln sich insbesondere seit dem Jahr 2000 wesentlich weniger dynamisch als die Ausgaben und das Pro-Kopf-Volkseinkommen. Bei der Erosion der Bemessungsgrundlagen in der GKV spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, wie z.B. die hohe Arbeitslosigkeit, eine rückläufige Lohnquote, mehr Teilzeitarbeitsplätze, ein zunehmender Wechsel einkommensstarker Mitglieder zur privaten Krankenversicherung, stärkeres Lohnwachstum oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und politische Entscheidungen wie über die Höhe der Beiträge für Arbeitslose.

Diese ausgaben- und einnahmeseitigen Effekte werden noch verstärkt durch die unaufhaltbare demographische Entwicklung. Auf der Ausgabenseite spielt diese neben dem medizinisch-technischen Fortschritt und anderen Faktoren eine entscheidende Rolle. Abbildung 2 verdeutlicht anhand der Ausgabenprofile des RSA wie stark die Gesundheitsausgaben mit dem Alter korrelieren. Inwieweit sich dieser Anstieg bei einer alternden Bevölkerung auf die Ausgabenentwicklung übertragen lässt, ist zwischen Vertretern der so genannten Kompressions- und Medikalisierungsthese noch immer umstritten (siehe dazu Fries 1983 und Verbrugge 1984). Unstrittig dürfte hingegen sein, dass für die Zukunft weiter überproportional steigende Gesundheitsausgaben zu erwarten sind. Für eine Reform der Finanzierungsseite ist dieser zu erwartende ausgabenseitige Anstieg ein nicht zu beeinflussendes Datum; vielmehr müssen sich Reformmodelle auch daran messen lassen, ob sie auch für den antizipierten Ausgabenanstieg eine nachhaltige Finanzierungsbasis bieten.

[Abbildung 2 ungefähr hier einfügen.]

Die demographische Entwicklung wirkt aber auch auf die Höhe der Einnahmen. Dies kann ebenfalls der Abbildung 2 entnommen werden, in der neben den Ausgabenprofilen auch ein stilisiertes Einnahmeprofil mit der durchschnittlichen Höhe der Einnahmen von Erwerbstätigen und Rentnern abgetragen wurde. Bei der gegenwärtigen Finanzierung entsteht bei den Rentnern also eine Deckungslücke, die durch erhöhte Einnahmen bei Erwerbstätigen kompensiert werden muss. Da sich in Zukunft das Verhältnis von aktiven Mitgliedern zu Rentnern ändert, erhöht sich diese Deckungslücke entsprechend. Zur Verringerung dieser Lücke müssten Rentner stärker als bisher zur Finanzierung der durch sie verursachten Gesundheitsausgaben herangezogen werden, was in Prämienmodellen der Fall wäre.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass sich ausgaben- und einnahmeseitige Entwicklungen nicht deutlich trennen lassen. Die GKV hat durchaus ein Einnahmeproblem, dessen Ursachen in einer undynamischen und konjunkturabhängigen Bemessungsgrundlage liegen. Gleichzeitig besteht zukünftig ein steigender Ausgaben- bzw. Finanzierungsbedarf. Diesen allein durch eine erweiterte Finanzierungsbasis zu decken würde aber verkennen, dass es keine Gewähr dafür gibt, dass dieser Finanzierungsbedarf präferenzgemäß und wirtschaftlich ist. Daher steht eine ausgabenseitige Reform, die den Wettbewerb im Gesundheitswesen stärkt, in einem engen Zusammenhang mit den Einnahmen.

2.2. Mehr Wettbewerb

Eine stärkere wettbewerbliche Orientierung ist seit vielen Jahren fester Bestandteil gesundheitspolitischer Forderungen. Wettbewerb sollte einen Suchprozess nicht nur nach mehr Effizienz, sondern auch nach neuen, verbesserten und integrierten Versorgungsformen sowie nach innovativen Lösungen zur Verhaltenssteuerung von Versicherten auslösen. Gleichwohl lassen sich in den Gesundheitsreformen der letzten Jahre nur kleine Schritte in diese Richtung ausmachen. Die Reformagenda umfasst die Kassenwahlfreiheit, die Freiheiten der Krankenkassen bei ihrer Beitragsgestaltung sowie eine stärkere Vertragsfreiheit, wobei bislang nur das erste Element umfassend umgesetzt wurde.

Wettbewerb äußert sich daher zurzeit in erster Linie in der Kassenwahlfreiheit. Der Beitragssatz soll dabei die Funktion eines Preissignals übernehmen; bei gegebenem Leistungsumfang soll ein niedriger Beitragssatz eine höhere Wirtschaftlichkeit signalisieren.¹ Bei der gegenwärtigen Form der Finanzierung kann aber eine Krankenkasse Wirtschaftlichkeitsvorteile an die Versicherten nur in Form eines reduzierten Beitragssatzes weitergeben. Dies bedeutet, dass das Preissignal für einkommensstarke Versicherte stärker wirkt als für einkommensschwache Versicherte. Hinzu kommt, dass aufgrund der paritätischen Finanzierung der finanzielle Vorteil der Kassenwahlentscheidung mit dem Arbeitgeber geteilt wird. Vor allem wenn höhere Transaktionskosten des Kassenwechsels angenommen werden, kann das Preissignal zu schwach ausfallen.

¹ Inwieweit die Ungenauigkeit des RSA bei der Erfassung der Morbiditätsunterschiede diese Signalfunktion stören ist Gegenstand der Debatte um die direkte Morbiditätsorientierung im RSA (Reschke et al. 2005, Daubenbüchel und Göppfarth 2005).

Beitragsgestaltungen wie Selbstbehalts- und Bonusregelungen gehören genauso zu den Wettbewerbsparametern wie eine wählbare Einschränkung in der Arzt- und Krankenhauswahl (sog. preferred provider Modelle). Haufler (2004) sieht den grundsätzlichen Vorteil einer Gesundheitsprämie eben darin, dass sie die Grundlage dafür bietet, Selbstbehalttarife in einer systematischen Art in das System der GKV einzuführen. Buchholz (2005) weist ebenfalls darauf hin, dass Gesundheitsprämien die Krankenkassen zu neuen Formen der Beitragsgestaltung und einer vertikalen Integration von Versicherungsfunktion und Leistungserbringung ermutigen könnten. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass bei den heute bereits bestehenden Möglichkeiten, Selbstbehalte vorzusehen, geregelt ist, dass die „Beitragsermäßigung, [...] nicht als Anwendung eines ermäßigten Beitragssatzes auf das Arbeitsentgelt durchgeführt werden darf, sondern durch die Krankenkasse direkt mit dem Mitglied abzurechnen ist“ (§ 53 SGB V). Es ist strittig, unter welchen Voraussetzungen Beitragssatzvorteile überhaupt gewährt werden dürfen.

Bei der Liberalisierung des Vertragsrechts geht es um die Stärkung der Funktion der Krankenversicherung als Einkäufer von Gesundheitsleistungen, um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung zu stärken. Diese Einkaufsfunktion manifestiert sich in drei Instrumenten: (1) selektives Kontrahieren, d.h. dem Recht des Kostenträgers direkt mit ausgewählten Leistungserbringern Verträge abzuschließen, (2) Steuerung der Inanspruchnahme von Versicherten in Richtung ausgewählter Leistungserbringer und (3) Kontrolle der Inanspruchnahme. Entsprechende Sachwalterfunktionen wird eine Krankenkasse nur dann glaubwürdig übernehmen können, wenn sie zur optimalen Versorgung jedes Versicherten finanzielle Anreize hat, d.h. keine Anreize zur Risikoselektion gegenüber bestimmten Versichertengruppen oder Krankheitsbildern bestehen. Damit wird ein leistungsfähiger RSA zu einer zwingenden Voraussetzung einer stärker wettbewerblichen Orientierung.

3. Risikostrukturausgleich in der GKV

Die gegenwärtige Ausgestaltung der Finanzierung der GKV – einkommensabhängige Beiträge, beitragsfreie Familienversicherung und Verbot von Risikozuschlägen bei Kontrahierungszwang – machen einen umfassenden Finanzausgleich notwendig. Der im Jahr 1994 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes zusammen mit der umfassenden Kassenwahlfreiheit eingeführte RSA soll daher Unterschiede (a) in den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten, (b) in der Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen und (c) in der Morbidität der Versicherten ausglei-

chen. Diese drei Ausgleichsfaktoren sollen zunächst genauer betrachtet werden. Die im Folgenden diskutierten Strukturmerkmale sind auf Ebene der Kassenarten in Tabelle 1 aufgeführt. Allerdings ist die Schwankungsbreite der Ausprägungen auf Ebene der Einzelkassen sehr viel größer, als es sich auf Ebene der zunehmend heterogener werdenden Kassenarten ergibt.

[Tabelle 1 ungefähr hier einfügen.]

Die beitragspflichtigen Einnahmen stellen das Potenzial dar, aus dem eine Krankenkasse Beiträge schöpfen kann. Es besteht im Wesentlichen aus dem sozialversicherungspflichtigen Einkommen ihrer Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze sowie der Bemessungsgrundlage der Beiträge der Rentenbezieher und Arbeitslosen. Die durchschnittliche Höhe dieser Größe kann zwischen einzelnen Krankenkassen durchaus um den Faktor 2 voneinander abweichen, wenn man die Situation einer Regionalkasse in einem strukturschwachen Teil Ostdeutschlands mit der einer geschlossenen Betriebskrankenkasse einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft vergleicht.

