

# **MEMORANDUM 2004**

## **Beschäftigung, Solidarität und Gerechtigkeit – Reform statt Gegenreform**

### ***Auszug:***

### **1.3 Gesundheit: BürgerInnenversicherung für alle**

#### **1.3.1 Demographischer Wandel und medizinischer Fortschritt als Kostentreiber?**

Die Behauptung einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen lässt sich weder im historischen Rückblick noch für die gegenwärtige Entwicklung belegen. Deshalb werden in den Analysen, die eine Reform – zumeist eine Privatisierung – der GKV-Finanzierung fordern, der demographische Wandel und der technische Fortschritt als Ursachen angeführt, die eine überbordende Ausgabenwicklung allerdings in den kommenden Jahrzehnten zur Folge haben würden. Die Notwendigkeit eines Systemwechsels wird damit in den Rang eines objektiven Sachzwangs gehoben. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf die künftigen Veränderungen in der Alterspyramide, die wachsende Lebenserwartung und einen mit ihr steigenden Behandlungsbedarf sowie auf die interventionserweiternden Wirkungen des medizinischen Fortschritts. Diese ausgabenrelevanten Faktoren würden verschärft durch die sinkende Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter.

Diese vordergründig plausiblen Zusammenhänge werden aber in der gesundheitswissenschaftlichen und epidemiologischen Debatte weit differenzierter gesehen:

- Aus der Gleichzeitigkeit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft kann nicht auf einen Automatismus zwischen fortschreitendem Alter einerseits und Zunahme der Schwere und Häufigkeit von Erkrankungen andererseits geschlossen werden. Der These, dass mit steigendem Lebensalter auch die Anzahl der durch chronische oder mehrere gleichzeitige Krankheiten sowie Pflegebedürftigkeit geprägten Jahre zunimmt, werden in der gesund-

heitswissenschaftlichen Debatte auch Befunde gegenübergestellt, denen zufolge mit steigender Lebenserwartung auch der Zeitpunkt hinausgeschoben wird, zu dem die chronischen Erkrankungen und Behinderungen eintreten (Verbrugge 1984; Fries 1987 u. 1989). Also: Wer sein Leben lang gesund war, hat bessere Chancen, auch im Alter gesund zu bleiben. Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang die zahlreichen empirischen Hinweise darauf, dass sich der subjektive und objektive Gesundheitszustand alter Menschen im Vergleich zu dem vorherigen Generationen verbessert (z.B. Braun/Kühn/Reiners 1998).

- Morbidität (die Häufigkeit von Krankheiten) ist eindeutig schichtabhängig. Von chronischen Erkrankungen und Behinderungen sind weit überdurchschnittlich Angehörige unterer Sozialschichten betroffen. Insofern sind die ausgabenexpansiven Effekte, die vermeintlich von der gesellschaftlichen Alterung ausgehen, der fortbestehenden sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit zuzuschreiben. Daher kann man den demografischen Wandel als Herausforderung an die Gesellschaft und das Gesundheitssystem begreifen, Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken und insbesondere die soziale Ungleichheit zu bekämpfen. Eine auf den Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit zielende Gesellschaftspolitik würde mittel- und langfristig auch zu einer verringerten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. Eine solche Politik könnte dazu beitragen, die Entstehung chronischer Erkrankungen in spätere Lebensphasen hinauszuschieben und auf einen vergleichsweise kurzen Zeitraum vor dem Tode zu komprimieren („compression of morbidity“).
- Ein erheblicher Teil der Behandlungskosten fällt im letzten Lebensjahr eines Menschen an. Im Vergleich zu anderen Lebensabschnitten sind die Ausgaben hier überproportional hoch. Da aber jeder nur einmal ein letztes Lebensjahr erlebt, wird sich bei konstanter Bevölkerungszahl das betreffende Ausgabenvolumen per Saldo nicht erhöhen. Weil diese unterschiedliche Verteilung der Kosten auf einzelne Lebensphasen meistens nicht berücksichtigt wird, werden die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsausgaben überschätzt.
- Schließlich können selbst von einer höheren Lebenserwartung partiell auch kostensenkende Effekte ausgehen. So ist in mehreren Studien nachgewiesen worden, dass die durchschnittlichen Behandlungskosten im letzten Lebensjahr von Hochbetagten niedriger

sind als bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter oder bei „jungen Alten“.