Unterschiede in der Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, d.h. in der Regel der Kinder und ggf. des nicht erwerbstätigen Ehepartners, zählen streng genommen zu den Unterschieden in der Finanzkraft, da sie sich in Beitragsausfällen der Krankenkassen bemerkbar machen. In der GKV zahlen gemäß amtlicher Statistik (KM6) von den 70,5 Millionen Versicherten 50,2 Millionen Beiträge, während 20,3 Millionen beitragsfrei mitversichert sind, davon etwa 12,9 Millionen mit einem Alter unter 18 Jahren. Während bundesweit demnach 28,7 % aller GKV-Versicherten beitragsfrei mitversichert sind, schwankt diese Quote bereits regional zwischen 20,6 % (Sachsen) und 32,7 % (Westfalen-Lippe). Zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern liegt die Schwankungsbreite noch wesentlich höher.

Schließlich werden Morbiditätsunterschiede zurzeit im RSA an den soziodemographischen Merkmalen Alter und Geschlecht festgemacht. Des Weiteren werden das Vorliegen einer Erwerbsminderungsrente und seit dem Jahr 2003 auch die Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm berücksichtigt, da in diesen Fällen eine vom Arzt bestätigte schwere Erkrankung vorliegt, die zu höheren Gesundheitsausgaben führt. Während der Altersschnitt der Knappschaft bei knapp 60 Jahren (vgl. Tabelle 1) liegt, erreichen viele Betriebskrankenkassen Altersschnitte, die nur die Hälfte hiervon ausmachen.

Die bislang berücksichtigten Faktoren sind nur unzureichend in der Lage, Morbiditätsunterschiede zwischen den Krankenkassen abzubilden; daher ist zukünftig eine direkte Erfassung der Morbidität über Diagnosen und Verordnungen vorgesehen, um eine versicherungstechnisch gezieltere Erfassung der ausgleichsrelevanten Risiken zu erreichen (vgl. hierzu Göppfarth 2005). Die volkswirtschaftliche Funktion von Beitragssatzdifferenzen als „Signal“ für Wirtschaftlichkeit und Qualität soll so gestärkt werden. Allerdings ist gleichzeitig eine Freigabe weiterer Wettbewerbsparameter unverzichtbar, da sich die Krankenkassen nur so im Wettbewerb differenzieren können.

Ohne den derzeitigen RSA würden die Krankenkassen nicht nur mit sehr unterschiedlichen Voraussetzungen in den Wettbewerb gehen – die Beitragssatzspanne läge bei 3,5 % bis 26,3 %.² Vielmehr hätten die Krankenkassen einen sehr hohen Anreiz, im Wettbewerb so zu agieren, dass sie möglichst viele, gemessen an den obigen Faktoren, gute Risiken anziehen. Für eine Krankenkasse wäre es wesentlich leichter, durch Risikoselektion einen günstigen Beitragssatz zu erreichen, als durch eine effiziente Verwaltung oder optimierte Versorgung.

Zum Ausgleich dieser Faktoren werden im RSA insgesamt Zahlungen von zuletzt (2004) 16,1 Milliarden Euro zwischen den Krankenkassen veranlasst.³ Nach diesen Zahlungen liegt die Spanne der ausgabendeckenden Beitragssätze im Jahre 2004 nur noch zwischen 11,0 % und 16,2 %.

Der RSA ist wie folgt konstruiert: Der Versicherte entrichtet seinen einkommensabhängigen Beitrag an die Krankenkasse. Dieser wird in der Summe über alle Krankenkassen komplett an den RSA abgeführt.⁴ Im Gegenzug erhält die Krankenkasse aus dem RSA für jeden Versicherten – einschließlich Familienmitversicherten – einen Beitragsbedarf zugewiesen, der im Gegensatz zur ursprünglichen Beitragseinnahme nicht mehr einkommensabhängig ist, dafür aber die Morbidität des Versicherten berücksichtigt. Tatsächlich werden die beiden Zahlungsströme (Beitragsbedarf und Finanzkraft) in und aus dem RSA saldiert.

² Diese und die folgenden Angaben können im Wesentlichen Göppfarth (2006) entnommen werden.

³ Die Höhe des Transfervolumens ist als Beurteilungskriterium kritisch zu sehen. Das Bundesverfassungsgericht hat hierzu erkannt: „Hohe Transfersummen im Risikostrukturausgleich sind kein Indikator für sein Versagen, sondern für dessen Notwendigkeit. Sie zeigen an, wie unterschiedlich die Verteilung der Versicherten nach den ausgleichserheblichen Kriterien zwischen den einzelnen Krankenkassen nach wie vor ist.“ (Entscheidung 2 BvF 2/01 vom 18.7.2005)

⁴ Bei einzelnen Krankenkassen kann es jedoch zu Abweichungen kommen, je nachdem ob der Beitragssatz der Krankenkasse ober- oder unterhalb des Ausgleichsbedarfssatzes, dem Hebesatz im RSA, liegt. Damit werden für die einzelnen Krankenkassen die einnahmeseitigen Wirtschaftlichkeitsanreize gewahrt.

4. Die zukünftige Rolle des RSA in der Gesundheitsreform

4.1. Prämien versus Beiträge

Auf der Einnahmeseite gibt es Prämien, die von einer privaten Versicherung erhoben werden und sich versicherungsmathematisch an dem Krankheitsrisiko des Versicherungsnehmers ausrichten, so dass eine Äquivalenz zwischen der bezahlten Prämie und den im Durchschnitt erwarteten Leistungen hergestellt wird. Dies entspricht dem Leitbild eines versicherungstechnischen Individualprinzips. Zum anderen gibt es die Finanzierung aus allgemeinen Deckungsmitteln bzw. Steuern, die sich an dem Leistungsfähigkeitsprinzip orientiert und einem Umlageverfahren über die gesamte Bevölkerung entspricht. Eine Zwischenform stellen die gegenwärtig in der GKV erhobenen Beiträge dar. Auch die Gesundheitsprämie, die sich zwar nicht nach dem sozialversicherungspflichtigen Einkommen richtet, aber auch nicht das versicherungsmathematische Risiko des Versicherungsnehmers widerspiegelt, stellt eine Zwischenform im Sinne einer kosten- und gruppenmäßigen Äquivalenz unter den Versicherten und den von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen dar. Bei jeder zukünftigen Reform der Mittelaufbringung ist also zu bedenken, ob man sich – ausgehend vom Status Quo – eher in Richtung einer stärker privatwirtschaftlichen Äquivalenz bewegen will, d.h. das Versicherungsprinzip stärkt, oder ob man den Steuercharakter der Beiträge hervorhebt, was das aus dem Einkommensteuerrecht bekannte Leistungsfähigkeitsprinzip stärken würde (siehe hierzu im einzelnen Zimmermann und Henke 2005: 163ff.).

Bei einer Umstellung der Finanzierung der GKV von einkommensabhängigen Beiträgen auf Gesundheitsprämien wird auch die Einnahmesituation der Krankenkassen unabhängig von den Einkommen ihrer Mitglieder. Die Notwendigkeit des in Abschnitt 3 beschriebenen Finanzkraftausgleichs im RSA entfällt somit, da dieser gerade die Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zwischen den Krankenkassen ausgleicht. Unter diesen Bedingungen wären im Jahr 2004 für jeden Versicherten eine Prämie in Höhe von rund 161 Euro pro Monat fällig,⁵ um den gegenwärtigen Leistungskatalog zu finanzieren. Würde das Krankengeld weiterhin durch einen separaten einkommensabhängigen Beitrag von etwa 0,6 % erhoben, reduzierte sich die durchschnittliche Prämie um rund 7 Euro, läge also bei 154 Euro.

⁵ Diese und die folgenden Angaben sind berechnet für das Jahr 2004 mit folgenden Statistiken: Amtliche Statistiken KM1, KM6 und KJ1 des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bmg.bund.de) so-

[Tabelle 2 ungefähr hier einfügen.]

Diese Werte stellen aber nur den GKV-Durchschnitt dar; tatsächlich berechnet und erhebt jede Krankenkasse ihre eigene Prämie, die dann einen Parameter im Kassenvettbewerb bildet. Um die Streuung der Prämien darzustellen, wird die Prämienhöhe für ausgewählte Kassentypen aufgezeigt. Dabei werden die Krankenkassen nach ihrer ausgabenseitigen Risikostruktur (Beitragsbedarf), d.h. im Wesentlichen nach ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur, sowie nach ihrer Finanzkraft unterschieden (vgl. Jacobs et al. 2002, Göppfarth 2006).

In Spalte (1) der Tabelle 2 werden zunächst nachrichtlich je Kassentyp die Beitragseinnahmen bei der gegenwärtig einkommenabhängigen Finanzierung als Wert je Versicherten angegeben. Diese geben den Status Quo ohne RSA in einer mit den Prämien vergleichbare Form wieder. Es ist deutlich zu sehen, dass die Höhe der Finanzkraft einen spürbaren Einfluss auf die Einnahmen hat. Spalte (2) gibt die Höhe der Gesundheitsprämie an, die Krankenkassen des jeweiligen Typs ohne RSA erheben müssten. Hierdurch wird ihre Einnahmesituation einkommensunabhängig. Allerdings ist auch hier ein – erheblich reduzierter – Einfluss der Finanzkraft auf die Prämienhöhe festzustellen. Dies liegt daran, dass das Einkommen bekanntermaßen einen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Versicherten hat und daher die Ausgabenhöhe der Krankenkassen beeinflusst.⁶

Aus der Spalte (2) der Tabelle 2 geht hervor, dass ohne RSA die tatsächlich erhobene Prämie je nach Kassentyp zwischen rund 100 Euro und etwas über 200 Euro schwanken würde. Diese Schwankungsbreite hat ihre Ursache in den durch die Morbidität der Versicherten bedingten Beitragsbedarfsunterschieden. Nicht nur wären die Wettbewerbsvoraussetzungen der Krankenkassen ungleich verteilt, auch könnten die Krankenkassen nach wie vor Prämienvorteile einfacher durch Risikoselektion erreichen, als durch höhere Effizienz oder optimierte Versorgung. Eine solche Entwicklung ist unerwünscht und entspräche auch nicht einem gewünschten fairen Wettbewerb.

Nach Ausgleich der Beitragsbedarfsunterschiede durch Zuweisung standardisierter Leistungsausgaben würde die Prämienspanne für diese Kassentypen auf 150 bis

wie RSA-Ausgabenprofile des Bundesversicherungsamtes (www.bva.de). Es wird angenommen, dass der pauschale Beitrag für geringfügig Beschäftigte entfällt.

⁶ Breyer und Kifmann (2001) fordern daher, das Einkommen als zusätzlichen Ausgleichsfaktor im Beitragsbedarfsausgleich heranzuziehen.

164 Euro zusammenschrumpfen (Spalte 3).⁷ In der Tabelle 2 entspricht die Umverteilung von Spalte (1) zu Spalte (2) dem Finanzkraftausgleich mit einem Volumen von 8,1 Milliarden Euro und die Umverteilung von Spalte (2) zu Spalte (3) dem Beitragsbedarfsausgleich mit einem Volumen von 8,7 Milliarden Euro.⁸ Mit Übergang zur Finanzierung durch Gesundheitsprämien entfielen der erste Umverteilungsschritt. Der RSA würde zunächst auf den Beitragsbedarfsausgleich reduziert.

4.2. Umlage- versus Kapitaldeckungsverfahren

Bei der Mittelaufbringung muss auch über die Finanzierungsform entschieden werden. Hier lassen sich das reine Umlage- und das reine Kapitaldeckungsverfahren unterscheiden. Im Umlageverfahren werden die laufenden Gesundheitsausgaben Jahr für Jahr von der jeweils versicherten Bevölkerung finanziert. Im bestehenden Umlageverfahren in der GKV kommt es daher zu zahlreichen Umverteilungsvorgängen, die weit über den Ausgleich zwischen Kranken und Gesunden hinausgehen.

Als ein genereller Vorzug eines kapitalgedeckten Systems, bei dem jedes Individuum die Ausgaben im Alter während seiner eigenen Erwerbstätigkeit anspart, gelten volkswirtschaftliche Vorteile und Wohlfahrtsgewinne; zum Beispiel durch höheres Wirtschaftswachstum aufgrund einer möglicherweise zunehmenden Sparquote. Den Folgen der demographischen Entwicklung wird durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen entgegengewirkt, zumal die Beiträge im Kapitaldeckungsverfahren in der Regel eine höhere Rendite erwirtschaften als im Umlageverfahren. Auch die Trennung von Versicherungs- und Umverteilungsaufgaben trägt zu mehr Transparenz bei. Diesen Vorteilen werden vor allem die hohen Kosten im Übergang vom bestehenden Umlageverfahren zur Kapitaldeckung entgegen gehalten (vgl. hierzu im einzelnen Grabka et al. 2003, Henke et al. 2002), so dass bei realistischer Betrachtung nur eine Teilkapitaldeckung in Frage kommt (BMF 2004: 15ff. und 28ff.).

Gesundheitsprämien ohne (Teil-)Kapitaldeckung wären angesichts der demographischen Entwicklung *ceteris paribus* einem ähnlichen Erhöhungsdruck ausgeliefert wie einkommensabhängige Beiträge. Zwar würden insbesondere Rentner stärker an der Finanzierung ihrer Ausgaben beteiligt, wobei dies je nach Belastungsgrenze durch das Steuer-Transfer-System kompensiert werden müsste. Mit steigendem Rentner-

⁷ Hierbei wurde der RSA in seiner Ausgestaltung des Jahres 2004, allerdings ohne Risikopool, unterstellt.

anteil würden jedoch aller Voraussicht nach immer mehr Rentnerhaushalte Ansprüche auf soziale Kompensation erhalten (Hof und Schlömer 2005); das demographische Risiko würde zwar von der GKV auf den Bundeshaushalt verlagert, aber nicht behoben.⁹ Mehr Demographiefestigkeit lässt sich aber nur über den Ausbau von Kapitaldeckungselementen erreichen.

Bezogen auf den RSA geht es um die Frage, wie sich eine (Teil-)Kapitaldeckung in einer sozialen Krankenversicherung verwirklichen lässt. Diese Frage ist nicht trivial, nicht nur weil die vielfältigen RSA-Verfahren, die sich in zahlreichen Gesundheitssystemen etabliert haben, allesamt nach dem Umlageverfahren funktionieren, sondern auch, weil der zentrale Ausgleichsfaktor „Alter“ gleichzeitig das Umlageverfahren charakterisiert. Strukturell überaltete Versichertenkollektive, wie z.B. die der Knappschaft mit einem Durchschnittsalter von knapp 60 Jahren, werden durch die Zuweisungen aus dem RSA erst überlebensfähig.

Trotz dieser Schwierigkeiten existieren eine Reihe ernst zu nehmender Vorschläge, wie ein (teil-)kapitalgedecktes System bei gleichzeitigem RSA funktionieren kann. Bei der Kapitaldeckung ist danach zu unterscheiden, ob die einzelne Krankenkasse (kassenintern) die Rückstellungen bilden soll, oder ob ein Ansparvorgang außerhalb der Krankenkasse organisiert wird. Bei kassenexternem Ansparen ist eine Variante mit einem individuellen Sparkonto und eine Variante mit einem kollektivem Ansparen denkbar.

Gegen kasseninternes Sparen macht Felder (2003) geltend, dass Krankenkassen mit dem Geschäft der Vermögensanlage derzeit nicht vertraut sind. Kasseninterne Rückstellungen machen auch den Kassenwechsel schwierig, wie der lock-in-Effekt bei der derzeitigen Kapitalbildung in der PKV verdeutlicht. Felder plädiert dafür, dass für jeden Versicherten der Barwert der Ausgaben im Alter angespart wird, dies aber in Form eines kollektiven Sparens: „In einem RSA mit Vermögen [...] werden sich die Transfers an die Kassen nicht auf Null summieren, sondern es wird ein Überschuss [...] im zentralen Fonds verbleiben.“ Ein Kassenwechsel innerhalb des Systems ist unproblematisch, da die Anwartschaft nicht bei einzelnen Krankenkassen aufgebaut wird, sondern innerhalb des RSA. Auch ein Systemwechsel zwischen PKV und GKV

⁸ Da eine Krankenkasse gleichzeitig beim Finanzkraftausgleich Empfänger und beim Beitragsbedarfsausgleich Zahler sein kann, liegt die Summe der beiden isolierten Komponenten über dem Gesamttransfer von 16,1 Milliarden Euro; vgl. hierzu Göppfarth (2006).

⁹ Dies bestätigt die generelle Aussage von Breyer (2002), Haufler (2004) und Buchholz (2005), dass der soziale Kompensationsmechanismus nahezu alle Vorteile der Prämienfinanzierung konterkariert.

könnte möglich werden, da in diesem Fall beide Systeme Anwartschaften bilden, aus denen der „Eintrittspreis“ ins andere System bezahlt werden könnte.

Die Kritik an diesem Verfahren, die Felder selber anführt, liegt darin, dass die zentrale Verwaltung des Vermögens zu fehlendem Wettbewerb bei der Vermögensanlage führt und mögliche Begehrlichkeiten von Politikern zur Zweckentfremdung der Mittel weckt. Diese Gefahren wären bei einer dezentralen Anlage in der Verantwortung der einzelnen Krankenkassen, wie sie Wasem (2002) vorschwebt, weniger gegeben.

Dieser Vorschlag von Wasem sieht zunächst einen Beitragsausgleich nach Kinderzahl und Geschlecht vor, da er von einem Modell mit prämienfreier Kinderversicherung und Unisex-Tarifen (Vereinte-Modell) ausgeht. Die Krankenversicherung erhält so von jedem Versicherten eine altersunabhängige einheitliche Prämie; in jungen Jahren werden Rückstellungen gebildet, die im Alter aufgelöst werden, um die Prämie kalkulatorisch über das Leben konstant zu halten. Abbildung 3 zeigt die altersabhängigen Leistungsausgaben und die kalkulatorisch konstante Prämie beispielhaft für einen Mann mit Einstiegsalter 25.¹⁰ Unter Berücksichtigung der Ersparnisbildung bzw. der Auflösung von Rückstellungen ergibt sich aus Sicht der Krankenversicherung eine Nettoprämie, die im Durchschnitt gerade dem Altersprofil, d.h. den standardisierten Leistungsausgaben für die jeweilige Altersgruppe, entspricht. Ein chronisch kranker 50-Jähriger läge mit seinen tatsächlichen Ausgaben in Punkt A oberhalb, ein gesunder 50-Jähriger in Punkt B unterhalb des Profils. Ohne Portabilität der Alterungsrückstellungen wäre in dieser Situation für beide Versicherten kein realistischer Kassenwechsel möglich. Selbst wenn die durchschnittliche Alterungsrückstellung der Kohorte mitgegeben würde, könnte ohne Kontrahierungszwang nur das gute Risiko B wechseln, da für das schlechte Risiko A die Alterungsrückstellung angesichts seiner inzwischen eingetretenen chronischen Krankheit nicht ausreicht. Selbst mit Kontrahierungszwang würde die Krankenversicherung alle verbliebenen Möglichkeiten zur Risikoselektion nutzen und hätte keinen Anreiz sich durch die Versorgungsqualität bei chronischen Krankheiten zu profilieren.

[Abbildung 3 ungefähr hier einfügen.]

¹⁰ Verwendet wurde ein Kalkulationszinssatz von 3,5 % sowie die Periodensterbetafeln 2002/2004 für Deutschland des Statistischen Bundesamtes. Da ein geschlossenes System unterstellt wird, wurde keine Stornoquote berücksichtigt.