Auch die Wirkungen des medizinischen Fortschritts führen nicht unausweichlich zu einem dramatischen Anstieg der Gesundheitsausgaben:

- Es existieren in jedem Versorgungssystem eine Reihe von soziokulturellen, ökonomischen und institutionellen Faktoren, die den Grad der Anwendung von medizinischer Technik und damit auch dessen finanzielle Effekte beeinflussen. In Deutschland haben diese Faktoren in der Vergangenheit eine expansive Anwendung medizinischer Technik begünstigt: die Dominanz eines stark naturwissenschaftlich geprägten Krankheitsverständnisses; die mit den Vergütungs- und Finanzierungsformen (Einzelleistungsvergütung, Selbstkostendeckungsprinzip) verbundene finanzielle Lukrativität medizintechnischer Leistungen; die Desintegration des Versorgungssystems, insbesondere die Abschottung von ambulanter und stationärer Versorgung, die Tür und Tor öffnet für Mehrfachdiagnosen und unkoordinierte Therapien. Was als Folge des medizinischen Fortschritts erscheint, ist also auf das Zusammenwirken einer Vielzahl von Faktoren zurückzuführen. Es ist davon auszugehen, dass der lange Zeit recht ungezügelter Anwendung von Medizintechnik mit der zunehmenden Orientierung an einer nachweisgestützten Medizin („evidence-based medicine“), mit der Einführung von Budgets und Pauschalen und mit den verstärkten Bemühungen um eine Integration des Versorgungssystems künftig stärkere Restriktionen auferlegt werden.
- Auch im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt stehen den mit den wachsenden Interventionsmöglichkeiten steigenden Ausgaben auch Einspareffekte gegenüber. Dies gilt z.B. für minimalinvasive Operationstechniken, die eine Ausweitung ambulanter Operationen und damit eine Reduzierung des Pflegeaufwands ermöglichen. Allerdings überwiegen in der Vergangenheit die interventionserweiternden die substituierenden Effekte.

Generell ist die Entwicklung der Gesundheitsausgaben von einer Vielzahl von Einflussfaktoren abhängig. So lässt sich z.B. aus dem internationalen Vergleich kein Zusammenhang zwischen dem Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt und dem Altenquotienten, also dem Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung, herstellen (Kühn 2001): Die USA haben bei einem vergleichsweise geringen Altenquotienten das mit Abstand teuerste Gesundheitswesen der Welt; Schweden, das Land mit dem höchsten Altenanteil unter den OECD-Ländern, gibt vergleichsweise wenig Geld für das Gesundheitswesen aus. Zwar wer-

den aller Voraussicht nach vom demografischen Wandel und dem medizinischen Fortschritt insgesamt ausgabensteigernde Effekte ausgehen. Allerdings werden sie kaum jenes apokalyptische Ausmaß annehmen, das in der öffentlichen Debatte immer wieder beschworen und als Grund für den heutigen Abbau sozialer Sicherungssysteme gebraucht wird. Zudem wird hierbei unterschlagen, dass die Rahmenbedingungen dieses Wandels selbst gestaltunfähig sind.

### **1.3.2 Vorschläge zur Reform der GKV-Finanzierung**

Die Finanzierung und Finanzierbarkeit der GKV ist ein gesundheitspolitisches Dauerthema und Gegenstand heftiger Kontroversen. Es existiert ein breiter gesellschaftlicher Konsens, dass das historisch gewachsene, ausschließlich am Erwerbsstatus und am Bruttoarbeitseinkommen orientierte Finanzierungssystem der GKV reformbedürftig ist. Im Vordergrund der gegenwärtigen Debatte stehen dabei zwei unterschiedliche Konzepte:

- die Ausweitung der GKV hin zu einer Bürgerversicherung und
- die Ersetzung der einkommensäquivalenten Beitragsbemessung durch eine für alle Versicherten einheitliche Kopfprämie (Kopfpauschale).

Beide Konzepte nehmen für sich folgende Vorzüge gegenüber dem bisherigen Finanzierungssystem in Anspruch:

- größere Verteilungsgerechtigkeit durch die Einbeziehung neuer Personengruppen in eine Pflichtversicherung bzw. durch die Ausweitung der Bemessungsgrundlagen auf zusätzliche Einkommensquellen,
- eine Senkung der „Lohnnebenkosten“,
- eine nachhaltigere und von Konjunkturschwankungen unabhängigere Finanzierung des Gesundheitswesens.

Bürgerversicherung und Kopfprämie stellen im wörtlichen Sinne eigentlich keine Alternativen dar, denn die Bürgerversicherung bezeichnet den Kreis der versicherten Personen, die Kopfpauschale den Modus der Beitragsbemessung. In der Schweiz z.B. werden beide Komponenten miteinander verknüpft. Für beide Konzepte liegen mittlerweile auch eine Reihe von Varianten vor. Sie sollen hier nicht im Einzelnen erörtert werden. Vielmehr sollen im

Folgenden die Auswirkungen der Grundmodelle abgeschätzt und der Realitätsgehalt der mit einer entsprechenden Umstellung des Finanzierungssystems verknüpften Erwartungen überprüft werden.