Eine Alternative bestünde in einem direkt morbiditätsbezogenen RSA.¹¹ Durch ein Versicherten-Klassifikationssystem würde für jeden Versicherten ein prognostizierter Beitragsbedarf errechnet, der sich aus der Summe von Risikozuschlägen für die einzelnen diagnostizierten Krankheitsbilder ergäbe (Reschke et al. 2005). Die Differenz zwischen diesem Beitragsbedarf und den standardisierten Leistungsausgaben der Altersgruppe würde die Versicherung als Ausgleichzahlungen erhalten bzw. leisten müssen. Würden anhand der Diagnosen und Verordnungen für einen Versicherten Ausgaben in Höhe des Punktes A in Abbildung 3 prognostiziert, so erhielte die Versicherung die Differenz zwischen C und A aus dem RSA erstattet. Würden umgekehrt Ausgaben in Höhe des Punktes B ermittelt, müsste die Krankenkasse die Differenz zwischen C und B in den Topf einzahlen. Da die morbiditätsbedingten Abweichungen der tatsächlichen Ausgaben vom Kalkulationsprofil durch den RSA ausgeglichen werden, verlieren die Krankenversicherungen das Interesse an Risikoselektion und Versicherungswechsel wäre unter Mitgabe der durchschnittlichen Alterungsrückstellung möglich.

Schließlich ist eine Variante mit kassenexternem, individuellem Sparen denkbar. Die Versicherungen müssten nun Prämien erheben, die zwar nicht risikodifferenziert sind, aber sich nach Altersgruppen unterscheiden (kohortenspezifische Risikoprämien).¹² Die durchschnittliche Höhe dieser Prämien ist wiederum in Abbildung 3 für Fünf-Jahres-Altersklassen veranschaulicht. Innerhalb jeder dieser Altersklassen findet ein separater, kohortenspezifischer RSA statt, der die Morbiditätsunterschiede in dieser Altersklasse zwischen den Krankenversicherungen ausgleicht. Freier Wechsel zwischen den Versicherungen ist nun ohne Gefahr von Risikoselektion möglich. Für jeden Versicherten ist absehbar, dass seine Prämie im Alter ansteigen wird. Hierfür könnte er – möglicherweise verpflichtend – in einer separaten Lebensversicherung Vorsorge betreiben, die einen Ein- und Auszahlungsplan vorsieht, der die erwartete Prämie über den Lebensverlauf glättet.

Die Vorteile dieses Verfahrens liegen auf der Hand. Da in einer separaten Lebensversicherung angespart wird, ergibt sich die Portabilität der Ersparnis automatisch. Die Vermögensanlage kann unter wettbewerblichen Rahmenbedingungen stattfinden

¹¹ Die andere Alternative wären individuelle prospektive Alterungsrückstellungen (vgl. Meyer 2001). Ein RSA würde den Wechsel im Grundtarif ermöglichen, nicht aber für Zusatzleistungen.

¹² Bei der Kalkulation der privaten Zusatzversicherungen für gesetzlich Versicherte sind solche „springenden Prämien“ bereits heute zulässig.

und vor allem bei Institutionen, deren Kernkompetenz gerade bei der Vermögensanlage liegt.

Schließlich sind auch reduzierte Varianten dieses Modells mit Teilkapitaldeckung denkbar. So könnten gespaltene Prämien für Rentner und Erwerbstätige vorgesehen werden, wobei Erwerbstätige im Rahmen eines „Gesundheits-Riesters“ für die höhere Rentner-Prämie Vorsorge leisten. Der Prämien sprung mit dem Übergang in die Rente könnte den vollen Unterschied zwischen der Ausgabenhöhe von Rentnern und Erwerbstätigen widerspiegeln; dies entspräche einer Vollkapitaldeckung. Der Prämien sprung könnte aber abgemildert werden, indem die Rentner-Prämie im Umlageverfahren etwas abgesenkt würde ohne dass der Abstand zur Erwerbstätigen-Prämie ganz aufgehoben würde. Aus dem geringeren Prämien sprung folgt ein geringerer Vorsorgebedarf, was einer Teilkapitaldeckung entspräche.

4.3. Umfang des versicherten Personenkreises

Eine mit der Finanzierungsreform häufig verbundene Fragestellung, die getrennt diskutiert werden sollte, ist die Bestimmung des versicherungspflichtigen Personenkreises. Hierbei geht es um den Kreis der Versicherten, also die gesamte Wohnbevölkerung oder eine nach Familienstand (mitversicherte Familienangehörige), Alter (Kinder), Erwerbsstatus (selbständig, abhängig beschäftigt, arbeitslos, Rentner), Berufsgruppe (Beamte) und Einkommenshöhe (Versicherungspflichtgrenze) selektierte Bevölkerungsgruppe.

Die bestehende Dualität zwischen GKV und PKV kann schon deshalb nicht als „Systemwettbewerb“ gekennzeichnet werden, da der Personenkreis, dem tatsächlich oder faktisch eine Wahl zwischen beiden Systemen gewährt wird, sehr eingeschränkt ist. Erschwerend kommt hinzu, dass die Wahlentscheidung aufgrund einer individuellen Kosten-Nutzen-Abwägung getroffen wird, wobei das relative „Preisverhältnis“ zwischen Beitrag (GKV) und Prämie (PKV) bisher nicht die Signalfunktion eines Preises bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Systeme übernimmt. Im Ergebnis führt die Wahlentscheidung zu einer Risikoentmischung bezüglich des Gesundheitszustandes, des Einkommens und der Zahl der beitragsfrei Mitversicherten zu Lasten der GKV. Für letzteres Merkmal kann die Verzerrung anhand der amtlichen Statistik (KM6) aufgezeigt werden: Während in der GKV- Pflichtversicherung 26,4 % der Versicherten beitragsfrei mitversichert sind, beträgt der Anteil bei freiwillig Versicherten 45,1 %. Inwieweit diese Form einer Entsolidarisierung – wie von der privaten Assekuranz ange-

führt – dadurch kompensiert wird, dass die höhere Leistungsvergütung von privat Versicherten das Vergütungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung subventioniert (Niehaus und Weber 2005), ist strittig. Jedenfalls ist diese Form der Kompensation unsystematisch, und zum Beispiel im ambulanten Sektor besonders ausgeprägt, und dürfte nicht zur Stabilität des gesamten Versorgungssystems beitragen.¹³

Innerhalb der privaten Krankenversicherung ist der Wettbewerb um Bestandsversicherte sehr stark eingeschränkt, da die Versicherten aufgrund der erneuten Risikoprüfung beim Wechsel und der fehlenden Möglichkeit, die bisher gebildeten Alterungsrückstellungen mitzunehmen, faktisch nach einigen Jahren Zugehörigkeit an das Versicherungsunternehmen gebunden sind (so genannter lock-in Effekt). Ob eine Portabilität der Alterungsrückstellungen möglich ist, bleibt weiterhin umstritten (VVG-Reform-Kommission 2004).

Eine Erweiterung der Versicherungspflicht bei gegebener Struktur der GKV – dies wird unter dem Schlagwort „Bürgerversicherung“ diskutiert – würde für den RSA keine konzeptionelle Änderung bedeuten. Zu Änderungen der Beitragssätze käme es nur, wenn für die neu einbezogene Population Finanzkraft und Beitragsbedarf stark voneinander abweichen. Genau dies erhoffen sich die Befürworter einer Bürgerversicherung, da dieser Personenkreis im Durchschnitt durch gute Risiken und hohe Einkommen gekennzeichnet ist. In einer mittel- und langfristigen Betrachtung muss aber berücksichtigt werden, dass dieser Personenkreis nicht nur ihre gegenwärtigen Risiken und Einkommen in die GKV einbringt, sondern im Gegenzug Ansprüche im Alter erwirbt, was die demographische Finanzierungslücke der GKV auf lange Sicht verstärken dürfte (Felder und Kifmann 2004). Darüber hinaus würde das Anwartschaftsdeckungsverfahren in der PKV, das die demographische Entwicklung stabilisiert, aufgegeben.

Außer durch eine Bürgerversicherung wäre eine Ausweitung des versicherten Personenkreises auch denkbar durch eine (Mindest-)Versicherungspflicht mit Sozialausgleich bei freier Wahlmöglichkeit aus einer neu definierten Anbieterpluralität (Henke 2005). In eine ähnliche Richtung gehen die Überlegungen des wissenschaftliche Beirats beim Bundesministerium der Finanzen (Richter 2005). Hierfür wäre ein Wettbewerbsrahmen zu schaffen, der einen echten Systemwettbewerb zwischen unter-

¹³ So dürften bestimmte Ärzte bzw. Arztgruppen von der Quersubventionierung mehr profitieren als andere. Auch regional wird das Ausmaß der Quersubventionierung stark variieren, z.B. dürfte sie in den neuen Bundesländern nur eine sehr geringe Rolle spielen.

schiedlichen Versicherungsformen erlaubt. In diesem Zusammenhang gehören auch die sachlich nicht gerechtfertigten Unterschiede in den Vergütungsregelungen (GOÄ und EBM) auf den Prüfstand.

Bei der Schaffung eines solchen Ordnungsrahmens kann ein RSA, dem bereits innerhalb der GKV die Aufgabe zukommt, einheitliche Wettbewerbsvoraussetzungen zu schaffen, eine zentrale Rolle spielen. Eine besondere Herausforderung besteht dabei, wenn der Wettbewerbsrahmen zwischen zwei unterschiedlichen Finanzierungsformen geschaffen werden soll (vgl. Sehlen et al. 2006). Dabei kann es nicht einfach um eine Einbindung der PKV in den RSA mit dem Ziel, bestimmte Transferwirkungen zugunsten der GKV zu erzeugen, gehen. Vielmehr müssen auf der Mikroebene des Wettbewerbs die Fehlanreize an der Schnittstelle zwischen den Systemen, aber auch innerhalb der Systeme beseitigt werden.

Voraussetzung hierfür ist die Vereinheitlichung der Finanzierungsseite. Hilfreich wäre es dabei, wenn PKV und GKV in einer neuen Anbieterpluralität einem einheitlichen System von Gesundheitsprämien unterworfen wären. Denkbar wäre aber auch eine Kombination aus Prämien und Beiträgen, wie zum Beispiel in den Niederlanden (vgl. Abschnitt 4.5). Einkommensabhängige Bestandteile bei der Mittelaufbringung müssten zunächst im Rahmen eines modifizierten Finanzkraftausgleichs in standardisierte Prämien für das kapitalgedeckte System umgewandelt werden.

Der RSA müsste für beide Systeme Beitragsbedarfszuweisungen schaffen, die auf die Besonderheiten der jeweiligen Finanzierungsform Rücksicht nehmen, damit aus der Wahl der Finanzierungsverfahrens kein Belastungsunterschied für den Versicherten entsteht. Die Zuweisungen an das umlagefinanzierte System würden der in Abschnitt 3 beschriebenen Systematik folgen, während die Zuweisungen an das kapitalgedeckte System der Systematik des Abschnittes 4.2 entsprächen, d.h. mit Zu- und Abschlägen versehen wären, die dem Aufbau und Abbau der Alterungsrückstellung entsprechen. Damit würde das kapitalgedeckte System im Gegensatz zur umlagefinanzierten altersunabhängige Zuweisungen aus dem RSA erhalten, so dass der Aufbau der Alterungsrückstellung durch den RSA solidarisch finanziert würde. Im Gegenzug würde die Solidargemeinschaft von der demographischen Entlastung des Gesamtsystems profitieren.

So könnte ein einheitlicher Wettbewerbsrahmen geschaffen werden, ohne dass das Geschäft der PKV mit der Besonderheit der Anwartschaftsdeckung zum Erliegen

käme. Es könnten im Gegenteil für die Zukunft sogar neue Kundenkreise für die PKV erschlossen werden. Den PKV-Altbestand in solche Modelle einzubinden dürfte jedoch schnell an rechtliche und sachliche Grenzen stoßen. Dies gilt vor allem, wenn die Wechsellmöglichkeit zwischen den Systemen freigegeben werden sollte.¹⁴

4.4. Finanzierung der Familienversicherung

Zu den umfänglichsten familienpolitischen Leistungen in Deutschland gehört die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen in der GKV. Anhand der Ausgabenprofile des RSA lässt sich abschätzen, dass die 20,3 Millionen beitragsfrei Familienversicherten im Jahr 2004 insgesamt Ausgaben einschließlich Verwaltungskostenanteile in Höhe von 24,3 Milliarden Euro verursachten. Hiervon entfielen allein 13,4 Milliarden Euro auf die 12,9 Millionen Mitversicherten unter 18 Jahren. Häufig wird argumentiert, dass es sich hierbei um eine versicherungsfremde Leistung handle, da der Familienlastenausgleich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei, an deren Finanzierung nicht nur die Beitragszahler beteiligt werden sollten.¹⁵ Daher wird eine Steuerfinanzierung der Mitversicherung für Kinder gefordert. Mitversicherte Ehegatten verursachen Ausgaben in Höhe von schätzungsweise 10,9 Milliarden Euro. Hier wird in der Regel ein eigenständiger Beitrag oder ein Ehegattensplitting vorgesehen, da es hier zu Beitragsungerechtigkeiten und Verzerrungen der Arbeitsangebotsentscheidung kommt.

Bei solchen Schritten müssen aber auch die Auswirkungen auf die Schnittstelle im Wettbewerb zur PKV beachtet werden, da die beitragsfreie Familienversicherung eine der wichtigsten Determinanten der Systementscheidung zwischen GKV und PKV darstellt. Auch die bei der PKV versicherten Kinder müssten in die Steuerfinanzierung einbezogen werden. Bei etwa 1,4 Millionen betroffenen Kindern und durchschnittlichen Ausgaben von etwa 90 Euro macht dies etwa 1,5 Milliarden Euro aus.¹⁶

Im Falle einer Übernahme der Familienversicherung durch die öffentliche Hand müsste man getrennte Prämienhöhen für Kinder und Erwachsene einführen; so betrüge die Erwachsenenprämie einschließlich Krankengeld rund 178 Euro und die

¹⁴ Ein weiteres Problem der freien Wechsellmöglichkeit könnte darin bestehen, dass das Ausmaß der Kapitaldeckung von der Wahlentscheidung der Versicherten abhängt, und damit nicht steuerbar ist. Eine Möglichkeit wäre, hier bei der Berechnung der Zuweisungen aus dem RSA ein kalkulatorisches Eintrittsalter zu erstellen, so dass Versicherte bei einem späteren Wechsel die fehlende Alterungsrückstellung nachbilden müssten.

¹⁵ Für eine andere Ansicht, nach der es sich um eine klare Folge der Finanzierungsmodalitäten einer Sozialversicherung handle, siehe Breyer (1997).

¹⁶ Auskunft der Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

Kinderprämie rund 86 Euro (vgl. Spalten (1) und (2) in Tabelle 3). Im nächsten Schritt könnte die Prämie für Kinder vom Staat übernommen werden. Hiermit käme ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf auf den Staat in Höhe von rund 13,4 Milliarden Euro für die GKV und 1,5 Milliarden Euro für die PKV zu. Es wäre denkbar, diese Entlastung nur den Erwerbstätigen einzuräumen, um auf diese Weise die intergenerationale Umverteilung ein wenig zugunsten der erwerbstätigen Bevölkerung abzumildern.¹⁷ Es muss jedoch gefragt werden, wie realistisch und verlässlich eine entsprechende Belastung des Bundeshaushalts im Rahmen des Steuer-Transfer-Ausgleichs sein wird. Auch über die Form der Zuweisung des Staates muss entschieden werden.

Zum einen könnte der Staat die kassenindividuelle Prämienhöhe erstatten. Gemäß Spalte (2) der Tabelle 3 würde die Prämie zwischen 76 und 96 Euro schwanken. Damit würde der Staat aber die tatsächlichen für Kinder angefallenen Ausgaben ausgleichen. Für die Krankenkassen bestünden in diesem Bereich keine Wirtschaftlichkeitsanreize. Darüber hinaus bestünde die Gefahr, dass Ausgaben in diesen Bereich verlagert würde. Ähnliche Effekte wurden vor 1995 beim Ist-Ausgabenausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) beobachtet. Alternativ könnte der Staat den Krankenkassen die GKV-durchschnittliche Prämie in Höhe von 86 Euro erstatten. Damit würden die Krankenkassen aus der Durchführung der Familienversicherung Gewinne und Verluste erzielen, die auf die bei den Erwachsenen erhobene Prämie durchschlagen, und mit +/- 10 Euro pro Monat durchaus wettbewerbsrelevante Ausmaße erreichen können. Aus diesem Grund ist eine Risikoadjustierung des Staatszuschusses zu diskutieren. Ohne Risikoadjustierung bestünde der RSA nur aus einem Beitragsbedarfsausgleich für Erwachsene mit einem Volumen von rund 7,7 Milliarden Euro. Mit einer Einbeziehung des Staatszuschusses in den Ausgleich stiege das Transfervolumen auf rund 8,0 Milliarden Euro.

Durch die staatlichen Zuschüsse zur Familienversicherung käme es zu einer höheren Transparenz und einer treffsicheren Umverteilung, die sich auf alle Kinder bezöge und nicht nur auf die mit ihren Eltern in der GKV versicherten Kinder und Jugendliche. Damit greifen diese Staatszuschüsse – bei gegebener Dualität zwischen PKV und GKV – erheblich in den Systemwettbewerb ein. Aus diesem Grund und wegen einer möglicherweise fehlenden Verlässlichkeit staatlicher Zahlungen wird von eini-

¹⁷ Die Entlastung entspräche bei einer Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes 1,4 Beitragssatzpunkte. Bei einer gezielten Absenkung des Beitragssatzes für Erwerbstätige läge die Entlastung bei 1,7 Beitragssatzpunkten.

gen (z.B. Rürup und Wille 2004) auch eine prämienfreie Kinderversicherung ohne externen Zuschuss gefordert.

In einem solchen Modell müssten die Kosten der Kinderversicherung von den Erwachsenen durch eine erhöhte Prämie mitfinanziert werden. Eine solche Prämie betrüge durchschnittlich 198 Euro (Spalte (3) und (4) der Tabelle 3). Für die einzelne Krankenkasse käme neben den Unterschieden beim Beitragsbedarf noch eine Verzerrung durch die unterschiedlich hohe Zahl der beitragsfrei versicherten Kinder hinzu, so dass der RSA neben dem Beitragsbedarf auch diesen Faktor berücksichtigen müsste. Interessanterweise streuen die kassen(typen)individuellen Prämien bei der beitragsfreien Kinderversicherung nicht so stark um die durchschnittliche Prämie wie bei dem im Abschnitt 4.1 besprochenen Verfahren. Anscheinend sind die Risikolagen der Morbidität und der Familienversicherung unterschiedlich verteilt, so dass sie sich gegenseitig kompensieren: Krankenkassen mit vielen Familien haben eine junge Versichertenpopulation, sind im Beitragsbedarfsausgleich daher Zahler, im Familienausgleich jedoch Empfänger. Das Transfervolumen zum Ausgleich der Beitragsbedarfsunterschiede und der beitragsfreien Familienversicherung wäre mit rund 7,2 Milliarden Euro geringer als das Volumen, das zum Ausgleich nur der Beitragsbedarfsunterschiede (8,7 Milliarden Euro) notwendig wäre. Dies zeigt im übrigen, wie fragwürdig das RSA-Transfervolumen als Maßstab für die Komplexität des Verfahrens ist.