### **1.3.2.1 Kopfprämien (Kopfpauschale)**

Eine Kopfpauschale – im Gutachten der Rürup-Kommission und vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVRBgwE) auch irreführend als „Gesundheitsprämie“ bezeichnet – belastet jeden Versicherten unabhängig von Einkommen, Gesundheitszustand, Alter und anderen Merkmalen mit einem gleich hohen Versicherungsbeitrag. Dabei ist es grundsätzlich möglich, die Prämien für nichterwerbstätige Ehepartner oder Kinder zu reduzieren oder sie ganz von Prämienzahlungen zu befreien. Mittlerweile sind eine Reihe von einschlägigen Finanzierungsmodellen für die GKV vorgelegt worden (z.B. Henke et al. 2002; Knappe/Arnold 2002; SVRBgwE 2002 und 2003; Rürup-Kommission 2003; dazu: Reiners 2003).

Eine Kopfpauschale belastet sozial Schwache überproportional stark, denn die einkommensunabhängige Bemessung führt dazu, dass die relative Belastung mit Krankenversicherungskosten um so höher ist, je niedriger das Einkommen ist. Da einkommensschwache Haushalte mit der Finanzierung überfordert wären, sehen alle Modelle eine staatliche Unterstützung für diese Bevölkerungsgruppen vor.

Welche Effekte sind mit einem solchen Modell verbunden?

- Die solidarischen Umverteilungseffekte sind in einem solchen Modell erheblich geringer als in der bisherigen GKV, weil die Prämien unabhängig von der Höhe des Einkommens berechnet werden. Die „Beitragssätze“ sinken also mit steigendem Einkommen.
- Der steuerfinanzierte Subventionsbedarf für untere Einkommensgruppen ist außerordentlich hoch und beläuft sich – je nach Modell – auf bis zu 45 Mrd. € pro Jahr. Angesichts der Finanzlage der öffentlichen Haushalte und der allenthalben diskutierten Steuersenkungspläne ist eine politische Bereitschaft, derartige Beträge aufzuwenden, nicht sichtbar. Das Beispiel des Schweizer Gesundheitssystems zeigt, dass die staatlichen Zuschüsse zwar extreme finanzielle Belastungen in unteren Einkommensgruppen mildern können, diese aber gerade für Familien mit geringem Einkommen dennoch außerordentlich groß

sein können. Die öffentlichen Haushalte weisen nämlich auch hier hohe Defizite auf, und es fehlt der politische Wille, die für einen angemessenen Ausgleich sozialer Schieflagen erforderlichen Staatszuschüsse aufzubringen: Erstens sind die staatlichen Zuschüsse in den Kantonen mit hohen Prämien oftmals ungenügend; zweitens sind die vom Bund bereitgestellten Mittel zwischen 2000 und 2003 jährlich nur noch um 1,5 vH angehoben worden und damit deutlich hinter dem Anstieg der Krankenversicherungsprämien zurückgeblieben, die in diesem Zeitraum jährlich um etwa 7 vH (!) anstiegen; drittens versuchen zahlreiche Kantone angesichts der Krise der öffentlichen Haushalte, die Zuschüsse zur Prämienverbilligung für sozial Schwache möglichst niedrig zu halten, und schöpfen daher das vom Bund bereitgestellte Subventionsvolumen nicht aus. Sie können dies nämlich nur dann vollständig abrufen, wenn sie sich in gleichem Umfang wie der Bund an den Prämienverbilligung beteiligen (Gerlinger 2003; Spycher 2004).

- Die behauptete Konjunkturresistenz lässt sich nicht erkennen. Gerade in wirtschaftlichen Krisenzeiten klaffen der Transferbedarf (wegen steigender Arbeitslosigkeit und wachsender soziale Notlagen) und die staatlichen Transferkapazitäten (wegen sinkender Steuereinnahmen) erheblich auseinander.
- Neben den finanziellen Auswirkungen auf die sozial Schwächsten ist aber auch die wirtschaftliche Situation von Haushalten zu bedenken, deren Einkommen oberhalb der Anspruchsberechtigungs-grenze liegen – erst recht, wenn sie knapp darüber liegen –, und die daher nicht in den Genuss einer Prämienverbilligung kommen. Sie werden durch das Kopfprämiensystem besonders stark belastet. Das gilt in ganz besonderem Maße für Paare mit Kindern, wogegen Alleinstehende ohne Kinder kräftig entlastet werden.
- Die in den Gutachten der Rürup-Kommission und des SVR dargestellten haushaltsbezogenen Verteilungswirkungen einer Kopfpauschale sind darüber hinaus deshalb irreführend und unterzeichnen die unsoziale Umverteilung gegenüber der bisherigen Situation, weil zur Finanzierung des dort angesetzten Steuerzuschusses von 28,4 Mrd. € ein um 4,5 Prozentpunkte erhöhter Solidaritätszuschlag zur Einkommensteuer angenommen wird. Dies wäre eine Finanzierung, die vergleichsweise progressiv hohe Einkommen überproportional belasten würde, wogegen BezieherInnen niedriger Einkommen davon wenig betroffen wären. Angesichts der laufenden Einkommensteuersenkungsdebatten wäre eine solche Finanzierung aber sehr unwahrscheinlich. Zu erwarten wäre stattdessen eine Erhö-

hung der Mehrwertsteuer, von der wiederum niedrige Einkommen über- und hohe Einkommen unterproportional betroffen wären.