4.5. Zentraler Beitragseinzug

Van de Ven und Ellis (2000) unterscheiden zwei Ausgestaltungen eines RSA. Neben der in Deutschland gewählten Form des dezentralen Beitragseinzuges, beim dem der Ausgleich in einem zweiten Schritt eine Umverteilung der Beitragseinnahmen bewirkt, indem er Zahler- und Empfängerkassen bestimmt, existieren Verfahren mit einem zentralen Beitragseinzug, wie zum Beispiel in den Niederlanden. Dort wird ein für alle Versicherte einheitlicher Beitrag an einen zentralen Fond abgeführt. Aus diesem Fonds werden den Krankenkassen Budgets zugewiesen, wobei die Zahlungen nach Morbiditätskriterien risikoadjustiert werden. Diese Zuweisungen sind nicht ausgabendeckend, so dass die Krankenkasse den Restbetrag als „kleine Prämie“ bei ihren Versicherten erhebt.¹⁸ Über diese Prämie findet auch die Preisdifferenzierung im Wettbewerb statt. Der RSA wirkt bei einem zentralen Beitragseinzug bei der Be-

rechnung der Höhe der Zuweisungen aus dem zentralen Fond an die einzelnen Krankenkassen. In den Niederlanden werden hierzu neben dem Alter, dem Geschlecht, dem Behinderungsstatus und der Region auch die Arzneimittelverordnungen und stationären Diagnosen herangezogen.

Aus deutscher Sicht ist das niederländische Modell interessant, da es Elemente der Gesundheitsprämie mit denen einer Bürgerversicherung kombiniert. Bei einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage gibt es auch kaum Alternativen zum zentralen Beitragseinzug, wenn man vermeiden will, neben den Finanzämtern eine weitere Organisation zur Feststellung der Zahlungsverpflichtung zu schaffen. Hier entstehen auch neue Gestaltungsoptionen, wie zum Beispiel Freibeträge zur Entlastung von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen.

Die Beitragseinnahmen im zentralen Fonds könnten entweder – wie in den Niederlanden – direkt an die Krankenkasse fließen, oder als Gutschrift (voucher) den Versicherten zugehen, die diese bei der Krankenkasse einlösen können. Ein solches Gutschrift-Modell schlägt der wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen vor (BMF 2005). Die Höhe der Gutschrift könnte sich nach der durchschnittlichen Zahlung je Versicherten richten; in diesem Fall wäre ein nachgelagerter RSA zum Ausgleich der Morbiditätsrisiken notwendig, bei dem es wieder Zahler- und Empfängerstellen gäbe. Alternativ könnte die Höhe der Gutschrift gerade dem individuellen Beitragsbedarf aus dem RSA entsprechen. In diesem Fall wäre ein nachgelagertes Ausgleichssystem sogar überflüssig.

5. Schlussfolgerungen

Es gilt eine dauerhafte und nachhaltige Finanzierungsgrundlage für Gesundheitsausgaben zu schaffen. Dabei ist über die Mittelaufbringung, d.h. über Prämien bzw. Beiträge und über Umlageverfahren bzw. Anwartschaftsdeckungsverfahren ebenso zu entscheiden, wie über den versicherten Personenkreis, der Finanzierung der Familienversicherung und der Zukunft des Arbeitgeberbeitrages.

Einige Reformbausteine, wie zum Beispiel die Ausgestaltung des Arbeitgeberbeitrages, wurden nicht angesprochen, da die Gestaltungsoptionen ohne Einfluss auf den RSA umsetzbar sind. Die meisten Prämienmodelle sehen eine Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages vor. Die Lohnnebenkosten bleiben dabei in ihrem festgeschriebe-

¹⁸ Ursprünglich machten die Prämieinnahmen etwa 15 % der Gesamteinnahmen aus. Seit dem 1.1.2006 wurde dieser Anteil auf 50 % gesteigert, vgl. Greß (2006).

nen relativen Anteil unverändert; lediglich zukünftige Erhöhungen der Gesundheitsausgaben würden nicht mehr zur vollen Hälfte die Arbeitgeber treffen, sondern müssten mit einem steigenden prozentualen Anteil vom Arbeitnehmer im Rahmen eines floatenden Arbeitnehmerbeitrages getragen werden. Die Entlastungseffekte würden nicht nur die Arbeitgeber betreffen, sondern auch die gesetzliche Rentenversicherung, deren Träger den „Arbeitgeberanteil“ des Krankenversicherungsbeitrages der Rentner übernehmen. Auch die Ausgestaltung eines sozialen Ausgleichs in einem Steuer-Transfer-System ist nicht Gegenstand dieses Beitrages.

Der RSA spielt ansonsten in allen genannten Reformdimensionen eine Rolle. Je nach Ausgestaltung werden seine drei Ausgleichstatbestände – Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen, der Zahl der beitragsfrei Mitversicherten sowie der Morbidität – unterschiedlich gewichtet oder unterschiedlich organisiert, wie Tabelle 4 verdeutlicht.

[Tabelle 4 ungefähr hier einfügen.]

Dabei sollte die Höhe des Transfervolumens bei der Entscheidung keine Rolle spielen. Dies kann an Beispielen, die in diesem Aufsatz diskutiert wurden, erläutert werden. Bei einem zentralen Beitragseinzug, wie z.B. in den Niederlanden, gibt es im RSA nur Empfängerkassen, keine Zahlerkassen. Die Bestimmung eines Transfervolumens ist in einem solchen Modell nicht möglich. Zudem ist die Höhe des Transfervolumens abhängig von zahlreichen Saldierungsvorgängen. Dies sieht man aus dem Vergleich des RSA-Transfervolumen nur mit Beitragsbedarfsausgleich und des Volumens mit Beitragsbedarfsausgleich und Familienausgleich. Weniger RSA bedeutet nicht automatisch weniger Transfervolumen.

Dem RSA kommt in der gegenwärtigen GKV die Funktion eines Ordnungsrahmens zur Ermöglichung von Kassenwettbewerb zu. Sollten wesentliche Parameter des Gesundheitswesens verändert werden, ändert sich auch die Ausgestaltung des RSA. Solange aber keine risikoäquivalenten Prämien erhoben werden, ändert sich nichts an der Notwendigkeit und Funktion des RSA. Vielmehr muss der RSA auch in Zukunft den notwendigen Ordnungsrahmen bei einer Stärkung des Äquivalenzprinzips, einer Ausweitung der Kapitaldeckung im Gesundheitswesen und einer Überführung der Dualität von PKV und GKV in eine neue Anbieterpluralität bilden.

Literatur

- BMF (2004): Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Gutachten erstattet vom wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, Heft 77 der Schriftenreihe des BMF, Berlin.
- BMF (2005): Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen, Berlin.
- BMGS (2003): Bericht der Kommission „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“, Berlin, www.soziale-sicherungssysteme.de [Zugriff am 10.03.2006].
- Bork, Christhart (2003): Gutachten zur Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen, www.sozialpolitik-aktuell.de/docs/AG-KV-8-02.pdf [Zugriff am 10.03.2006].
- Breyer, Friedrich (1997): ‚Beitragsfreie Mitversicherung‘ und ‚Familienlastenausgleich‘ in der GKV: ein populärer Irrtum, in: Konjunkturpolitik 43: 213-223.
- Breyer, Friedrich (2002): Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – eine Begriffsklärung, in: Schmollers Jahrbuch 122: 605-616.
- Breyer, Friedrich; Mathias Kifmann (2001): Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV, DIW Diskussionspapier Nr. 236, Berlin.
- Buchholz, Wolfgang (2005): A Note on Financing Health-Care Reform: Some Simple Arguments Concerning Marginal Tax Burden, in: FinanzArchiv 61 (3): 438-446.
- Buchholz, Wolfgang; Birgit Edener, Marcus Grabka, Klaus-Dirk Henke, Monika Huber, Hermann Ribhegge, Andreas Ryll, Hans-Jürgen Wagener; Gert G. Wagner (2001): Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken, DIW-Diskussionspapier 247, Berlin.
- Daubenbüchel, Rainer; Dirk Göppfarth (2005): Chancen und Risiken der direkten Morbiditätsorientierung, in: Die Krankenversicherung 57 (2): 42-46.
- Fehr, Hans; Heinrich Jess (2006): Health Premiums or health contributions?, in: Schmollers Jahrbuch 126 (1), in Druck.

- Felder, Stefan (2003): Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung über den Risikostrukturausgleich, in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften 54: 60-72.
- Felder, Stefan; Mathias Kifmann (2004): Kurz- und langfristige Folgen einer Bürgerversicherung, in: Dieter Cassel (Hg.): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen, Baden-Baden, 9-32.
- Fetzer, Stefan; Christian Hagist (2004): GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherungen: Der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen, in: Schmollers Jahrbuch 124: 387-420.
- Fries, James (1983): The Compression of Morbidity, in: Milbank Memorial Fund Quarterly, 61: 397-419.
- Göpffarth, Dirk (2005): Reforming Germany's risk structure equalisation scheme – taking stock at the halfway point, in: Journal of Public Health 13 (5): 248-256.
- Göpffarth, Dirk (2006): RSA-Jahresausgleich 2004 – Daten und Fakten, in: Dirk Göpffarth; Stefan Greß; Klaus Jacobs; Jürgen Wasem (Hg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006, St. Augustin, in Druck.
- Grabka, Markus M. (2004): Alternative Finanzierungsmodelle einer sozialen Krankenversicherung in Deutschland, Berlin. (http://edocs.tu-berlin.de/diss/2004/grabka_markus.pdf)
- Grabka, Markus M.; Hanfried H. Andersen; Klaus-Dirk Henke; Katja Borchardt (2003): Kapitaldeckung für die GKV? Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen eines Umstiegs vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren, in: Schmollers Jahrbuch 123 (2): 265-283.
- Gress, Stefan (2006): Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden, in: Die Ersatzkasse 86 (2): 63-64.
- Haufler, Andreas (2004): Welche Vorteile bringt eine Pauschalprämie für die Finanzierung des Gesundheitswesens?, in: Schmollers Jahrbuch 124: 539-556.
- Henke, Klaus-Dirk (2005): Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik 6 (1): 95-111.

- Henke, Klaus-Dirk; Katja Borchardt; Jonas Schreyögg; Oliver Farhauer (2004): Eine Systematisierung der Reformvorschläge zur Finanzierung der Krankenversorgung in Deutschland, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/Journal of Public Health 12 (1): 10-19.
- Henke, Klaus-Dirk; Markus M. Grabka; Katja Borchardt (2002): Kapitalbildung, auch im Gesundheitswesen? Auf dem Wege zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften / Journal of Public Health 10 (3): 196-210.
- Hof, Bernd; Claus Schlömer (2005): Zur Zukunftsfähigkeit von Kopfprämienmodellen für die GKV im anstehenden demographischen Wandel, in: Sozialer Fortschritt 54 (8): 194-205.
- Jacobs, Klaus; Peter Reschke; Dieter Cassel; Jürgen Wasem (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden.
- Meyer, Ulrich (2001): Verbesserung des Wettbewerbs in der PKV durch Verstärkung der Wechseloptionen, in: Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hg.): Zu den Wechseloptionen der PKV, PKV-Dokumentation Nr. 25, Köln, 59-76.
- Niehaus, Frank; Christian Weber (2005): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Wissenschaftliches Institut der PKV, www.pkv.de/downloads/WIP-Weber_Niehaus.pdf [Zugriff am 10.03.2006].
- Reschke, Peter; Stefanie Sehlen; Guido Schiffhorst; Wilhelm F. Schröder; Karl W. Lauterbach; Jürgen Wasem (2005): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Forschungsbericht 334, Bonn.
- Richter, Wolfram F. (2005): Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: Wirtschaftsdienst 85 (11): 693-697.
- Rürup, Bert und Eberhard Wille (2004): Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, www.sozialpolitik-aktuell.de/docs/kopfpauschaleruerup_wille.pdf [Zugriff am 10.03.2006].

- Sehlen, Stephanie; Jürgen Hofmann; Peter Reschke (2005): Private Krankenversicherung und Risikostrukturausgleich – zur Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 60 (1-2): 54-64.
- Van de Ven, Wynand P. M. M. ; Randall P. Ellis (2000) : Risk adjustment in competitive health plan markets, in: Anthony J. Culyer; Joseph P. Newhouse (Hg.): Handbook of Health Economics, Volume 1A, Amsterdam, 755-846.
- Verbrugge, Lois M. (1984) : Longer Life but Worsening Health ?, Milbank Memorial Fund Quarterly, 62: 475-519.
- VVG-Reform-Kommission (2004): Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts, www.bmj.bund.de/media/archive/647.pdf [Zugriff am 10.03.2006].
- Wasem, Jürgen (2002): Selektion darf sich nicht lohnen – der Risikoausgleich im Zukunftsmodell, in: Klaus-Dirk Henke; Wilfried Johannßen; Günter Neugebauer; Ulrich Rumm; Jürgen Wasem (Hg.): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, Vereinte Krankenversicherung, München, 16-17.
- Wasem, Jürgen; Florian Buchner (2006): Risikostrukturausgleich in einem GKV-System mit Pauschalprämien, in: Dirk Göppfarth; Stefan Greß; Klaus Jacobs; Jürgen Wasem (Hg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006, St. Augustin, in Druck.
- Wasem, Jürgen; Stefan Greß; Heinz Rothgang (2005): Kopfpauschalen in der gesetzlichen Krankenversicherung – lohnt sich ein Systemwechsel?, in: Stefan Greß; Anita B. Pfaff; Gert G. Wagner (Hg.): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie, Düsseldorf.
- Zimmermann, Horst; Klaus-Dirk Henke (2005): Finanzwissenschaft. Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft, 9. Aufl., München.

Ausgleichs- tatbestand	Finanzkraft	Familienlast	Morbidität			
			beitrags- pflichtige Einnahmen je Kopf	Anteil an Versicherten der Kassenart		Alters- schnitt in Jahren
				Familien- versicherte	Frauen	
Kassenart						
Allg. Ortskrankenkassen	14.138 €	27,8%	52,8%	3,5%	44,6	
Betriebskrankenkassen	20.499 €	30,7%	50,2%	1,3%	37,9	
Knappschaft	15.231 €	20,5%	51,4%	4,3%	59,6	
Angestellten-Ersatzkassen	18.262 €	28,1%	58,6%	2,2%	41,7	
Arbeiter-Ersatzkassen	19.074 €	32,6%	44,6%	1,9%	37,6	
Innungskrankenkassen	15.422 €	30,9%	43,8%	2,5%	37,2	
See-Krankenkasse	18.102 €	24,5%	38,0%	3,4%	52,6	
GKV	16.982 €	28,7%	53,3%	2,5%	42,0	

Tabelle 1: Strukturmerkmale der Kassenarten

Quelle: GKV-Statistiken KJ1 und KM6 für 2004, Göppfarth (2006), eigene Berechnungen

Prämienhöhe		Beitrags- einnahmen je Versicherten (1)	Einheitliche Prämie	
Kasstyp	Beitragsbedarf		ohne RSA (2)	mit RSA (3)
niedrig	niedrig	137 €	114 €	150 €
	mittel	179 €	160 €	163 €
	hoch	212 €	183 €	161 €
mittel	niedrig	97 €	115 €	159 €
	mittel	145 €	159 €	164 €
	hoch	204 €	211 €	159 €
hoch	niedrig	52 €	101 €	150 €
	mittel	104 €	144 €	158 €
	hoch	128 €	169 €	157 €
GKV-Durchschnitt		161 €	161 €	161 €

Tabelle 2: Gesundheitsprämien je Kassentypen nach Finanzkraft und Beitragsbedarf
Quelle: Eigene Berechnungen für das Jahr 2004

Prämienhöhe		Gespaltene Prämie (ohne RSA)		Prämie bei internem Familienausgleich	
		Erwachsene (1)	Kinder (2)	ohne RSA (3)	mit RSA (4)
Kassentyp	Beitragsbedarf				
niedrig	niedrig	118 €	96 €	138 €	184 €
	mittel	180 €	83 €	201 €	200 €
	hoch	202 €	92 €	221 €	198 €
mittel	niedrig	123 €	87 €	148 €	196 €
	mittel	176 €	86 €	195 €	202 €
	hoch	228 €	86 €	240 €	194 €
hoch	niedrig	107 €	81 €	129 €	184 €
	mittel	160 €	80 €	179 €	194 €
	hoch	186 €	76 €	200 €	193 €
GKV-Durchschnitt		178 €	86 €	198 €	198 €

Tabelle 3: Gesundheitsprämien je Kassentyp nach Finanzkraft und Beitragsbedarf bei unterschiedlichen Formen des Familienausgleichs
Quelle: Eigene Berechnungen für das Jahr 2004

Baustein	Maßnahmen	RSA-Ausgleichstatbestände			Transfer- volumen
		Beitrags- bedarf	Ein- kommen	Familien- ausgleich	
0. Status Quo		x	x	x	16,1 Mrd. €
1. Mittelaufbringung	Reine Kopfprämien	x			8,7 Mrd. €
2. (Teil-) Kapitaldeckung	standardisierte Prämien, direkte Morbiditäts- orientierung	x			k.A.
3. Personenkreis	abhängig von der konkreten Ausgestaltung				
4. Familienversicherung	a) Steuerfinanzierung ohne Kinderausgleich	x			7,7 Mrd. €
	b) Steuerfinanzierung mit Kinderausgleich	x		x	8,0 Mrd. €
	c) Beitragsfinanzierung	x		x	7,2 Mrd. €
5. Zentraler Beitragseinzug	a) Zuweisung an Kasse	x		(x)	keine Zahler nur Empfänger
	b) Gutschrift über Durchschnittszahlung	x		(x)	8,7 Mrd. €
	c) Gutschrift über Beitragsbedarf	x		(x)	keine Zahler nur Empfänger