- Positive Beschäftigungseffekte sind nicht zu erwarten, da die Höhe und Struktur der „Lohnnebenkosten“ keine bedeutende Rolle für den Beschäftigungsstand spielen und insbesondere nicht die Ursache der andauernden Massenarbeitslosigkeit in Deutschland sind. Aufgrund der Mehrbelastung niedriger Einkommen mit geringer Sparquote und Entlastung hoher Einkommen mit hoher Sparquote sind sogar weitere Nachfrageausfälle mit negativen Beschäftigungswirkungen zu erwarten. Die vom SVR dargestellten Modellrechnungen (SVR 2003: Kasten 8) gehen von völlig unrealistischen Annahmen aus und vernachlässigen makroökonomische Kreislaufzusammenhänge völlig. Eine Simulation bis zum Jahr 2100 (!) und ein Beschäftigungszuwachs um 5 vH (also knapp 2 Millionen) innerhalb von drei Jahren durch Wegfall der „verzerrenden Wirkungen der GKV-Beiträge“ bei Einführung eines Kopfprämien-system ohne Sozialausgleich in einer geschlossenen Volkswirtschaft ist ohne jeden Wirklichkeitsbezug und eher geeignet, den Unsinn solcher neoklassischer Simulationsmodelle zu demonstrieren.

### **1.3.2.2 Bürgerversicherung**

Die Finanzierungsprobleme der Krankenkassen sind *auch* ein Hinweis darauf, dass sich die Leistungsfähigkeit des dualen Versicherungsmodells – also der Pflichtversicherung für Arbeitnehmer mit einkommensbezogener Beitragsbemessung einerseits, der Privatversicherung für eine relevante Bevölkerungsminderheit mit risikobezogener Beitragskalkulation andererseits – erschöpft. Etwa 10 vH der Bevölkerung sind gegenwärtig in der Privaten Krankenversicherung (PKV) versichert. In den letzten Jahren hat der Wechsel von der GKV zur PKV sogar deutlich zugenommen: Lag das Wanderungssaldo zugunsten der PKV in den 1990er Jahren im Durchschnitt bei 165.300 pro Jahr, so waren es im Jahr 2000 bereits 176.400 und im darauffolgenden Jahr sogar 213.200. Seit 1975 kann die PKV einen Wanderungsgewinn von insgesamt 4,2 Millionen Versicherten verbuchen. Dies sind überwiegend Personen, die zu den Besserverdienenden zählen und ein unterdurchschnittliches Krankheits- und Behandlungsrisiko haben. Sie genießen das Privileg, ihr – zumeist geringeres – individuelles Krankheitsrisiko zu günstigen Tarifen privat zu versichern. Sie müssen im Unterschied zu ArbeitnehmerInnen nicht in die Solidarversicherung einzahlen. Kein anderes Land in der Europäi-

schen Union, von den Niederlanden einmal abgesehen (Greß 2002), leistet sich zu Beginn dieses Jahrhunderts den Luxus, etwa 10 vH der Bevölkerung von der solidarischen Finanzierung von Krankenversicherungsleistungen zu befreien – und in den Niederlanden gibt es wenigstens einen Risikoausgleich zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, um die in der Privatversicherung versicherten „guten Risiken“ an der Finanzierung des Solidarsystems zu beteiligen.

Die Einführung einer Bürgerversicherung bedeutet, dass die Versicherungspflichtgrenze aufgehoben und die Sonderregelungen für Beamte und Selbstständige beseitigt werden. Der Weg in die private Krankenversicherung bliebe künftig versperrt. Auf diese Weise würde sich die GKV in eine obligatorische Bürgerversicherung verwandeln, die auch Selbstständige, Beamte und ArbeitnehmerInnen mit einem Einkommen oberhalb der bisherigen Pflichtversicherungsgrenze umfasst.

Da die neuen GKV-Mitglieder überdurchschnittlich hohe Beiträge entrichten und gleichzeitig wegen ihres geringeren Krankheitsrisikos unterdurchschnittliche Ausgaben verursachen würden, wird im Ergebnis die Solidargemeinschaft der bisher bereits GKV-Versicherten entlastet werden. Allerdings ist zu betonen, dass die tatsächliche Leistungsfähigkeit und Verteilungswirkung eines solchen universellen Systems stark von seiner konkreten Ausgestaltung abhängig ist.

Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass die gegenwärtig privat Krankenversicherten Vertrauensschutz genießen und nicht ohne weiteres in eine Bürgerversicherung gezwungen werden können. Es bliebe voraussichtlich nur die Möglichkeit, die bisherigen GKV-Mitglieder und die neu ins Erwerbsleben eintretenden Personen dort aufzunehmen. Gewährte man den privat Krankenversicherten eine Beitrittsoption zur Bürgerversicherung, so würde diese vor allem von in der PKV schlechter gestellten Gruppen, also chronisch Kranken und damit behandlungsaufwändigeren Personen sowie Familien, genutzt. Deshalb ist ein solches Wahlrecht aus Sicht der GKV-Finzen nicht sinnvoll, und sollte es für die bisher PKV-Versicherten bei der geltenden Grundregel „einmal PKV – immer PKV“ bleiben. Der Übergang vom bisherigen zu einem umfassenden Bürgerversicherungssystem ist deshalb ein langfristiger, eine ganze Generation umfassender Prozess, in dem diverse Übergangsregelungen notwendig sind.

## ***Berücksichtigung anderer Einkunftsarten***

In einer Reihe von Konzepten wird die Einführung einer Bürgerversicherung mit einer Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlagen verknüpft. Nicht mehr nur die Arbeitseinkommen, sondern auch Zins-, Kapital- und Mieteinnahmen sollen künftig berücksichtigt, die Verbreiterung der Versichertenbasis also um eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage erweitert werden. Folgende Argumente werden dafür angeführt:

- Die Berücksichtigung anderer Einkunftsarten trägt zu einer dauerhaft tragfähigen Finanzierung der GKV bei.
- Die ausschließliche Berücksichtigung der Arbeitseinkommen ist sozial ungerecht, weil sie andere Einkunftsarten nicht berücksichtigt.
- Teilweise wird auch vorgebracht, dass eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlagen zur Entlastung der Arbeitskosten beiträgt und damit den Wirtschaftsstandort Deutschland stärkt (z.B. Lauterbach 2004).

Da aufgrund der ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen die Erwartung nicht unrealistisch ist, dass der Rückgang der Lohnquote sich auch in der überschaubaren Zukunft fortsetzt, erscheint es zur Sicherung der Finanzgrundlagen der GKV in der Tat fraglich, ob mit einer Beschränkung auf die Bezugsgröße „Arbeitseinkommen“ auf Dauer ausreichende Mittel für die GKV aufgebracht werden können. Darüber hinaus dürfte die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten auch den sozialen Ausgleich *unter den Versicherten* in der Tat stärken, zumal diese Einkommensquellen in der Vergangenheit an Bedeutung gewonnen haben und davon auszugehen ist, dass es gerade Menschen mit hohem Erwerbseinkommen sind, die auch überdurchschnittlich hohe Einkommen aus anderen Quellen als der Erwerbsarbeit erzielen. Zudem lassen sich kaum triftige Gründe dafür anführen, Arbeitseinkommen zur Beitragsbemessung heranzuziehen, nicht aber andere Einkünfte. Allerdings ist umstritten, wie hoch die z.B. mit einer Berücksichtigung der Kapitaleinkünfte verbundene Entlastung der einkommensbezogenen Beiträge ausfallen würde.

Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde höhere Einkommen stärker zur GKV-Finanzierung heranziehen. Dies würde aber zugleich erfordern, die bisherige Versicherungspflichtgrenze in mindestens gleichem Umfang anzuheben oder sie aufzuheben und so alle Beschäftigten auch mit hohem Einkommen in die GKV einzubeziehen. Bei fortbestehender Konkurrenz zwischen GKV und PKV würde eine erhöhte Beitragsbemessungsgrenze sonst

den Anreiz für BezieherInnen höherer Einkommen erhöhen, in die PKV zu wechseln. Damit würden der GKV hohe Beiträge von überdurchschnittlich Gesunden entzogen werden.

Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in Verbindung mit einer Anhebung oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze würde demgegenüber nicht nur die GKV-Mitglieder in den betroffenen hohen Einkommensgruppen stärker belasten, sondern zugleich eine größere Zahl von Bürgerinnen und Bürgern in die GKV einbeziehen. Eine Erhöhung beider Grenzen auf das Niveau der Rentenversicherung würde die GKV um 0,7 bis 0,9 Prozentpunkte entlasten (SVR 2003: 165).

Dabei ist allerdings auch zu bedenken, dass eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in Verbindung mit einer synchronen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze neue Ungerechtigkeiten hervorbringen würde. Die finanziellen Belastungen zwischen den Personen mit einem Einkommen knapp unterhalb und denjenigen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze würde weiter auseinander klaffen, weil erstere stärker belastet würden und letztere sich weiterhin privat versichern könnten. Eine stärkere Belastung höherer Einkommen unter Verzicht auf eine *Aufhebung* der Versicherungspflichtgrenze erscheint auch deshalb als problematisch, weil die Akzeptanz sozialer Umverteilung durch diese – den Mittelschichten zuzurechnenden – Gruppen von erheblicher Bedeutung für die Bestandsfähigkeit sozialstaatlicher Regelungen sein kann. Deshalb ist nicht eine Anhebung, sondern eine *Aufhebung* der Versicherungspflichtgrenze zu fordern. Das entspricht auch dem Grundgedanken einer solidarischen Bürgerversicherung, alle Bevölkerungsgruppen einzubeziehen.

### ***Aufkommens- und Beitragsatzeffekte einer Bürgerversicherung***

In einem Gutachten für die Rürup-Kommission (2003) sind die Beitragsatz- und Verteilungswirkungen einer Erwerbstätigen- bzw. Bürgerversicherung auf Grundlage umfangreicher Datensätze zur Verteilung der Haushaltseinkommen untersucht worden. Dabei ergab sich für die Einbeziehung weiterer Einkommensformen (Kapitalerträge nur oberhalb des Sparerfreibetrags von 1.601 € im Jahr) und Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze der GKV auf die der Rentenversicherung, also von 3.487,50 € auf 5.150 € monatlich, eine Beitragsatzsenkung um 1,3 Prozentpunkte (Stufe 1).

In einer Simulationsrechnung für den Fall, dass auch Beamte, Selbstständige und Landwirte in die GKV einbezogen und die Versicherungspflichtgrenze abgeschafft wäre, ergaben sich fiktiv für das Jahr 2003 um weitere 0,7 Prozentpunkte niedrigere Beitragsätze (Stufe 2). Der

gesamte Beitragsatzsenkungseffekt der Bürgerversicherung belief sich in diesem Modell also auf 2,0 Prozentpunkte.

Die Verteilungswirkungen auf der Haushaltsebene stellen sich dann so dar, dass Haushalte mit höheren Einkommen, insbesondere Singles (die sich als gute Risiken heute überdurchschnittlich häufig durch Wechsel zur PKV dem Solidarausgleich entziehen), sowie Personen mit Einkommen aus Gewinnen oder selbstständiger Arbeit sowie aus Vermögen höher belastet werden. Entlastet werden vor allem Arbeiter- und Angestelltenhaushalte mit niedrigem und mittlerem Einkommen und ohne relevante Nebeneinkünfte.

Das Modell unterschätzt jedoch die möglichen Effekte einer Bürgerversicherung. Bei realistischen Annahmen über die Höhe der Ausgaben nach Einbeziehung aller Bevölkerungsgruppen könnten die Beitragsatzsenkungen in Stufe 2 um 0,3 Prozentpunkte höher ausfallen. Außerdem impliziert das Modell eine Entlastung der Arbeitgeber um über 2 Mrd. € in Stufe 1 und um insgesamt über 3 Mrd. € in Stufe 2 sowie der anderen Sozialversicherungsträger um etwa die Hälfte davon, das entspricht zusammen 0,6 bzw. 0,7 Beitragsatzprozentpunkten. Dies ergibt sich, weil zusätzliche Beiträge auf andere Einkommen nur bei den Versicherten erhoben werden, der dadurch gesenkte Beitragsatz aber auch die Arbeitgeberbeiträge mindert. Dies überwiegt die Mehrbelastung aufgrund der höheren Beitragsbemessungsgrenze deutlich. Nicht berücksichtigt ist ebenfalls die Entlastung der öffentlichen Arbeitgeber bei den Beihilfen. Würden diese Entlastungen ebenfalls für Beitragsatzsenkungen eingesetzt, ergäben sich insgesamt in Stufe 1 um 1,9 statt 1,3 Prozentpunkte und fiktiv in Stufe 2 um 3,0 statt nur 2,0 Prozentpunkte niedrigere Beitragsätze als im Status Quo (vgl. Krämer 2004).

### **1.3.3 Der Vorschlag der *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik***

Um die gebotene Verbreiterung der Finanzierungsbasis mit einer Stärkung der Solidarität in der GKV zu verbinden, schlägt die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* vor, die GKV zu einer sozialen Bürgerversicherung weiter zu entwickeln. Dabei sind aller Einkommensformen in die Beitragsbemessung einzubeziehen, die Versicherungspflichtgrenze abzuschaffen und alle Erwerbstätigen- und Bevölkerungsgruppen einzubeziehen. Es sind Bestandschutzregelungen für die bisher PKV-Versicherten und lange Übergangszeiten bis zum endgültigen Auslaufen der PKV als Vollversicherung vorzusehen.

Für die Private Krankenversicherung verbleibt dann das Geschäftsfeld der Zusatzversiche-

rungen für medizinisch nicht notwendige Sonderleistungen. Es ist klar, dass damit für die PKV und ihre Beschäftigten erhebliche Probleme verbunden sind, die Beschäftigtenzahl in der PKV wird erheblich sinken. Hier sind sozial verträgliche Lösungen zu suchen. Die PKV wird versuchen, dieses Geschäftsfeld durch weitere Ausgliederung von Leistungen aus dem Katalog der GKV zu erweitern und so die solidarische Krankenversicherung zu einer Minimalversorgung zurückzudrängen. Demgegenüber ist zu betonen und durchzusetzen, dass die GKV auch als Bürgerversicherung die medizinisch notwendigen Leistungen voll übernehmen muss und bereits erfolgte Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungsregelungen zu Lasten der Versicherten zurück genommen werden müssen.

Die Beitragsbemessungsgrenze sollte – wie bereits erwähnt – deutlich angehoben werden. Ihre völlige Abschaffung wirft rechtliche Probleme und solche der Akzeptanz auf. Ein Sozialversicherungsbeitrag ist keine Steuer und sollte auch in der Höhe nicht völlig den Bezug zu den darauf beruhenden Leistungsansprüchen verlieren. Die notwendige stärkere Heranziehung hoher Einkommen und insbesondere großer Vermögen ist eine Aufgabe der Steuerpolitik. Notwendig sind angemessen hohe Spitzensteuersätze und die Wiedererhebung einer reformierten Vermögensteuer.

Andererseits führt die Einbeziehung aller Einkommensformen in Kombination mit einer weiter bestehenden Beitragsbemessungsgrenze zu dem sozial unerwünschten Effekt, dass nur Vermögenseinkommen von Versicherten mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu Beiträgen herangezogen werden. Vermögenseinkommen von Versicherten mit hohem Einkommen, das ohnehin schon die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, führen auf diese Weise nicht zu zusätzlichen Beitragszahlungen.

Die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* schlägt deshalb eine besondere soziale Gestaltung der Beitragsbemessungsgrundlagen für die GKV vor, nämlich zwei getrennte Beitragsäulen für „Arbeitseinkommen“ (Löhne und Gehälter sowie Einkommen aus selbstständiger Arbeit, Landwirtschaft und Gewerbebetrieb) einerseits und für Vermögenseinkommen andererseits. Die Beitragsbemessungsgrenze sollte jeweils bei der der Rentenversicherung angesetzt werden. Damit würde erreicht, dass Vermögenseinkommen auch dann zu zusätzlichen Beiträgen herangezogen werden, wenn die „Arbeitseinkommen“ bereits die Beitragsbemessungsgrenze erreicht oder überschritten haben.

Außerdem schlagen wir vor, bei der Beitragsbemessung auf Vermögenseinkommen über den

Sparerfreibetrag hinaus einen monatlichen Freibetrag von 200 € vorzusehen. Bei hohen Arbeits- und zugleich sehr hohen Vermögenseinkommen – bei 4 vH Rendite wären das Vermögen von über 1,5 Mio. € je Versicherten – würden dabei in der Summe maximal 10.300 € monatlich zu Beiträgen herangezogen werden („Arbeitseinkommen“ bis 5.150 und Vermögenseinkommen bis 5.150, Stand 2004).

Zwar werden bei diesen Varianten oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze gleich hohe Einkommen, die unterschiedlich zusammengesetzt sind, entweder nur aus dem „Arbeitseinkommen“ oder nur aus dem Vermögenseinkommen oder aus einer Kombination von beiden mit unterschiedlich hohen Beiträgen belegt. Aber aufgrund der besonderen finanziellen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit von vermögenden Personen wird so dennoch ein höheres Maß an sozialer Gerechtigkeit und Solidarität verwirklicht. Dass Versicherte mit gleich hohen Einkommen mit unterschiedlichen Beiträgen belegt werden, ist übrigens auch heute so, weil Vermögenseinkommen und selbstständige Nebeneinkünfte von ArbeitnehmerInnen bisher nicht einbezogen werden.

Durch eine so gestaltete Bürgerversicherung sind ähnliche Aufkommens- und Beitragsatzsenkungseffekte wie bei einer einheitlichen Beitragsbemessungsgrundlage zu erzielen, nämlich um 1,2 Prozentpunkte in Stufe 1 und etwa 1,9 Prozentpunkte in Stufe 2 (zuzüglich der oben diskutierten Effekte bei realistischeren Annahmen über die Höhe der Ausgaben). Die Verteilungswirkungen auf der Haushaltsebene sind progressiver. Haushalte mit niedrigen Einkommen werden im Durchschnitt stärker entlastet, weil geringe Vermögenseinkommen nicht herangezogen werden. Versicherte mit relevanten Vermögenseinkommen werden stärker belastet (vgl. Krämer 2004).

Der Effekt einer Entlastung der Arbeitgeber und der anderen Sozialversicherungen durch den gesenkten Beitragsatz tritt auch bei diesem Modell auf und ermöglicht weitergehende Beitragssatzsenkungen bei den anderen Sozialversicherungen. Wir schlagen vor, den zusätzlichen Finanzierungsspielraum durch die sozial unerwünschte und ökonomisch nutzlose Entlastung der Arbeitgeber vorrangig für die Rücknahme bereits erfolgter bzw. bei Zahnersatz und Krankengeld vorgesehener Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungsregelungen zu nutzen.

Die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* schlägt vor, neben der Krankenversicherung auch die Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit entsprechenden Regelungen

gen zur Beitragsbemessung reformieren. Das rechnerische Beitragsatzsenkungspotenzial bei für die Arbeitgeber belastungsneutraler Gestaltung liegt bei 0,2 Prozentpunkten in Stufe 1 und 0,3 in Stufe 2. Der Beitragsatz der Pflegeversicherung kann so stabilisiert und die notwendige Ausweitung und Dynamisierung der Leistungen finanziert werden, wenn auch hier alle Bevölkerungsgruppen mit einem einheitlichen Beitrag auf alle ihre Einkommen bei einer verbreiterten und erhöhten Beitragsbemessungsgrenze belastet werden.

## **Literatur:**

Beske, Fritz (2002): Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Pressemitteilung des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung vom 12.6.2002, Kiel

Braun, Bernard/Kühn, Hagen/Reiners, Hartmut (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt/M.

Deutscher Bundestag (2002): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Wolfgang Lohmann et al.: Anhebung der Versicherungspflichtgrenze durch die Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 14/9181 vom 30.05.2002), Berlin

Fries, James F. (1987): An Introduction to the Compression of Morbidity, in: Gerontologica perspecta, Vol. 1, No. 1/1987

Fries, James F. (1989): The Compression of Morbidity: Near or Far?, in: The Milbank Quarterly, Vol. 67, No. 2/1989

Gerlinger, Thomas (2003): Das schweizerische Gesundheitssystem – ein Modell für die deutsche Gesundheitsreform, in: Gerlinger, Thomas et al. (Hrsg.): Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 38: Gesundheitsreformen – internationale Erfahrungen, Hamburg

Greß, Stefan (2002): Krankenversicherung und Wettbewerb. Das Beispiel Niederlande, Frankfurt/M./New York

Henke, Klaus-Dirk/Grabka, Markus M./Borchardt, Katja (2002): Kapitalbildung auch im Gesundheitswesen. Auf dem Wege zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung, Blaue Reihe des Berliner Zentrums Public Health 2002-02, Berlin

Knappe, Eckhard/Arnold, Robert (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, München

Krämer 2004: Beitragssatzsenkungspotenziale und solidarische Gestaltungsvarianten einer Bürgerversicherung, in: Ursula Engeler-Kefer, Reformoption Bürgerversicherung, Hamburg

Kühn, Hagen (1995): Zwanzig Jahre „Kostenexplosion“. Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 24: Frauen Gesundheit, Hamburg

Kühn, Hagen (2001): Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Discussion Paper P01-204), Berlin

Lauterbach, Karl (2004): Das Prinzip der Bürgerversicherung. Alle Bürger und alle Einkommensarten tragen bei, dann sinken die Beitragsätze, in: Engeler-Kefer, Ursula (Hrsg.): Reformoption Bürgerversicherung. Wie das Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden kann, Hamburg

Reiners, Hartmut (2003): Kopfpauschale und Versicherungspflicht für alle Bürger: Sinnvolle Alternative zur GKV?, in: Soziale Sicherheit, 52. Jg., H. 3/2003

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern/Göttingen/Seattle/Toronto

Rürup-Kommission (2003): Bericht der Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen

Sicherungssysteme, Berlin

Spycher, Stefan (2004): Bürgerversicherung und Kopfpauschalen in der Krankenversicherung der Schweiz: Vorbild oder abschreckendes Beispiel? Nützliche Erfahrungen der Schweiz für die Diskussionen in Deutschland: in: Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, 4. Jg., H. 1/2004

SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation; Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege; Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden

SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, 2 Bde., Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung; Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen, o.O. (Bonn)

SVRBgwE – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum (Jahresgutachten 2002/03), Stuttgart

SVRBgwE – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003): Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Jahresgutachten 2003/2004

Verbrugge, Lois M. (1984): Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons, in: The Milbank Quarterly, Vol. 62, No. 3/1984

Winkelhake, Olaf/John, Jürgen (2002): Aktuelle Reformvorschläge zur GKV-Finanzierung: Königs- oder Irrweg?, in: Sozialer Fortschritt, H. 7-8/2002