Tabelle 4: Auswirkungen der Reformbausteine auf den RSA

Quelle: Eigene Zusammenstellung bzw. Berechnung

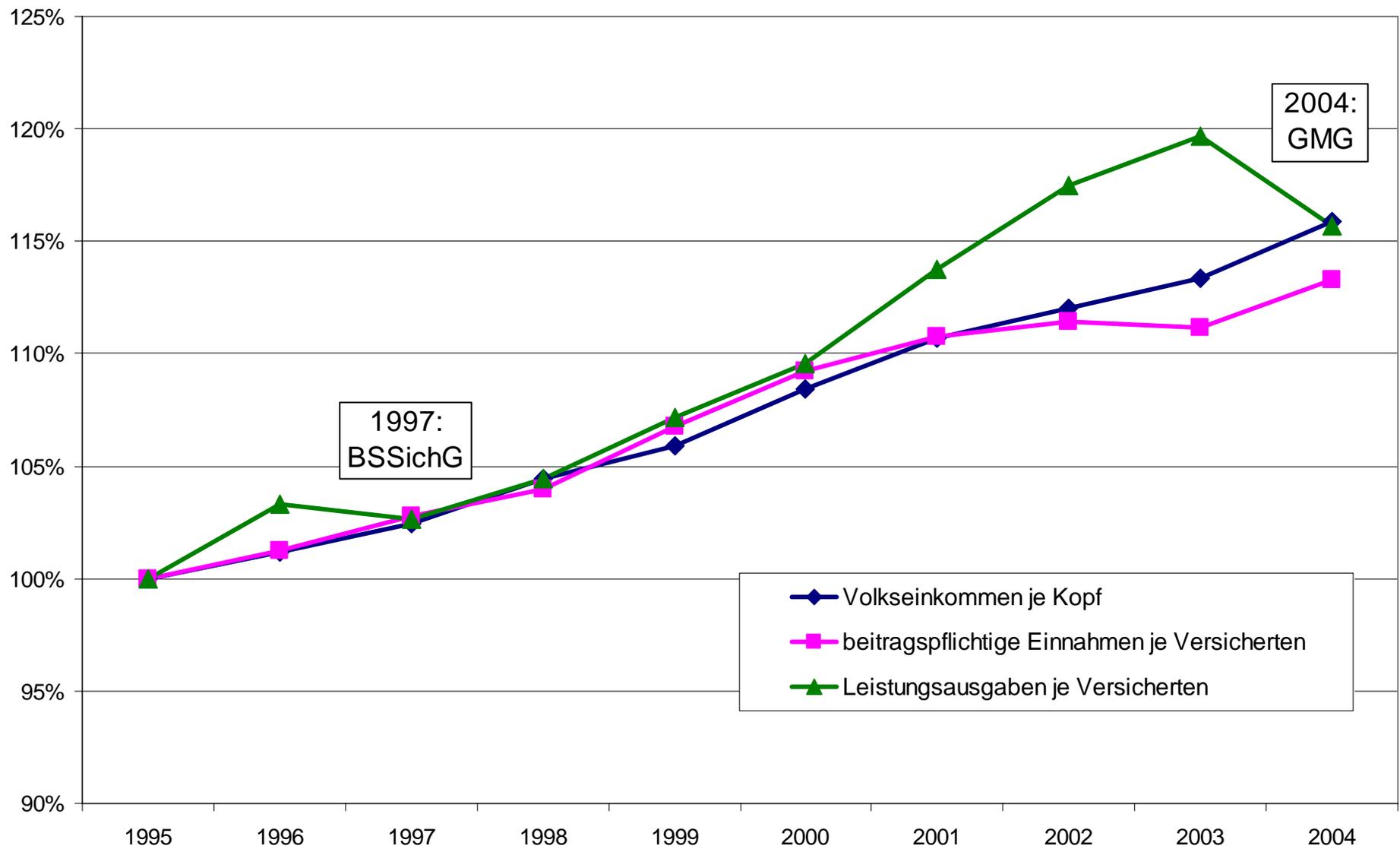


Abbildung 1: Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben der GKV

Quelle: Statistisches Bundesamt, GKV-Statistik KJ1, RSA-Daten des Bundesversicherungsamtes, eigene Berechnungen

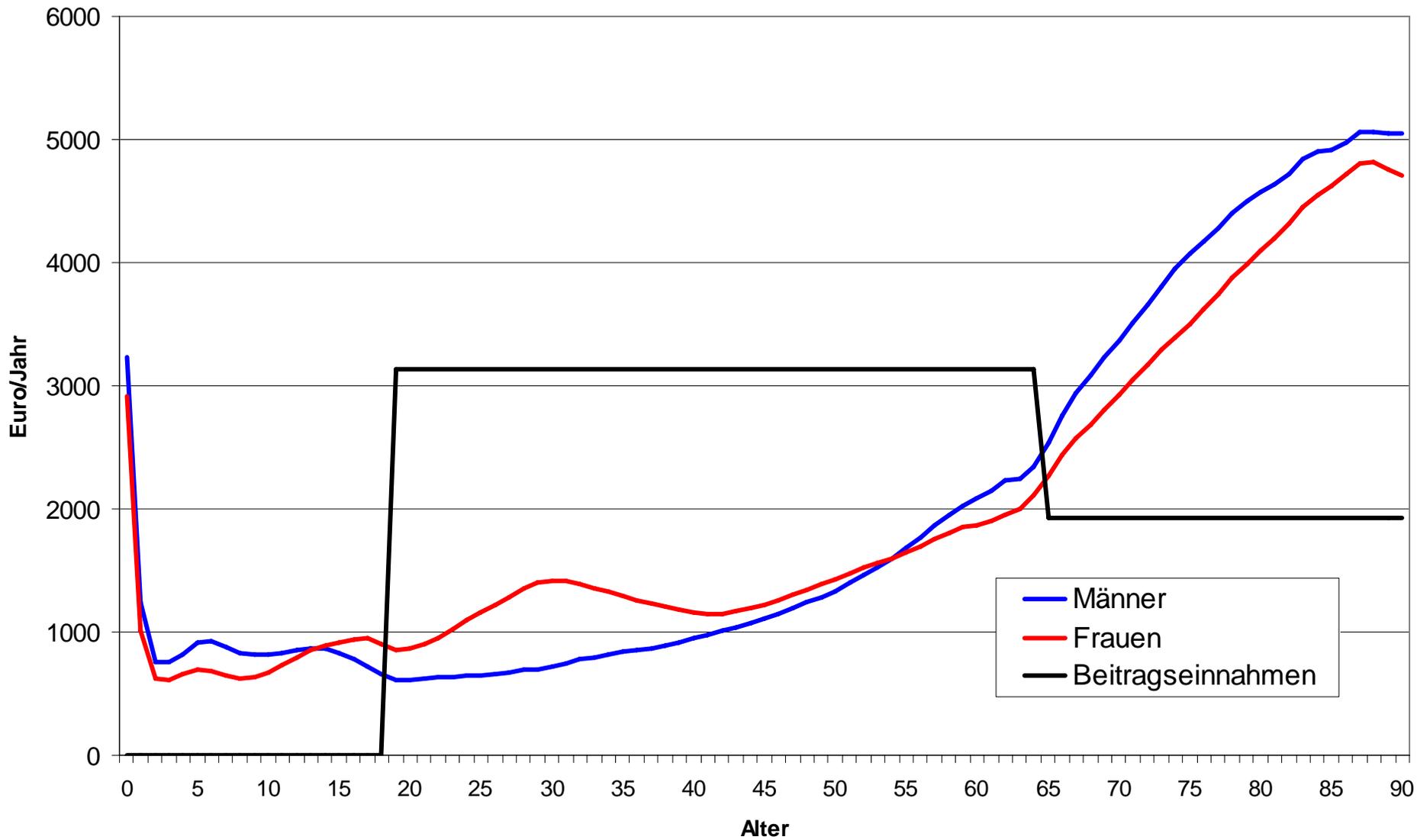


Abbildung 2: Ausgaben und Einnahmen der GKV nach Alter

Quelle: Amtliche Statistik KJ1, RSA-Daten des Bundesversicherungsamtes, eigene Berechnungen

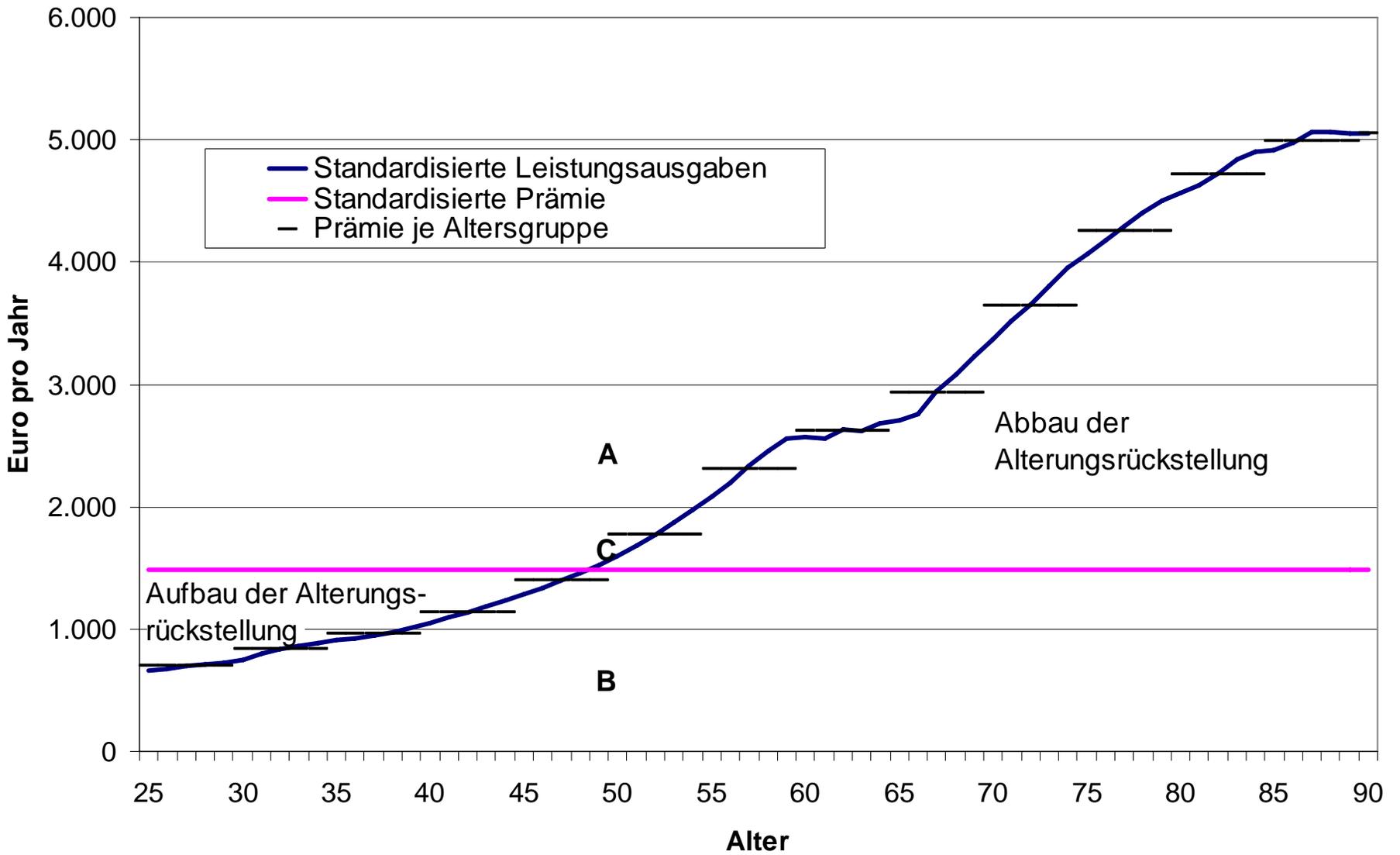


Abbildung 3: Bildung von Alterungsrückstellungen

Quelle: RSA-Daten des Bundesversicherungsamtes, Periodensterbetafeln des Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen