

Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung: eine Perspektive für die Zukunft?

Wasem, Jürgen; Greß, Stefan; Rothgang, Heinz

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wasem, J., Greß, S., & Rothgang, H. (2003). *Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung: eine Perspektive für die Zukunft?* (ZeS-Arbeitspapier, 7/03). Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-109505>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

**Jürgen Wasem, Stefan Greß,
Heinz Rothgang**

**Kopfprämien in der Gesetzlichen
Krankenversicherung:
Eine Perspektive für die Zukunft?**

ZeS-Arbeitspapier Nr. 7/2003

Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen

Prof. Dr. Jürgen Wasem ist der Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Dr. Stefan Greß ist wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl. Dr. Heinz Rothgang ist wissenschaftlicher Assistent in der Wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung des Zentrums für Sozialpolitik.

Die Ergebnisse dieses Beitrags beruhen auf den Ergebnissen eines gleichnamigen Forschungsvorhabens, das von der Hans-Böckler-Stiftung großzügig gefördert wurde. Die Autoren bedanken sich an dieser Stelle für diese Förderung.

Herausgeber:
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
- Barkhof -, Parkallee 39
28209 Bremen
Tel.: 0421/218-4362
Fax: 0421/218-7540
e-mail: srose@zes.uni-bremen.de
<http://www.zes.uni-bremen.de>
ZeS-Arbeitspapiere
ISSN 1436-7203

Zusammenfassung:

In der gesundheitspolitischen Reformdebatte wird zunehmend die Umstellung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung von einkommensabhängigen Beiträgen auf einkommensunabhängige Kopfprämien gefordert. Zur Umsetzung dieser Forderung wurde eine Reihe von Modellen entwickelt, die in unterschiedlichem Ausmaß Umverteilungselemente aus der GKV entfernen und durch einen steuerfinanzierten Transfermechanismus bzw. versicherungstechnische Kalkulationselemente ersetzen wollen. Die Protagonisten dieser Modelle versprechen sich durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien eine Reihe von Vorteilen. Zu diesen Vorteilen zählen vor allem die Abkopplung der Krankenkassenbeiträge vom Arbeitslohn, eine erhöhte Zielgenauigkeit der Umverteilung, die Möglichkeit der Integration von Zu- und Abwahlleistungen in das GKV-System und die Lösung der Allokationsprobleme im Gesundheitssystem durch eine Stärkung wettbewerblicher Steuerungselemente.

Die Bewertung der Modelle kommt zu dem Ergebnis, dass die meisten der von den Befürwortern genannten Argumente einer näheren Überprüfung nicht stand halten. Umgekehrt werden eine Reihe von mit diesen Modellen verbundenen Risiken von deren Befürwortern unterschätzt. Vor allem aber lenkt die Diskussion über die Finanzierung durch Kopfprämien von den Problemen und Herausforderungen im Gesundheitswesen ab, die auf der Leistungs- und nicht auf der Finanzierungsseite liegen. Vor diesem Hintergrund ist eine Konzentration der öffentlichen Aufmerksamkeit auf eine wettbewerbliche Weiterentwicklung der GKV mit dem Ziel der Erhöhung von Qualität, Effektivität und Effizienz der Versorgung anstelle einer Debatte über Kopfprämien zu fordern.

Inhalt

1	Einleitung.....	5
2	Modelle zur Finanzierung der GKV durch Kopfprämien.....	6
2.1	Modell 1: Rürup et al.	7
2.2	Modell 2: Knappe et al.	10
2.3	Modell 3: Zweifel et al.	13
2.4	Modell 4: Henke et al.	15
3	Bewertung der Modelle zur Finanzierung der GKV durch Kopfprämien.....	17
3.1	Modell 1: Rürup et al.	17
3.1.1	Abkopplung der Krankenkassenbeiträge vom Arbeitslohn.....	17
3.1.2	Reduzierung der Risikoentmischung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	22
3.1.3	Entlastung des Risikostrukturausgleichs um die einkommensabhängigen Komponenten.....	23
3.1.4	Verbesserte Zielgenauigkeit der Umverteilungsfunktion.....	23
3.2	Modell 2: Knappe et al.	26
3.2.1	Abkoppelung der Krankenkassenbeiträge vom Arbeitslohn.....	26
3.2.2	Integration von Zu- und Abwahlleistungen in das GKV-System.....	27
3.2.3	Gleichbehandlung der gesamten Wohnbevölkerung in Deutschland durch Überwindung der Systemgrenzen.....	29
3.3	Modell 3: Zweifel et al.	29
3.3.1	Wegfall des Risikostrukturausgleichs durch risikogerechte Prämien.....	29
3.3.2	Freiwilliger Abschluss von Kapitaldeckungskomponenten.....	31
3.3.3	Lösung der Allokationsprobleme im Gesundheitswesen durch deutliche Stärkung wettbewerblicher Elemente.....	31
3.4	Modell 4: Henke et al.....	32
3.4.1	„Demographieresistenz“ der GKV-Finanzierung durch individuelle Altersrückstellungen.....	32
3.4.2	Stärkung wettbewerblicher Elemente.....	35
4	Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen.....	35
5	Fazit.....	37
	Anhang: Tabellarischer Vergleich der Kopfprämienmodelle.....	39
	Literatur.....	40

1 Einleitung

Die Finanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung steht auf dem Prüfstand. Seit Veröffentlichung des letzten Gutachtens des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftliche Entwicklung und der Einsetzung der nach ihrem Vorsitzenden auch als „Rürup-Kommission“ bezeichneten „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ haben Kopfprämien zur Finanzierung der GKV Konjunktur.¹ Die Trennung von Allokation und Distribution ist theoretisch elegant, da die sogenannte „Zusatzlast“ (excess burden), die gemäß ökonomischer Theorie immer entsteht, wenn eine Umverteilung zweckgebunden und nicht als pauschaler Transfer erfolgt, vermieden werden kann.²

Kopfprämien eliminieren in jedem Fall die Umverteilung von Personen mit hohem Einkommen zu Personen mit niedrigem Einkommen aus dem Finanzierungssystem der GKV. Weiter gehende Vorschläge wollen außerdem noch weitere Umverteilungselemente aus der GKV-Finanzierung eliminieren. Wenn gesellschaftlich erwünscht, müssen diese Umverteilungsfunktionen bei Umsetzung solcher Vorschläge durch einen separaten steuerfinanzierten Transfermechanismus sichergestellt werden.

Zentrale Aufgabe dieses Beitrags ist es, verschiedene Modelle zur Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien zu bewerten. Dazu werden im ersten Teil zunächst vier Modelle von Kopfprämien vorgestellt. Diesen vier Modellen ist gemeinsam, dass einkommensbezogene Beiträge durch einkommensunabhängige Finanzierungsformen ersetzt werden sollen. Die vier Modelle unterscheiden sich darin, in welchem Ausmaß Umverteilungselemente aus der GKV herausgelöst und durch einen steuerfinanzierten Transfermechanismus ersetzt bzw. durch versicherungstechnische Kalkulationselemente erübrigt werden sollen (vgl. hierzu auch die tabellarische Gegenüberstellung im Anhang). Im zweiten Teil werden die vier Kopfprämienmodelle bewertet. Grundlage dieser Bewertung ist die Überprüfung der von den Protagonisten der einzelnen Modelle jeweils behaupteten Wirkungen und die Identifizierung funktionaler Äquivalente der

¹ Die Autoren bedanken sich bei Klaus Jacobs und Hendrik Dräther (WIdO -Wissenschaftliches Institut der AOK) für hilfreiche Anmerkungen zu einer früheren Version dieses Beitrags.

² Diese Zusatzlast wird immer dann erzeugt, wenn durch Subventionierung in relative Preise eingegriffen und dadurch ein Substitutionseffekt ausgelöst wird. Im Ergebnis erfolgt dann eine Allokation, die dadurch verzerrt ist, dass die Preise nicht mehr die Knappheitsverhältnisse widerspiegeln und die Anwendung der individuellen Entscheidungsregel „Grenznutzen = Preis“ nicht mehr mit der wohlfahrtsoptimalen Regel „Grenznutzen = Grenzkosten“ übereinstimmt. In der GKV besteht die Verzerrung durch die einkommensabhängigen Beiträge allerdings nicht darin, dass durch die Subventionierung „zu viel“ Krankenversicherung nachgefragt wird, weil der Umfang des Krankenversicherungsschutzes durch die Versicherungspflicht und den einheitlichen Leistungskatalog nicht vom Individuum bestimmbar ist. Als zentrales Problem kann vielmehr angesehen werden, dass einkommensabhängige Beiträge die Arbeitsangebotsentscheidungen der Haushalte (und die Arbeitsnachfrageentscheidungen der Unternehmen) beeinflussen.

Modelle. Die gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen aus der im zweiten Teil vorgenommenen Bewertung schließen diesen Beitrag ab.

2 Modelle zur Finanzierung der GKV durch Kopfprämien

Verglichen mit einer privaten Krankenversicherung mit risikoäquivalenten Prämien ohne staatlich administrierte Umverteilungsmechanismen finden in der Gesetzlichen Krankenversicherung derzeit jeweils *ceteris paribus* folgende Umverteilungsprozesse statt:

- Umverteilung von höheren Einkommen zu niedrigeren Einkommen durch einkommensbezogene Beiträge.³
- Umverteilung von Haushalten ohne Kinder zu Haushalten mit Kindern durch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern.
- Umverteilung von Singles und Zweiverdienerehepaaren zu Einverdienerehepaaren durch die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehepartnern.
- Umverteilung von Gesunden zu Kranken durch Nicht-Berücksichtigung von erhöhten Krankheitsrisiken einschließlich bereits bestehender Vorerkrankungen bei der Beitragskalkulation.⁴
- Umverteilung von Jung zu Alt (im Querschnitt) durch Nicht-Berücksichtigung der durchschnittlichen höheren Krankheitskosten im Alter.
- Umverteilung zwischen Generationen (im Längsschnitt) durch Nicht-Berücksichtigung der unterschiedlich starken Besetzung der Kohorten junger und alter Versicherten bei mit dem Alter im Durchschnitt steigenden Krankheitskosten.
- Umverteilung von Männern zu Frauen durch Nicht-Berücksichtigung der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben, insbesondere aber durch Nicht-Berücksichtigung der unterschiedlichen durchschnittlichen Lebenserwartungen beider Geschlechter.

³ Diese Umverteilung ist allerdings beschränkt – insbesondere durch die Beitragsbemessungsgrenze. Des Weiteren wird diese Umverteilung dadurch begrenzt, dass Arbeiter und Angestellte bei Überschreiten einer Einkommensgrenze aus dem System hinausstiegen und sich damit dieser Umverteilung vollständig entziehen können.

⁴ Zwar besteht das Wesen jeder Krankenversicherung in der Umverteilung von Gesunden zu Kranken. Hierbei handelt es sich aber um einen Effekt, der erst im Nachhinein sichtbar wird, wenn bekannt ist, wer in einer abgeschlossenen Periode erkrankt ist und Leistungen empfangen hat und wer nicht (*ex post*-Umverteilung). Darüber hinaus kommt es in der GKV zu einer Umverteilung von Gesunden zu Kranken im Vorhinein, wenn auch bereits erkennbare Krankheitsdispositionen und höhere Risiken der Leistungsentnahme nicht zu höheren Prämien führen (*ex ante*-Umverteilung).

Die Einführung einer Kopfprämie allein eliminiert lediglich die Umverteilung von höheren zu niedrigeren Einkommen aus der GKV. Dass sie durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien mindestens diese Umverteilungsdimension aus der GKV herausnehmen und durch einen steuerfinanzierten Transfermechanismus ersetzen wollen, ist den in diesem Beitrag analysierten Modellen gemeinsam. Darüber hinaus will ein Teil der untersuchten Modelle aber mehr als dieses eine Umverteilungselement aus der GKV eliminieren.

Für jedes in diesem Beitrag diskutierte Modell werden zunächst die von den Autoren genannten Gründe zur Reduzierung der Umverteilung und die von den Autoren behaupteten Vorteile der jeweiligen Modelle herausgearbeitet. Im Anschluss werden die wesentlichen Komponenten der Modelle dargestellt. Hierzu zählen insbesondere der versicherungspflichtige Personenkreis, die kalkulierte Höhe der Kopfprämien, die Finanzierung und Ausgestaltung des steuerfinanzierten Transfermechanismus sowie die angestrebte Wettbewerbsordnung.⁵

2.1 Modell 1: Rürup et al.

Das hier beschriebene Modell ist erstmals im Jahresgutachten 2002 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung entwickelt worden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002). Im Laufe der Arbeit der Rürup-Kommission wurde das Modell weiterentwickelt.⁶

Folgende Vorteile einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien werden herausgestellt⁷:

- Abkopplung der Krankenkassenbeiträge vom Arbeitslohn und damit Eliminierung der Beiträge aus den Lohnnebenkosten.⁸
- Reduzierung der zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung und zu Gunsten der privaten Krankenversicherung stattfindenden Risikoentmischung als Folge der Beitragsentla-

⁵ Die angestrebte Wettbewerbsordnung hat im Grundsatz nichts mit der Art und Weise zu tun, in der die Einnahmen der GKV finanziert werden. Allerdings halten es die Autoren dieses Beitrags für wesentlich, die Auswirkungen der Modelle auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen beurteilen zu können – zumal die Trennung von Allokation und Distribution als wesentliches Argument für die Einführung von Kopfprämien verwendet wird (vgl. FN 2).

⁶ In der ursprünglichen Variante sollte der Arbeitgeberbeitrag steuerfrei an die Arbeitnehmer ausbezahlt werden – die Finanzierung des Transfermechanismus blieb offen. Inzwischen wird eine steuerpflichtige Auszahlung befürwortet, um damit den Transferbedarf zu finanzieren.

⁷ Die hier reproduzierten Aussagen beruhen auf der Auswertung von öffentlich zugänglichen Artikeln aus Zeitungen und Zeitschriften sowie von Rundfunk- und Fernsehinterviews mit Mitgliedern der Kommission. Als Befürworter dieses Modells in der Kommission gelten insbesondere deren Vorsitzender sowie Professor Gert Wagner vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung in Berlin.

⁸ Ein Beitragspunkt mehr oder weniger hat nach den Protagonisten dieses Modells einen Beschäftigungsverlust bzw. -zuwachs von mindestens 100.000 Arbeitsplätzen zur Folge.

stung von potentiellen Wechslern, weil die Beiträge von Personen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze durch die Umstellung im Durchschnitt sinken.

- Entlastung des Risikostrukturausgleichs um die einkommensabhängigen Komponenten durch Abschaffung des Finanzkraftausgleichs.
- Erhöhung der Zielgenauigkeit der aus der GKV auszugliedernden Umverteilungsfunktion von höheren Einkommen zu niedrigeren Einkommen durch Berücksichtigung der individuellen Lebenslage im Einkommenssteuerrecht.

In diesem Modell soll somit „lediglich“ die Umverteilung zu Gunsten der niedrigen Einkommen sowie zu Gunsten der beitragsfrei versicherten Ehepartner aus der GKV herausgelöst werden und statt dessen durch einen steuerlichen Transfermechanismus ersetzt werden; die weiteren genannten Umverteilungselemente sollen hingegen weiterhin in der GKV verbleiben. Die Finanzierung der GKV soll danach nicht mehr über einkommensabhängige Beiträge, sondern über pauschale so genannte „gesundheitskostenorientierte“ Kopfprämien erfolgen. Gesundheitskostenorientiert bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Krankenkassen die Kopfprämien in einer Weise kalkulieren müssen, dass die Gesamtsumme der kassenindividuellen Ausgaben der Versichertengemeinschaft auf die Anzahl („Köpfe“) der zahlungspflichtigen Versicherten umgelegt wird. Die Autoren haben eine durchschnittliche monatliche Prämie von 205 € pro Kopf (pro beitragspflichtigen Versicherten) errechnet. Die Kopfprämie wäre damit innerhalb einer Krankenkasse für alle beitragspflichtigen Versicherten einheitlich, Risikoaufschläge oder Risikoabschläge sowie wählbare Selbstbehalte wären dagegen nicht zulässig. Unterschiedlich hohe Kopfprämien im Vergleich zwischen den Krankenkassen wären allerdings durchaus erwünscht, insbesondere wenn sie Ergebnis der Suche nach effizienten Lösungen im Kassenwettbewerb sind. Beitragspflichtig wären alle versicherten Erwachsenen. Im Unterschied zur derzeitigen Situation in der GKV wäre damit die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Eheleuten aufgehoben. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen soll dagegen beibehalten werden.

Wegen der im Vergleich zur derzeitigen einkommensbezogenen Finanzierung der Krankenkassenbeiträge überproportional hohen Belastung von Beziehern unterer Einkommen ist die Einführung eines steuerfinanzierten Transfermechanismus vorgesehen.⁹ Der Transfermechanismus soll dann einsetzen, wenn die Ausgaben für die Kopfprämien 14 Prozent des Haushaltsbruttoeinkommens überschreiten – etwas weniger als die derzeitige durchschnittliche Summe aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil.¹⁰ Die Festsetzung und Dynamisierung des Transfermechanismus soll in einem staatlichen Leistungsgesetz erfolgen. Die individuellen Zuschüsse sollen

⁹ Zu einer Entlastung im Vergleich zum Status Quo soll es nach Berechnungen der Autoren (für Einpersonenhaushalte) bei einem Monatseinkommen oberhalb von 1.500 € pro Monat kommen, da die errechnete Kopfprämie dann dem derzeitigen einkommensbezogenen Beitrag entspricht. Die steuerliche Mehrbelastung zur Finanzierung des Transfermechanismus ist dabei allerdings noch nicht berücksichtigt.

¹⁰ Allerdings werden auch die Empfänger des Transfers durch die Versteuerung des dann ausgezahlten Arbeitgeberanteils an der Finanzierung des ihnen zugehenden Transfers beteiligt.

auf der Lohnsteuerkarte eingetragen und monatlich ausgezahlt werden bzw. steuermindernd wirken. Am Ende des Jahres soll eine Prüfung stattfinden und sollen gegebenenfalls notwendige Verrechnungen erfolgen. Die Befürworter dieser Variante betonen, dass die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien nur umgesetzt werden solle, wenn die Finanzierung des Transfermechanismus gesichert sei.

In diesem Modell soll nicht nur allen gesetzlich versicherten Arbeitnehmern, sondern auch Arbeitslosen, Rentnern und privat versicherten Arbeitnehmern der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung bzw. dessen Äquivalent steuerpflichtig ausgezahlt werden.¹¹ Nach internen Berechnungen von Mitgliedern der Rürup-Kommission sollen die dadurch ausgelösten zusätzlichen Einnahmen aus Einkommenssteuer und Solidaritätszuschlag (rund 18,6 Mrd. €) den steuerfinanzierten Transfermechanismus für niedrige Einkommen (rund 21,1 Mrd. €) nahezu vollständig finanzieren. Faktisch wird der Transfermechanismus damit durch eine Steuererhöhung finanziert. Es ist bemerkenswert, dass damit die privat Versicherten (über die Versteuerung des bislang steuerfrei gezahlten Arbeitgeberzuschusses zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag) zumindest einen Teil der Umverteilung zu Gunsten der GKV-Versicherten mit niedrigem Einkommen finanzieren. Insgesamt verbleibt ein Defizit für die öffentlichen Haushalte von rund 3 Mrd. € auch an dessen Finanzierung sind die Privatversicherten beteiligt.¹²

Die Kalkulation der Beiträge soll weiterhin über das Umlageverfahren erfolgen (alle Beitragseinnahmen einer kurzen Zeitperiode – im Allgemeinen: eines Kalenderjahres – finanzieren alle Ausgaben dieser Periode). Die langfristige Umstellung auf Kapitaldeckung wird aber nicht ausgeschlossen. Der versicherte Personenkreis in der GKV soll ebenso unverändert bleiben wie das Verhältnis zwischen der privaten und der Gesetzlichen Krankenversicherung – allerdings mit einer Ausnahme: Privaten Krankenversicherungen soll es erlaubt werden, in den Markt für gesetzliche Basisversicherungen einzutreten, wenn sie sich an die dort geltenden Spielregeln (Kontrahierungszwang von Versicherten, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, einheitlicher Leistungskatalog, etc.) halten. Durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien soll insbesondere für freiwillig Versicherte der Anreiz zum Verbleib in der GKV verstärkt und damit dem Trend zur Risikoentmischung – schlechte Risiken in der GKV, gute Risiken in der PKV – entgegengewirkt werden. Die Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht auf Beamte und Selbstständige wird abgelehnt, um eine Ausweitung umlagefinanzierter Systeme vor dem Hintergrund der demografischen Herausforderungen zu verhindern.¹³

Um die Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung zu erhöhen, sollen die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Einzelverträge mit Leistungsbringern abzuschließen. Gleichzeitig soll

¹¹ Die Autoren des Modells äußern sich nicht dazu, ob in den Fällen, in denen bislang ein Sozialleistungsträger (z.B. die Bundesanstalt für Arbeit bei Arbeitslosen; der Rehabilitationsträger bei Rehabilitanden) den gesamten Beitrag alleine trägt, dieser entsprechend vollständig ausgezahlt werden soll.

¹² Das Defizit entsteht, weil die Mehreinnahmen durch die Steuererhöhung die Mehrausgaben für den Transfermechanismus nicht völlig kompensieren.

¹³ Allerdings ist die Beamtenbeihilfe ebenfalls ein umlagefinanziertes Leistungssystem.

ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich dafür sorgen, dass die Anreize für die Krankenkassen zur Risikoselektion neutralisiert werden.¹⁴ Der Einnahmenausgleich im Risikostrukturausgleich (RSA) wird durch die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien überflüssig. Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander beruht auf einem in seinem Umfang im Vergleich zum Status Quo reduzierten einheitlichen Leistungskatalog. Vor allem das einkommensabhängige Krankengeld wäre in einem System von nicht einkommensabhängigen Kopfprämien systemfremd und müsste entweder komplett privat finanziert oder komplett der Verantwortung der Arbeitgeber übertragen werden.¹⁵

2.2 Modell 2: Knappe et al.

Das zweite hier diskutierte Modell beruht auf den Ergebnissen eines im Auftrag des Verbandes der bayerischen Wirtschaft erstellten Gutachtens (Knappe/Arnold 2002). Wie in Modell 1 sieht das Gutachten die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien mit identischen Folgen für die Umverteilungskomponenten zu Gunsten niedriger Einkommen und zu Gunsten beitragsfrei versicherter Ehepartner vor. Es werden allerdings drei Varianten der Umverteilung zu Gunsten von Haushalten mit Kindern präsentiert. Kinder könnten danach entweder die volle, eine reduzierte oder gar keine Kopfprämie bezahlen – das sei letztendlich eine politische Entscheidung.¹⁶ Hier wird die Variante dargestellt und später bewertet, bei der Kinder eine ermäßigte Prämie zahlen. Alle weiteren Komponenten dieses Modells sind deckungsgleich und unabhängig von der Höhe der durch Kinder zu zahlenden Kopfprämien. Zu diesen Komponenten gehören insbesondere die Einführung eines einheitlichen Versicherungssystems für die gesamte Bevölkerung und die Zulassung von Zu- und Abwahlleistungen.

Als Vorteile dieses Modells 2 nennen die Autoren:

14 Diese Module sind zwar Teil des Rürup-Vorschlags, aber sachlich unabhängig vom Finanzierungsmodus. Entsprechende Vorstellungen werden daher auch von Verfechtern einer weiterhin einkommensabhängigen Finanzierung geäußert.

15 Die letztere Variante spielt bei den Diskussionen um die Reformpläne der Bundesregierung um die Privatisierung des Krankengeldes keine Rolle. Interessanterweise haben die Niederlande Ende der neunziger Jahre die Verantwortung für das Krankengeld komplett den Arbeitgebern übertragen. Als Begründung wurde neben den üblichen fiskalischen Argumenten vor allem angeführt, dass die Anreize für Arbeitgeber zur Prävention von Erkrankungen im Betrieb erhöht werden sollten (vgl. ausführlicher für die Niederlande Greß 2000). Mit Bezug auf die Prävention ist für Deutschland auch die Übernahme in die ausschließlich von Arbeitgebern finanzierte Unfallversicherung gefordert worden (vgl. Rothgang/Dräther 2003).

16 Die dritte Variante stimmt weitgehend mit dem Modell von Rürup et al. überein.

- Gleichbehandlung der gesamten Wohnbevölkerung in Deutschland durch ein für alle verpflichtendes Versicherungssystem ohne unterschiedliche Systeme wie GKV, PKV oder Beihilfe mit willkürlich gezogenen Systemgrenzen.¹⁷
- Staffelung der zur Umverteilung notwendigen Finanzierungslasten nach Leistungsfähigkeit mittels eines aufkommensneutralen Transfersystems, das sich am Gesamteinkommen und am Bedarf eines Haushalts orientiert und damit eine verbesserte Umsetzung des Einkommens- und Familienlastenausgleichs zur Folge hat.
- Widerspiegelung des Umfangs von Versicherungsleistungen durch Kopfprämien und damit die Möglichkeit einer sinnvollen Integration von Zu- und Abwahlleistungen in das GKV-System.
- Durchbrechung des Teufelskreislaufs von steigenden GKV-Beiträgen, steigenden Lohnnebenkosten, dadurch geringerer Beschäftigung und dadurch erneut steigenden Beiträgen.
- Unabhängigkeit der Finanzierungsbasis der Krankenversicherung von der Entwicklung des Rentneranteils in der Gesamtbevölkerung und von der Erwerbsbeteiligung sowie der Arbeitslosenquote durch ein marktähnliches Preissystem.

Die Höhe der Kopfprämien pro Person hängt in diesem Modell davon ab, in welchem Ausmaß Kinder zur Prämienzahlung herangezogen werden. Nach Ansicht der Autoren vernachlässigt die derzeit geltende beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der GKV die unterschiedliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Eltern dieser Kinder. „Arme Singles“ subventionierten damit einkommensstarke Eltern – was gegen die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern spräche. Zwei Gründe sprächen allerdings gegen die Erhebung der vollen Kopfprämie für Kinder. Erstens enthält danach die volle Prämie eine Umlage zur Senkung der Kopfprämie für Alte – womit kinderreiche Familien mehr für die Finanzierung der Alten leisten würden als Ledige. Zweitens ist das verfügbare Einkommen während der Erziehung von Kindern in der Regel besonders gering, so dass eine Verteilung der finanziellen Belastung in andere Lebensphasen vermutlich angemessen wäre.¹⁸ Daher könnte Kindern derjenige Teil der Kopfprämie erlassen werden, der für die Umlage für Alte verwendet wird. Kinder müssten nach Berechnungen der

¹⁷ Damit entspricht das Modell in diesem Punkt Reformoptionen, die auf eine „Bürgerversicherung“ abzielen, dabei aber an einkommensabhängigen Beiträgen festhalten. Vgl. beispielsweise Jacobs 2003.

¹⁸ Zu ergänzen wäre hier noch, dass sich die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern nicht nur distributiv, sondern auch allokativ begründen lässt. Kinder sind zukünftige Beitragszahler, und die Beitragsfreistellung kann als Internalisierung der (positiven) Externalität der Kindererziehung gelten. In diesem Sinne ist nach Ansicht der Autoren dieses Beitrags auch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3.4.2001 zur Benachteiligung von Familien in der Pflegeversicherung (BVerfG, BVR 1629/94) zu interpretieren, das im übrigen auch explizit eine Besserstellung von Familien während der Zeit der Kindererziehung fordert (vgl. Rothgang 2001). Mit allokativen Argumenten lässt sich so auch die Beitragsfreiheit von Kindern „reicher“ Eltern rechtfertigen.

Autoren durchschnittlich rund 80 € pro Monat pro Kind¹⁹ bezahlen, während die Kopfprämie für Erwachsene durchschnittlich rund 170 € pro Monat pro Person betragen soll.

Versicherungs- und damit zahlungspflichtig wäre die gesamte Wohnbevölkerung der Bundesrepublik, also alle derzeit gesetzlich und privat Versicherten einschließlich aller Beamten, Rentner und Selbstständigen. Der Arbeitgeberzuschuss soll ähnlich wie im Modell 1 (Rürup et al.) steuerpflichtig an die Arbeitnehmer ausgezahlt und zur Finanzierung des steuerfinanzierten Transfermechanismus verwandt werden. Die Autoren gehen davon aus, dass die Ausgaben für den Transfermechanismus (ca. 19 bis 21 Mrd. € pro Jahr) durch die Mehreinnahmen für die öffentlichen Haushalte (17 Mrd. € zusätzliche Steuereinnahmen plus 3 Mrd. € Einsparungen bei der Sozialhilfe, bei der Beihilfe und bei Zuschüssen des Bundes zur Krankenversicherung der Landwirte) kompensiert werden. Damit wäre das Modell 2 aufkommensneutral.

Als Bedürftigkeitsmaß für die Transferleistungen wird nicht wie im Modell 1 das Haushaltsbruttoeinkommen, sondern das Äquivalenzeinkommen herangezogen. Dazu wird das Haushaltsnettoeinkommen entsprechend der Bedarfsgewichte der so genannten OECD-Skala auf die Personen des Haushaltes umgelegt und als Bemessungsgrundlage für die Ansprüche aus dem Transfersystem verwendet.²⁰ Liegt das Äquivalenzeinkommen unter dem ungefähren Sozialhilfeniveau von 620 € erhält jede Person des Haushaltes den maximalen Zuschuss in Höhe der durchschnittlichen Kopfprämie.²¹ Dieser sinkt linear bis zu einem Äquivalenzeinkommen von 1.360 € auf Null. Damit würde etwa ein Drittel der Gesamtbevölkerung einen Zuschuss erhalten, zwei Drittel der Gesamtbevölkerung müssten für ihre Kopfprämien selbst aufkommen und darüber hinaus durch die erhöhten Steuerzahlungen auf den ausgezahlten Arbeitgeberbeitrag den steuerfinanzierten Transfer finanzieren.²² Damit entstünden „Nettoverteilungsgewinne und -verluste als notwendige Korrektur des bestehenden, ungerechten Systems“ (Knappe/Arnold 2002: 20). Über die administrative Ausgestaltung des Transfermechanismus werden keine Angaben gemacht.

Die Unterscheidung zwischen privater und Gesetzlicher Krankenversicherung wird in diesem Modell komplett aufgehoben, es gibt nur noch ein Versicherungssystem untereinander konkurrierender Krankenversicherungen für die gesamte Wohnbevölkerung der Bundesrepublik. Der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen soll nicht nur durch die Erweiterung der Vertragsfreiheit mit Leistungsanbietern intensiviert werden, sondern vor allem durch die Möglichkeit zur Ab- und Zuwahl von Leistungen auf der Grundlage des Basisleistungskatalogs

19 Dieser Betrag entspricht in etwa dem Bedarfsgewicht von Kindern (vgl. FN 20).

20 Dabei erhält die erste Person im Haushalt ein Gewicht von 1, weitere Personen über 14 Jahre 0,5 und Personen unter 14 ein Gewicht von 0,3.

21 Auch die subventionierten Versicherten sollen Anreize haben, potentiell in Krankenversicherungen zu wechseln, deren Kopfprämien unterdurchschnittlich hoch sind; daher wird nicht die Kopfprämie der individuell gewählten Krankenversicherung als Ausgangspunkt für den Transfermechanismus bestimmt.

22 Auch die Empfänger der Transfers wären – über die erhöhte Steuerzahlungen für die ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge – aber an der Finanzierung dieser Transfers beteiligt.

(Knappe/Becker 2003). Erst ein solches über äquivalente Preise und Leistungen gesteuertes Wettbewerbssystem könne die notwendigen Anreize für einen funktionsfähigen Wettbewerb schaffen.

Eine Neuordnung sei nach Ansicht der Autoren bei der Umsetzung dieses Modells auch für den Risikostrukturausgleich notwendig. Der größte Teil des heutigen RSA sei wegen des Einkommensbezugs der Beiträge notwendig. Bei der Finanzierung über Kopfprämien könne dieser Teil völlig entfallen und es blieben nur ein RSA nach den objektiven Kriterien Alter und Geschlecht sowie eine obligatorische Rückversicherung für besonders teure Versicherte übrig.

2.3 Modell 3: Zweifel et al.

Das Modell 3 beruht auf einem Gutachten, das für den Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller angefertigt wurde (Zweifel/Breuer 2002) und zuvor bereits für die Schweiz entwickelt worden war. Die Autoren plädieren für den vollständigen Verzicht auf *alle* derzeit in der GKV vorzufindenden Umverteilungselemente und für die Kalkulation von risikogerechten Prämien in der Krankenversicherung. Durch die Herausnahme sämtlicher Umverteilungsfunktionen würde die Krankenversicherung auf die eigentliche Versicherungsfunktion reduziert werden – die Umverteilung innerhalb von Risikogruppen von denjenigen Versicherten, die zufällig nicht erkranken (oder leichter erkranken als kalkuliert) zu denjenigen Versicherten, die schwerer als kalkuliert erkranken (zufallsgesteuerter Versicherungsausgleich).²³

Begründet wird diese Herauslösung der Umverteilungsfunktionen aus der Krankenversicherung sowohl mit Effizienz- als auch mit Verteilungsgründen. Nur durch die Einführung risikogerechter Prämien sei es möglich, wettbewerbshemmende Regulierungen abzuschaffen, die mit nicht risikogerechten Prämien zwangsläufig einhergingen. Zu diesen Regulierungen zähle insbesondere der Risikostrukturausgleich, der die Anreize für die Krankenversicherer zur Risikoselektion bei nicht risikogerecht kalkulierten Prämien nicht hinreichend neutralisieren könne. Die Anreize zur Risikoselektion würden erst durch die Möglichkeit für die Versicherer, risikogerechte Prämien kalkulieren zu können, beseitigt. Gleichzeitig werde eine effiziente Vertragsgestaltung mit den Versicherten ermöglicht – einschließlich von individuell zu vereinbarenden Selbsthalten und Leistungsausschlüssen.

Verteilungstheoretisch argumentieren die Autoren vor allem, dass zufallsgesteuerter Versicherungsausgleich und systematische Umverteilung nicht – wie derzeit in der GKV – miteinander vermengt werden sollten. Das sei nicht nur ineffizient, sondern auch intransparent. Darüber hin-

²³ Die Autoren des vorliegenden Beitrags sind sich bewusst, dass rein formal dieses Modell kein „Kopfprämien“-Modell darstellt, weil in diesem Fall eben nicht die kassenindividuellen Gesamtausgaben auf die „Versichertenköpfe“ umgelegt werden (*community rating*). Wegen der konsequenten Fortentwicklung der vorher diskutierten Modelle wird dieses Modell als möglicher Endpunkt der Entwicklung hin zu Kopfprämien dennoch dargestellt und bewertet.

aus stehe bei der systematischen Umverteilung nicht die individuelle Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Zweifelhafte Umverteilungseffekte gäbe es nicht nur beim Familienlastenausgleich (vgl. Modell 2), sondern auch durch das Zusammentreffen von Umverteilung nach Einkommen und Risiko. So würden gesunde Versicherte mit geringer ökonomischer Leistungsfähigkeit (niedriges Risiko, niedriges Einkommen) die Krankenversicherung eines Wohlhabenden subventionieren, der unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leide (hohes Risiko, hohes Einkommen), was von den Autoren des Modells als problematisch bewertet wird.

Als Vorteile einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf risikogerechte Prämien werden von den Autoren genannt:

- Weitgehende Umsetzung der Versichertenpräferenzen durch weitgehende Einräumung von Wahlfreiheiten.
- Lösung der Allokationsprobleme im Gesundheitswesen durch deutliche Stärkung wettbewerblicher Elemente.
- Verteilungspolitische Vorteile durch gezielte Subventionierung der Krankenversicherungsprämien.
- Wegfall des Risikostrukturausgleichs durch risikogerechte Prämien.
- Einheitlicher Versicherungsmarkt und Wegfall der „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV.

Versicherungs- und damit beitragspflichtig wäre in diesem Modell risikogerechter Kopfprämien wie in Modell 2 die gesamte Wohnbevölkerung der Bundesrepublik. Bei der Prämienkalkulation werden keine Unterschiede zwischen Erwachsenen und Kindern gemacht. Die Höhe der Prämien lässt sich nicht ex-ante bestimmen, da sie vom individuellen Gesundheitsrisiko sowohl der Erwachsenen als auch der Kinder abhängt – durchschnittlich würde eine Kopfprämie von rund 140 € pro Person pro Monat zu zahlen sein.²⁴

Die Autoren gehen davon aus, dass kurzfristige Versicherungsverträge (z.B. mit einer Laufzeit von einem Jahr) der obligatorische Regelfall sind und die Krankenversicherer für diese kurzfristige Periode das Risiko des Versicherten einschätzen. Für eine Kohorte (Gruppe Gleichaltriger) entspricht dies im Durchschnitt der Erhebung kohortenspezifischer Prämien – d.h. es findet zu einem gegebenen Zeitpunkt keine Umverteilung von Jung nach Alt, Längsschnitt keine Umverteilung zwischen Generationen (wie im Umlageverfahren bei demographischen Strukturbrüchen) und keine Umverteilung zwischen Gesunden und chronisch Kranken statt. Verschlechterungen des Gesundheitszustandes (sei es die „normale“ Verschlechterung mit dem Alter, sei es eine davon abweichende individuelle Risikoverschlechterung) müssen vom Einzelnen zunächst getragen werden, es sei denn, seine Prämie steigt dadurch so weit an, dass der steuerliche Transfermechanismus ausgelöst wird. Denkbar ist allerdings, dass die Versicherten

²⁴ Die niedrigere *durchschnittliche* Prämienhöhe (für Erwachsene) im Vergleich zu den Modellen 1 und 2 ergibt sich u.a. dadurch, dass sowohl Kinder als auch Erwachsene in vollem Umfang risikogerechte *individuelle* Prämien zahlen müssen.

sich durch Abschluss einer zusätzlichen Versicherung freiwillig gegen das Risiko steigender Prämien aufgrund einer künftigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes absichern, womit auch Kapitaldeckungskomponenten fakultativ möglich werden.

Der Arbeitgeberzuschuss soll ähnlich wie in den Modellen 1 (Rürup) und 2 (Knappe et al.) steuerpflichtig an die Arbeitnehmer ausgezahlt und zur Finanzierung des steuerfinanzierten Transfermechanismus verwandt werden. Das Umverteilungsvolumen dieses Transfermechanismus ist bei der Umstellung auf risikogerechte Kopfprämien deutlich höher als in den Modellen 1 und 2. Die Autoren rechnen mit rund 35,5 Mrd. € pro Jahr. Dieses vergleichsweise hohe Umverteilungsvolumen wird damit gerechtfertigt, dass nur bei risikogerechten Prämien sämtliche systematischen Umverteilungselemente ausgegliedert worden seien – während in den anderen Modellen in der Tat nicht sämtliche Umverteilungselemente eliminiert worden sind. Finanziert werden soll das notwendige Transfervolumen zum einen aus den zusätzlichen Steuereinnahmen durch die Besteuerung des bisher steuerfreien Arbeitgeberanteils (rund 17 Mrd. €) und zum anderen aus dem Abbau von Transfers an die GKV durch andere Sozialversicherungsträger. Letzterer wird mit gut 20 Mrd. € beziffert. Große Teile dieser Transfers zwischen Parafiski könnten entfallen, so dass auch dieses Modell weitgehend aufkommensneutral für die öffentlichen Haushalte wirken würde.

Als Bedürftigkeitsmaß für den Anspruch auf Prämiensubventionen wird das Haushaltsbruttoeinkommen herangezogen: Übersteigen die risikoäquivalenten Kopfprämien 15 Prozent des Haushaltsbruttoeinkommens, subventioniert der Staat durch den steuerfinanzierten Transfermechanismus die Differenz.

Ein Kontrahierungszwang für die Krankenversicherer wie derzeit in der GKV wird in dem Modell risikogerechter Kopfprämien für nicht sinnvoll gehalten. Er könnte von den Versicherern bei unzureichendem Wettbewerb dadurch umgangen werden, dass sie überzogene Prämienforderungen für Versicherte stellen, die sie nicht in ihren Versichertenbestand aufnehmen möchten. Aufgabe der Wettbewerbspolitik sei es daher, einen effektiven Leistungs- und Preiswettbewerb zwischen den Versicherern zu gewährleisten, damit jeder einen seinem Risiko und seinen Präferenzen entsprechenden Krankenversicherungsschutz findet. Die Autoren rechnen vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den USA damit, dass dann die Risikoaufschläge deutlich unterdurchschnittlich mit dem Risiko ansteigen werden. Darüber hinaus sei mit einer Risikodurchmischung zu rechnen. Trotzdem sei zumindest im Übergang damit zu rechnen, dass sich für bestimmte hohe Risiken kein Versicherer findet. Für diese Risiken schlagen die Autoren staatliche Auffanglösungen vor.

2.4 Modell 4: Henke et al.

Das für die Vereinte Krankenversicherung erarbeitete „Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland“ unterscheidet sich von den bisher vorgestellten Modellen vor

allem dadurch, dass hier gleichzeitig mit der Ablösung der einkommensabhängigen Beiträge durch Kopfprämien explizit der Übergang vom Umlageverfahren zum Kapitaldeckungsverfahren vollzogen werden soll (Henke et al. 2002).²⁵ Alle Erwachsenen ab 21 Jahren sollen nach der vollständigen Umstellung auf Kapitaldeckung Kopfprämien in Höhe von ca. 200 € pro Monat zahlen, Kinder werden in diesem Modell nicht beitragspflichtig.²⁶ Entscheidender Vorteil dieses Modells ist es nach Ansicht der Autoren, dass alle versicherungspflichtigen Personen bereits mit 21 Jahren anfangen, Altersrückstellungen zu bilden. Dadurch könne der Beitrag nach Einführung des neuen Systems lebenslang stabil gehalten werden, weil demographiebedingte Belastungen durch die Bildung der individuellen Altersrückstellungen kompensiert werden könnten. Damit wären die „Auswirkungen des drängenden Generationenproblems auf die Krankenversicherung ... weitgehend vom Tisch“ (Henke et al. 2002: 13). Lediglich allgemeine Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, Inflation oder eine signifikante Erhöhung der Lebenserwartung könnten demnach zu Beitragsanpassungen führen. Darüber hinaus könnte die Verzinsung der Altersrückstellungen oberhalb des kalkulatorischen Zinses durch die erfolgreiche Kapitalanlage des Versicherungsunternehmens einen Teil dieser Beitragsanpassungen auffangen.

Im Gegensatz zu den Modellen von Rürup et al. und Knappe et al. zur Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien wird damit die Umverteilung von jungen Versicherten zu alten Versicherten und zwischen den Generationen aus der GKV-Finanzierung herausgenommen. Durch den Aufbau von individuellen Altersrückstellungen werden sowohl die durchschnittlich höheren Krankheitskosten im Alter als auch die unterschiedlich starke Besetzung der Kohorten junger und alter Versicherter bei mit dem Alter im Durchschnitt steigenden Krankheitskosten neutralisiert. Ähnlich wie in den anderen Modellen soll ein steuerfinanzierter Transfermechanismus Belastungen oberhalb von 15 Prozent des Gesamteinkommens kompensieren. Der diesbezügliche Finanzierungsbedarf wird auf 25 Mrd. € jährlich geschätzt. Obwohl die Autoren keine konkreten Angaben zur Gegenfinanzierung machen, ist auch hier von einer steuerpflichtigen Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung als Mechanismus zur Mittelaufbringung auszugehen.

Dieses Finanzierungsmodell geht einher mit einer Wettbewerbsordnung, die sich mit einer Ausnahme nicht grundlegend von den anderen bisher diskutierten Modellen unterscheidet.²⁷ Diese Ausnahme betrifft die von den Versicherten individuell aufgebauten Altersrückstellungen. Solange diese Altersrückstellungen nicht portabel sind – also von Versicherungsgesellschaft X zu

25 Das gilt zumindest für die langfristige Perspektive dieses Modells. Auf die von den Autoren auch beschriebenen Übergangsszenarien (Übergangszeiträume von 8 und 16 Jahren) wird hier nicht weiter eingegangen.

26 Die Protagonisten dieses Modells gehen damit von einer durchschnittlichen Prämienhöhe aus, die ähnlich hoch ist wie die in den anderen Modellen für das reine Umlageverfahren kalkulierte Kopfprämie. Es bleibt unklar, woher die zusätzlichen Mittel zum Aufbau eines Kapitalstocks kommen sollen.

27 Zu dieser Wettbewerbsordnung zählen vor allem ein morbiditätsorientierter RSA, Vertragswettbewerb mit Leistungserbringern, das Angebot von Grund- und Wahlleistungen sowie ein einheitliches Versicherungssystem mit der Überwindung der Trennung von GKV und PKV.

Versicherungsgesellschaft Y bei einem Versicherungswechsel übertragen werden können – ist ein Versicherungswechsel insbesondere für ältere Versicherte mit größeren Altersrückstellungen unattraktiv. Diese müssten bei dem neuen Versicherungsunternehmen mit deutlich höheren Beiträgen rechnen. Wettbewerb fände damit allenfalls für Neuverträge und nicht für Altverträge statt – ähnlich wie in der derzeitigen privaten Krankenversicherung. Konsequenterweise ist in dem von Henke et al. konzipierten Modell vorgesehen, dass die individuellen Altersrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherers angerechnet werden können.

Anders als bei Knappe et al. und Zweifel et al. enthält das von Henke et al. entwickelte Modell auch keine Absage an eine Weiterentwicklung des RSA. Vielmehr wird explizit vorgeschlagen, den Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren mit einer darauf abgestimmten Weiterentwicklung zum morbiditätsorientierten RSA zu verknüpfen: Der morbiditätsorientierte RSA soll in einem Jahr jeweils die Unterschiede zwischen der durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen Morbidität und der individuellen Morbiditätslast eines Versicherten im jeweiligen Alter ausgleichen.

3 Bewertung der Modelle zur Finanzierung der GKV durch Kopfprämien

Die Bewertung der Modelle erfolgt jeweils in zwei Schritten. Im ersten Schritt wird bewertet, ob die von den Protagonisten der Modelle behaupteten Vorteile der Modelle einer kritischen Betrachtung standhalten. Im zweiten Schritt werden – wo vorfindbar – funktionale Äquivalente identifiziert und es wird geprüft, ob diese einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien vorzuziehen sind.

3.1 Modell 1: Rürup et al.

3.1.1 Abkopplung der Krankenkassenbeiträge vom Arbeitslohn

Bewertung

Die Lohnnebenkosten sind als Bestandteil der Gesamtlohnkosten anzusehen. Für die Arbeitgeber ist es daher unerheblich, ob sie den derzeit geltenden Arbeitgeberanteil direkt an die Kassen abführen oder an die Beschäftigten auszahlen. Durch Auszahlung des Arbeitgeberanteils bleiben die Gesamtlohnkosten somit ceteris paribus zunächst unverändert.

Allerdings ist zu fragen, inwieweit die Umstellung auf Kopfprämien bei einer Auszahlung der Arbeitgeberanteile langfristig zu – verglichen mit dem Status quo – geringeren Arbeitskosten führt. Hierbei ist zunächst zu fragen, ob sich steigende Kopfprämien in der Lohnfindung niederschlagen. Anders als im derzeitigen System führen steigende Krankenversicherungsbeiträge/-prämien im Kopfprämiensystem nicht automatisch zu impliziten Lohnerhöhungen in Form eines gestiegenen Arbeitgeberanteils. Jedoch ist fraglich, ob die aus einem Anstieg der Kopfprämien resultierenden Mehrbelastungen der Arbeitnehmer nicht doch Eingang in die Lohnfindung finden. Gewerkschaften werden in den Tarifverhandlungen steigende Krankenkassenprämien als Argument für Lohnerhöhungen verwenden.

Selbst wenn unterstellt wird, dass die Lohnfindung vollkommen unabhängig von der Entwicklung der Gesundheitskosten stattfindet, führt die Umstellung auf eine Kopfprämienfinanzierung aber auch bei steigenden Gesundheitskosten und damit steigenden Beiträgen/Prämien nicht notwendigerweise zu geringeren Arbeitskosten im Vergleich zu den derzeit geltenden einkommensabhängigen Beiträgen. Dies ist nur dann der Fall, wenn – im Status quo – die Ausgabensteigerungen größer sind als die Steigerung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen, so dass steigende Beitragssätze resultieren würden. Bei einem konstanten Beitragssatz entwickeln sich die Arbeitskosten dagegen in beiden Finanzierungssystemen parallel. Auch bei konstantem Beitragssatz würde der Arbeitgeberanteil im derzeitigen System absolut wachsen und zwar im Umfang der Lohnerhöhungen.²⁸ Bei Einführung der Kopfprämie würde der Arbeitgeberanteil dagegen ausgezahlt und sich dann auch nicht weiter erhöhen. Allerdings würde sich eine Lohnerhöhung nun ebenfalls auf den ausgezahlten Arbeitgeberanteil beziehen, der dann Lohnbestandteil ist. Im Ergebnis ist die Steigerung der Arbeitskosten in beiden Fällen gleich.²⁹ Die Kopfprämienfinanzierung führt also auch bei der Annahme identischer prozentualer Lohnsteigerungen in beiden Finanzierungssystemen nur dann zu einer Verringerung der Arbeitskosten, wenn von steigenden Beitragssätzen (und nicht nur steigenden Beiträgen) im bisherigen System ausgegangen wird.

Tatsächlich waren die letzten Jahrzehnte von steigenden Beitragssätzen geprägt, wobei diese Beitragssatzsteigerungen insbesondere durch ein im Vergleich zur allgemeinen Wirtschaftsentwicklung (gemessen am Wachstum des Bruttoinlandsprodukts) unterdurchschnittliches

28 Dies gilt streng genommen nur, wenn die Beitragsbemessungsgrenze ebenfalls exakt im Umfang der Lohnerhöhungen ansteigt. Das ist aufgrund der institutionellen Ausgestaltung aber nur ansatzweise gegeben (vgl. §6 Abs. 6 SGB V).

29 Dies soll an einem einfachen Rechenbeispiel illustriert werden: Im Ausgangszustand sei der (beitragspflichtige) Bruttolohn eines Arbeitnehmers 3000 € Zusätzlich muss ein Arbeitgeberanteil zur GKV von 7% entrichtet werden, so dass Arbeitgeberkosten von 3.210 € anfallen. Nach einer Lohnerhöhung von 2% (=60 €) steigt der Arbeitgeberbeitrag um 4,20 € (=7% von 60 €). Die gesamten Arbeitgeberkosten belaufen sich somit auf 3.274,20 € Wird der Arbeitgeberzuschuß im Ausgangszustand ausgezahlt und eine Kopfprämienfinanzierung eingeführt, beträgt der ausgezahlte Lohn nunmehr 3.210 € Die Lohnsteigerung von 2% bezieht sich nunmehr sowohl auf den „alten Bruttolohn“ von 3.000 € als auch auf den ausgezahlten Arbeitgeberanteil von 210 € Sie beträgt 64,20 € (= 2% von 3.210 €). Die neuen Arbeitgeberkosten betragen damit auch im Fall der Kopfprämie 3.274,20 € also den genau identischen Betrag wie im Status quo.

Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen bedingt waren. Gelänge es dagegen durch eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage im derzeitigen System (Einbeziehung weiterer Einkommensarten, Ausdehnung der Versicherungspflicht auf weitere Bevölkerungskreise) das Verhältnis von beitragspflichtigen Einnahmen und Sozialprodukt zu stabilisieren und damit weitere Beitragssatzanstiege zu verhindern, würde das derzeitige System auch im Zeitablauf nicht zu höheren Arbeitskosten führen als sie sich bei einer Umstellung auf Kopfprämien ergäben. Ein sinkender GKV-Beitragssatz führt umgekehrt im Vergleich zum Kopfprämienystem zu verringerten Arbeitskosten, wenn wiederum exogene Lohnbildung unterstellt wird.

Für mehr als fraglich halten die Autoren dieses Beitrags die Arbeitsplatzeffekte, die von der weitgehenden Entkopplung der GKV-Finanzierung vom Arbeitgeberbeitrag erwartet werden. Zunächst ist zu betonen, dass mit der Umstellung kurzfristig keine Veränderungen der Arbeitskosten einhergehen (s.o.). Alle Arbeitsplatzeffekte können also nur darauf beruhen, dass die Arbeitskosten durch den Systemwechsel mittel- und langfristig im Vergleich zum Status Quo sinken, was aber – s.o. – ebenfalls keineswegs sicher ist. Hinsichtlich der Höhe der Arbeitsmarkteffekte einer möglichen Verringerung der Arbeitskosten sind Behauptungen einiger Protagonisten des Kopfprämienmodells, dass Beitragssatzerhöhungen von einem Beitragssatzpunkt zu einem Verlust von 100.000 Arbeitsplätzen führen, nur schwer nachvollziehbar.³⁰ Eine Erhöhung von einem Beitragssatzpunkt in der Krankenversicherung führt zu einer Erhöhung der Gesamtkosten eines Unternehmens der verarbeitenden Wirtschaft von unter 0,1 Prozent (Braun et al. 1998).³¹ Da sich die Arbeitskosten bei der Einführung der Kopfprämie aber nicht um 14 Prozent reduzieren, sondern zum Umstellungszeitpunkt überhaupt nicht und allenfalls in geringem Ausmaß im Zeitverlauf, dürften sich alle Veränderungen der Produktionskosten im vernachlässigbaren Promillebereich bewegen.

Genauso unklar wie die Effekte der Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfpauschalen im Hinblick auf die Nachfrage nach Arbeitskräften sind die Effekte in bezug auf das Angebot von Arbeitskräften. Zunächst ist davon auszugehen, dass die einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeiträge des Status Quo einen negativen Anreiz für die Aufnahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung darstellen – vor allem im Vergleich zu illegaler Beschäftigung („Schwarzarbeit“).³² Dieser negative Anreiz entfällt durch die Umstellung der GKV-Finan-

30 Eine Simulationsrechnung des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit aus dem Jahr 1997 kommt zu dem Ergebnis, dass eine Senkung der gesamtwirtschaftlichen Bruttolohnkosten um 0,9 Prozent erst nach drei Jahren zu einem positiven Beschäftigungseffekt von 55 Tsd. in Westdeutschland führt. Wegen der Entlastung des Arbeitsmarktes und des daher angenommenen Anstiegs der Tariflöhne in der Folge verringert sich dieser Beschäftigungseffekt auf ca. 20 Tsd. nach neun Jahren. Vgl. dazu Zika 1997.

31 Die Krankenversicherung macht rund 4 Prozent der Arbeitskosten der Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes aus. Die Arbeitskosten wiederum machen gut ein Viertel der Gesamtkosten aus. Der Anteil der Krankenversicherung an den Gesamtkosten liegt damit bei gut einem Prozent.

32 In der ökonomischen Theorie werden derartige wohlfahrtsschädliche Zusatzlasten unter dem Stichwort „excess burden“ diskutiert. Diese Zusatzlasten entstehen bei einer Abgabenerhebung, die an bestimmten wirtschaftlichen Aktivitäten anknüpft und immer verzerrend in den Preisme-

zierung auf Kopfprämien, deren Höhe unabhängig von der Höhe des legal erwirtschafteten Einkommens im formellen Arbeitsmarkt ist. Allerdings ist in allen Kopfprämienmodellen ein steuerfinanzierter Umverteilungsmechanismus vorgesehen, in den Modellen 1 und 3 explizit über die Einkommenssteuer. Eine Einkommenssteuer verringert aber wieder den Anreiz für die Aufnahme einer steuer- und sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Nun ist zwar der Umfang der Steuererhebung zur Finanzierung des Transfermechanismus deutlich geringer als der bisherige Umfang der Beitragserhebung. Zur Berechnung des Arbeitsangebotseffektes muss aber zumindest nach der Einkommenssituation unterschieden werden. Hierzu können vier Fälle differenziert werden:

- a) Das Arbeitseinkommen liegt oberhalb der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze und das Gesamteinkommen liegt oberhalb der Grenze, bei der im Kopfprämienmodell Transfers zur Finanzierung der Gesundheitskopfprämie gewährt werden.
- b) Das Arbeitseinkommen liegt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze im derzeitigen System, das Gesamteinkommen aber unterhalb der Grenze, bis zu der Einkommenstransfers zur Finanzierung der Gesundheitskopfprämie gewährt werden.
- c) Das Arbeitseinkommen liegt unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze im derzeitigen System, das Gesamteinkommen aber oberhalb der Grenze, bis zu der Einkommenstransfers zur Finanzierung der Gesundheitskopfprämie gewährt werden.
- d) Das Arbeitseinkommen liegt unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze und das Gesamteinkommen liegt in dem Bereich, in dem noch Transfers zur Finanzierung der Gesundheitskopfprämie gezahlt werden.

Im Fall a) führt eine Ausdehnung der Erwerbstätigkeit weder im derzeitigen System, noch im Kopfprämienmodell zu einer gesteigerten Beitrags-/Prämienzahlung und bleibt insofern ohne Einfluß auf die Arbeitsangebotsentscheidung. Allerdings ist die marginale Steuerbelastung im Kopfprämienmodell höher, da auch der bisherige Arbeitgeberanteil mit versteuert werden muss. Das senkt die Anreize zur Ausdehnung der Erwerbstätigkeit.

Im Fall b) führt eine Ausdehnung der Erwerbstätigkeit im derzeitigen System nicht zu einer gesteigerten Beitragszahlung, wohl aber im Kopfprämienmodell zu entgangenen Transfers und damit zu „disincentives to work“. Allerdings ist dieser Fall bei den von Rürup et al. genannten Bedingungen für einen Transfer ausgeschlossen, da bei einem Einkommen, das die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, die Kopfprämien in Höhe von rund 200 € keinesfalls ein Einkommensanteil von mehr als 14% ausmachen können.

chanismus eingreift. Die Kopfsteuer bzw. Kopfprämie ist die einzige Form der Abgabenerhebung, bei der keine ökonomische Entscheidung verzerrt wird. Ansonsten gibt es Verzerrungen bei der Entscheidung zwischen Arbeit und Freizeit (Steuern vom Einkommen), bei der Entscheidung zwischen Sparen und Konsum (indirekte Steuern) sowie bei der Entscheidung über die Nachfragestruktur (Steuern auf spezielle Güter).

Im Fall c), der empirisch von Relevanz sein dürfte, führt eine Ausdehnung der Erwerbstätigkeit im derzeitigen System zu einer gesteigerten Beitragszahlung und damit zu „disincentives to work“, während solche negativen Arbeitsanreize im Kopfprämienmodell – abgesehen von der höheren Steuerbelastung durch die Versteuerung des bislang steuerfreien, nunmehr aber steuerpflichtig ausgezahlten Arbeitgeberanteils – entfallen. In diesem Fall ist das Kopfprämienmodell damit überlegen.

Im gleichfalls empirisch relevanten Fall d) sind dagegen bei beiden Finanzierungsarten negative Arbeitsanreize zu verzeichnen, wobei die Höhe dieser Effekte im Fall der Kopfprämien im Rürup-Modell sogar noch geringfügig höher ausfallen.³³

Der Nettoeffekt auf das Arbeitskräfteangebot lässt sich somit ohne genauere empirische Analyse, die u.a. auch die Schwarzarbeiterquoten verschiedener Einkommenschichten berücksichtigt, nicht einmal der Richtung nach feststellen.

Alternativen

Wie gesehen, ist keineswegs klar, welchen Effekt eine Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien für die Arbeitskosten hat. Jedenfalls wird mit dieser Umstellung aber die direkte Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung steigender Gesundheitskosten aufgehoben, da es einen „Arbeitgeberbeitrag“ dann nicht mehr gibt. Aus Sicht der Autoren dieses Beitrags gibt es tatsächlich gute Gründe, die zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzierung vom Arbeitgeberbeitrag abzukoppeln. Dazu zählt neben der weiter unten diskutierten Verzerrung der Preissignale für den Konsumenten durch den Einfluss der Arbeitgeber vor allem die Chance, Gesundheitspolitik zukünftig nicht mehr nur auf reine Kostendämpfungspolitik zu reduzieren. Gesundheitspolitik wird solange von der Lohnnebenkostendebatte dominiert werden, bis zukünftige Steigerungen der Krankenkassenbeiträge nicht mehr von den Arbeitgebern getragen werden müssen. Dazu ist allerdings die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien nicht notwendig. Das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages auf den derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatz erfüllt im Hinblick auf das Abkoppeln der GKV-Finanzierung vom Arbeitgeberbeitrag den gleichen Zweck wie Kopfprämien. Arbeitgeber verlieren dadurch das Interesse an

³³ Wird z.B. unterstellt, dass der Bruttolohn (ohne Arbeitgeberanteil) 10 € beträgt und der GKV-Beitragssatz bei 14% liegt, so führt eine Zunahme der monatlichen Arbeitszeit um 10 Stunden zu einer Steigerung des Nettoeinkommens von 93 € wenn von Steuern und weiteren Sozialabgaben abgesehen wird. Der parallele Fall im Kopfprämienmodell wäre dadurch gekennzeichnet, dass der Stundenlohn durch die Umlegung des Arbeitgeberbeitrags auf die Lohnhöhe bei 10,70 € liegt. Die Einkommenserhöhung beläuft sich demnach auf 107€. Allerdings sind die Kopfprämien bis zu einer Höhe von 14% des Einkommens selbst zu tragen, während höhere Prämien im Rahmen des Transfermechanismus subventioniert werden. Solange das Einkommen des Versicherten unterhalb der Transfergrenze bleibt, führt jede Einkommenserhöhung daher zu einem Rückgang des Transfers um 14%. Im gewählten Rechenbeispiel sind 14% von 107 € d.h. 14,98 € in Abzug zu bringen, so dass sich das zusätzliche „Nettoeinkommen“ (ohne Berücksichtigung von Steuern und Sozialversicherungsabgaben) auf 92,02 € beläuft und damit rund ein Prozent niedriger liegt als im bestehenden System. Dieser Effekt wird noch dadurch vergrößert, dass im Kopfprämienmodell 107€ im derzeitigen System aber nur 100€ steuerpflichtig sind.

der Beeinflussung von Kassenwahlentscheidungen ihrer Beschäftigten und die Gesundheitspolitik erhält die Chance, ihre einseitige Fixierung auf Kostendämpfungspolitik zu verlassen.

3.1.2 Reduzierung der Risikoentmischung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung

Bewertung

Die Umstellung von einkommensabhängigen Beiträgen auf Kopfprämien in der GKV kann zu Wechselströmen zwischen PKV und GKV führen, die in bezug auf Risiko, Familienstand und Einkommen differenziert werden müssen. Sowohl PKV als auch GKV erheben dann eine einkommensunabhängige Prämie, die aber nur in der PKV risikodifferenziert ist. Dadurch ist die GKV grundsätzlich weiterhin für die schlechten Risiken und die PKV weiterhin für die guten Risiken attraktiver. Diesbezüglich findet eine Beendigung der Risikoentmischung nicht statt. Im Vergleich zur jetzigen Regelung wird die GKV allerdings relativ attraktiver für Personen mit hohem Einkommen und keinen Kindern und relativ unattraktiver für Personen mit niedrigem Einkommen und vielen Kindern. Personen mit hohem Einkommen werden daher im Vergleich zur jetzigen Situation eher einen Verbleib in der GKV erwägen, auch da die GKV-Prämie wegen der fehlenden Altersrückstellung möglicherweise günstiger ist. Das gilt natürlich insbesondere für die schlechten Risiken. Insgesamt ergibt sich also ein gemischtes Bild.

Alternativen

Die Reduzierung der Risikoentmischung an der Grenze zwischen Gesetzlicher und privater Krankenversicherung kann in der Tat als erstrebenswertes Ziel angesehen werden. Die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien kann dieses Ziel wie oben beschrieben aber nur teilweise erreichen. Die Integration der Versicherungssysteme in ein gemeinsames Versicherungssystem kann ein solches Ziel dagegen deutlich effektiver erreichen. Die Finanzierung eines solchen Versicherungssystems („Bürgerversicherung“) kann genau so gut über Kopfprämien wie über einkommensabhängige Beiträge erfolgen (Jacobs 2003). Geht es isoliert darum, die Risikoentmischung, die durch Wahlentscheidungen zulasten der GKV bewirkt wird, zu vermeiden, könnte auch eine Versicherungsberechtigungs Grenze, wie sie in Holland praktiziert wird, vorgesehen werden, bei deren Übersteigen *alle* Personen die GKV verlassen *müssen*, es also keine freiwillige Versicherung in der GKV gibt (Greß/Wasem 2001).

3.1.3 Entlastung des Risikostrukturausgleichs um die einkommensabhängigen Komponenten

Bewertung

Es ist zutreffend, dass der Finanzkraftausgleich innerhalb des RSA durch die Abschaffung der einkommensabhängigen Umverteilung überflüssig wird. Das Umverteilungsvolumen des RSA würde dadurch nachhaltig – um vermutlich mehr als 50 vom Hundert – sinken. Mängel im derzeitigen Finanzkraftausgleich (Jacobs et al. 2002) würden irrelevant, der Verwaltungsaufwand für die Durchführung des RSA ginge zurück.

Alternativen

Die Autoren dieses Beitrags halten es allerdings für äußerst fragwürdig anzunehmen, dass ein möglichst geringes Umverteilungsvolumen des RSA an sich wünschenswert sein soll. Die Verwaltungskosten für die Durchführung des Finanzkraftausgleichs sind zu vernachlässigen und eine Korrektur der Mängel des Finanzkraftausgleichs ist im bestehenden System des RSA mit vertretbarem Aufwand durchführbar. Der Finanzkraftausgleich im RSA ist gemeinsam mit den einkommensbezogenen Beiträgen der Kern der Umsetzung des Gedankens der GKV-weiten Einkommenssolidarität. Nur wenn gesichert ist, dass die Verlagerung der Einkommenssolidarität auf das Steuer- und Transfersystem genau so verlässlich diese Umverteilungsaufgabe wahrnimmt, könnte das Argument überzeugen.

3.1.4 Verbesserte Zielgenauigkeit der Umverteilungsfunktion

Bewertung

Bei der Bewertung dieses Arguments ist zu unterscheiden zwischen der Mittelaufbringung für den steuerfinanzierten Transfermechanismus und der Ausgestaltung des Transfermechanismus zu den „Bedürftigen“ selbst.

Hinsichtlich der *Mittelaufbringung* ist die Finanzierung über die Einkommenssteuer im Grundsatz zielgenauer. Dies gilt zunächst allerdings nur, wenn die Finanzierung des steuerfinanzierten Transfermechanismus ausschließlich über direkte Steuern erfolgt. Sobald für die Mittelaufbringung auch proportional oder sogar regressiv wirkende indirekte Steuern verwendet werden, wird das Argument der zielgenauen Mittelverwendung relativiert. Da im Grundsatz das Non-Affektationsprinzip gilt, wird die gegenwärtige „Mischung“ aus direkten und indirekten Steuern als Vergleichsmaßstab herangezogen werden müssen. Zentrales Argument gegen eine steuerfinanzierte Mittelaufbringung zur Finanzierung der Transfers ist allerdings, dass die Stetigkeit der steuerfinanzierten Mittelaufbringung im Vergleich zur beitragsfinanzierten Mittelaufbringung als wesentlich geringer einzuschätzen ist. Internationale Erfahrungen zeigen, dass Anspruchsberechtigungen in steuerfinanzierten Sozialsystemen im Grundsatz leichter gekürzt werden können

als in beitragsfinanzierten Sozialsystemen. Dies gilt besonders in Konjunkturphasen schwachen Wachstums – wenn die Steuereinnahmen besonders niedrig und die Notwendigkeit zur Umverteilung an Bedürftige besonders hoch ist. Ein Haushaltsposten „Subventionierung von Kopfprämien“ müsste im Bundeshaushalt mit allen anderen Haushaltsposten konkurrieren. Es besteht eine hohe und ernstzunehmende Gefahr, dass sich die Höhe dieses Haushaltspostens und daraus abgeleitet der Transferanspruch der Bedürftigen nicht aus dem wie auch immer definierten „Bedarf der Bedürftigen“ sondern aus den Konsolidierungsanforderungen des Bundeshaushalts ableitet.³⁴ Diese Gefahr besteht besonders in einer dynamischen Perspektive, wenn ein Anstieg der Anspruchsberechtigten und/oder der durchschnittlichen Anspruchshöhe zu einer Ausweitung der jährlichen Transferzahlungen führen sollten. Diese Entwicklung ist besonders dann nicht unwahrscheinlich, wenn auch der Konsolidierungsbedarf des Bundeshaushalts besonders hoch ist – in Konjunkturphasen schwachen bis stagnierenden Wirtschaftswachstums.³⁵

Wenig plausibel erscheinen auch die von Rürup et al. postulierten Verteilungswirkungen. Die Protagonisten gehen davon aus, dass Beitragszahler mit einem monatlichen Einkommen oberhalb von rund 1.500 € durch Kopfprämien entlastet werden. Sobald die Prämie von 205 € mehr als 14 Prozent des Einkommens ausmacht, soll der steuerfinanzierte Transfermechanismus eine Schlechterstellung im Vergleich zum Status Quo verhindern. Entscheidend sind allerdings die Verteilungswirkungen unter Einbezug der Gegenfinanzierung des Transfermechanismus. Entweder Personen mit einem Einkommen ab 1.500 € finanzieren diesen Transfer allein: dann werden sie netto nicht entlastet, ggf. sogar belastet. Oder auch die Empfänger des Transfers beteiligen sich an dessen Finanzierung. Dann werden auch Personen mit niedrigem Einkommen im Vergleich zum Status Quo belastet.

Hinsichtlich der *Mittelverwendung* und damit der konkreten Ausgestaltung des Transfermechanismus haben sich die Protagonisten des Modells nur äußerst unzureichend geäußert. Die Erfahrung aus der Schweiz zeigt jedoch, dass die konkrete Ausgestaltung des Transfermechanismus von entscheidender Bedeutung für die entstehenden Verteilungswirkungen ist. So wird ein deutlich höherer Anteil der Anspruchsberechtigten erreicht, wenn diese direkt von der Steuerbehörde auf ihren Anspruch aufmerksam gemacht werden. Die Erfahrungen aus der Schweiz zeigen darüber hinaus, dass ein wirkungsvoller Transfermechanismus mit erheblichem administrativem Aufwand für die auszahlenden Stellen verbunden ist (Balthasar et al. 2001).

34 Wenig nachvollziehbar ist darüber hinaus auch die Berechnung des notwendigen Transfervolumens und des Aufkommens aus der Steuererhöhung zur Finanzierung des Transfermechanismus bei Rürup et al. (vgl. auch die Kritik von Kommissionsmitgliedern dazu in der Süddeutschen Zeitung vom 26./27. April, S.21: „Streit um Rürup eskaliert“). Diese Kritik gilt im übrigen für alle hier diskutierten Modelle.

35 Diese mögliche Situation in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird durch die Forderung des Bundesfinanzministers Eichel treffend illustriert, den Bundeszuschuss zur Gesetzlichen Rentenversicherung einzufrieren: „Der Bundeszuschuss ist in den letzten Jahren mit einer Dynamik gewachsen – das kann so nicht weitergehen“ (Süddeutsche Zeitung vom 30.5.2003, S. 23).

Kritisch anzumerken ist in Hinblick auf den Transfermechanismus, dass privat Krankenversicherte an den Transfers für die GKV-Versicherten beteiligt werden. Nun kann eingewandt werden, dass die Umverteilung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, an der die privat Versicherten gerade beteiligt werden sollen. Allerdings ist dann zu fragen, warum nicht auch privat Krankenversicherte nach den gleichen Kriterien in den Genuss einer Subventionierung gelangen sollen – wenn sie ein entsprechend niedriges Einkommen haben. Letztlich wird damit die Frage aufgeworfen, wie die Systemgrenze von GKV und PKV bei Ausgliederung der Umverteilung aus der GKV legitimiert werden kann.

Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der Finanzverflechtung in der deutschen Finanzverfassung die Steuermehreinnahmen durch die steuerpflichtige Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags anteilig Bund, Ländern und Kommunen zugehen, da die Einkommenssteuer eine Verbundsteuer ist. Inwieweit die Länder und Kommunen dann an der Finanzierung des Transfermechanismus beteiligt werden können, bleibt dagegen unklar. Hieraus ergeben sich erhebliche und noch nicht thematisierte Probleme des Finanzausgleichs zwischen den Gebietskörperschaften.

Alternativen

Die beitragsfinanzierte Umverteilung im jetzigen System ist stetig, administrativ vergleichsweise einfach durchzuführen und für die Versicherten nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden. Die Zielgenauigkeit der derzeitigen Regelung leidet vor allem darunter, dass

- nicht die gesamte Bevölkerung in das System und damit auch in die Umverteilung einbezogen ist,
- mit dem Arbeitseinkommen nur ein Teil des gesamten Haushaltseinkommens beitragspflichtig ist und es damit zur Verletzung der Postulate der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit kommt und
- die beitragsfreie Mitversicherung dazu führen kann, dass die Beitragsbelastung auch einkommensgleicher Haushalte mit gleicher Kinderzahl in Abhängigkeit von der Verteilung der Einkommenserzielung zwischen den Haushaltsmitgliedern unterschiedlich ist.

Diese Schwächen des derzeitigen Systems können im System behoben werden, insbesondere durch eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage durch Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht und ein „Ehegattensplitting“³⁶ bei Personen mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Die Beitragserhebung könnte bei Verbreiterung der Bemessungsgrundlage im Auftrag der Krankenkassen durch die Finanzämter er-

³⁶ Hierbei wären die Einkommen beider Ehepartner zu addieren und die Summe durch zwei zu dividieren. Die beiden resultierenden Einkommenshälften wären dann jeweils mit dem vollen Beitragssatz bis zur Beitragsbemessungsgrenze beitragspflichtig. Im Ergebnis wäre der zu zahlende Beitrag nur noch vom Haushaltseinkommen, nicht mehr aber von dessen Zusammensetzung abhängig. Um jede Benachteiligung von Ehepaaren im Vergleich zu nicht verheirateten Paaren zu vermeiden, müßte die Beitragsbemessungsgrenze für Singles dabei allerdings verdoppelt werden.

folgen. Ein solches Verfahren wäre zwar mit zusätzlichen Verwaltungskosten verbunden, die aber in keinem Fall höher sein dürften als bei der Einrichtung und Durchführung eines steuerfinanzierten Transfermechanismus. Mittel- und langfristig könnte die Zielgenauigkeit des Umverteilungsmechanismus zudem durch die Anhebung bzw. im Extrem Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze erhöht werden. Auch eine Verbreiterung der Basis der versicherungspflichtigen Personen trägt zu einer Erhöhung der Zielgenauigkeit der Umverteilungseffekte bei, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass gegenwärtig aufgrund der Quersubventionierung von PKV-Patienten zu GKV-Patienten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Nettoumverteilungseffekt schwer zu quantifizieren ist (Greß/Wasem 2001).

3.2 Modell 2: Knappe et al.

Im folgenden wird nur auf *zusätzliche* Aspekte beim Modell von Knappe et al. eingegangen, die über die Aspekte, die bereits beim Modell 1 diskutiert werden, hinausgehen. Dies betrifft zum einen weitere von den Autoren angeführte Argumente für ihr Modell, aber auch die Neubewertung der bereits behandelten Argumente, wenn dies durch eine andere institutionelle Ausgestaltung in diesem Modell notwendig wird.

3.2.1 Abkoppelung der Krankenkassenbeiträge vom Arbeitslohn

Die Anspruchsberechtigung für Prämiensubventionen wird im Modell 2 anders modelliert als im Modell 1. Zum einen wird in diesem Modell nicht auf die relative Einkommensbelastung mit Gesundheitsprämien, sondern auf das nach Prämienzahlung verbleibende Haushaltsäquivalenzeinkommen abgestellt. Zum anderen werden andere Einkommensgrenzen gesetzt. Hierbei wird gefordert, dass die Prämien in voller Höhe subventioniert werden sollen, wenn das Äquivalenzeinkommen geringer ist als 620 € und ab einem Äquivalenzeinkommen von 1.360 € vollständig vom Versicherten zu tragen sei. Dazwischen sinkt der Prämienzuschuss linear. Für einen Single-Haushalt mit einem Einkommen zwischen den beiden Grenzwerten bedeutet das beispielsweise, dass eine Einkommenserhöhung durch Ausdehnung der eigenen Erwerbsarbeit im Wert von 100 € zu einem Rückgang der Prämiensubvention um 23 € führt.³⁷ Die diesbezügliche marginale Belastung des Einkommens ist mit 23% damit wesentlich höher als im derzeitigen System.³⁸ An diesem Wert ändert sich auch nichts im Fall eines Zweipersonenhaushalts. Das

³⁷ Die Differenz zwischen diesen beiden Einkommensgrenzen beträgt 740 €. Eine Erhöhung des Äquivalenzeinkommens um einen Euro reduziert die Prämiensubvention daher um den siebenhundertvierzigsten Teil. Wird die Prämie wie von Knappe et al. vorgegeben mit 170 € angesetzt, sinkt die Prämiensubvention damit um rund 23 Cent pro zusätzlich verdientem Euro.

³⁸ Die zusätzliche Steuerlast durch die Versteuerung des bisherigen steuerfreien Arbeitgeberanteils ist hierbei nicht einmal berücksichtigt.

zusätzliche Arbeitseinkommen wird dann zwar zur Ermittlung des Äquivalenzeinkommens durch zwei geteilt, allerdings bezieht sich die Prämiensubvention auf den doppelten Wert, nämlich die Kopfprämien für zwei Personen, so dass die marginale Belastung gleich bleibt. Letztlich gilt das auch für Mehrpersonenhaushalte mit Kindern, wenn die Relation der Kopfprämie von Kind und Erwachsenen dem Äquivalenzgewicht entspricht. Allerdings ist zu beachten, dass sich die angegebene Marginalbelastung auf das Nettoeinkommen bezieht. Bezogen auf das höhere Bruttoeinkommen, das sowohl im derzeitigen System als auch im Rürup-Modell Bezugspunkt für die Prämiensubvention ist, ist die marginale Belastungsquote entsprechend geringer.

3.2.2 Integration von Zu- und Abwahlleistungen in das GKV-System

Bewertung

Es ist richtig, dass Zu- und Abwahlleistungen in einem System mit einkommensabhängigen Beiträgen wenig sinnvoll sind. Einkommensbezogene Beiträge verzerren die Anreize zur Zu- und Abwahl von Leistungen: Versicherte mit höherem Einkommen haben einen höheren Anreiz zur Abwahl von Leistungen und einen geringeren Anreiz zur Zuwahl von Leistungen als Versicherte mit niedrigerem Einkommen. Darüber ist der Anreiz auch für Singles, Junge und Gesunde (also neben den Gutverdienern die übrigen „Nettozahler“ in der GKV) sehr groß, sich durch Abwahl von Leistungen der Umverteilung zu entziehen. Dieses Argument für die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien ist allerdings nur dann stichhaltig, wenn Zu- und Abwahlleistungen für eine sinnvolle Option gehalten werden. Wenn die Versicherten zwischen unterschiedlich umfangreichen Leistungspaketen wählen könnten, würde dies zweifellos ihre individuelle Wahlfreiheit erhöhen, und sie könnten Leistungspakete auf der Grundlage ihrer individuellen Präferenzen zusammenstellen. Bevölkerungsbefragungen zeigen, dass Versicherte solche Wahlmöglichkeiten auch durchaus wahrnehmen würden (Nolting/Wasem 2002).

Diesem Vorteil ständen allerdings gravierende Nachteile entgegen. Erstens führt ein System von wählbaren Leistungspaketen zu einer Selbstselektion der Versicherten: Gesunde Versicherte würden möglichst geringe, kranke Versicherte möglichst umfassende Leistungspakete wählen.³⁹ Durch die geringeren Beiträge der Gesunden, die den „schmaleren“ Leistungskatalog wählen, würde dem GKV-System tendenziell Geld entzogen, das für die unverändert umfangreiche Versorgung der Kranken verloren ginge. Eine solche „Entmischung“ von Gesunden und Kranken durch die Versicherung in unterschiedlichen Tarifen könnte auch durch den Risikostrukturausgleich nicht adäquat kompensiert werden (Jacobs et al. 2002). Damit wird auch die ex ante Umverteilung zwischen hohen und niedrigen Risiken tendenziell aus dem System herausgenommen – wie dies im Modell 3 (Zweifel et al.) auch gefordert wird. Soll dieses Umverteilungselement dagegen im Sozialversicherungssystem erhalten bleiben, ist die Einführung von

³⁹ Vgl. dazu die (nicht einheitlich beurteilten) Erfahrungen in der Schweiz bei Schellhorn 2002 und Werblow 2002.

Zu- und Abwahlen dysfunktional. Schließlich ist zur Verhinderung von Trittbrettfahrerverhalten (kein Abschluss einer Versicherung und Vertrauen auf Sozialhilfe) die Festlegung eines Mindestumfangs an Versicherungsleistungen in jedem System notwendig. Innerhalb dieses Rahmens kann es keine Abwahl geben. Vorteile bietet das Kopfprämien-system somit nur, wenn es um Abwahlen geht, die im GKV-Leistungskatalog enthalten sind, gleichzeitig aber oberhalb des Mindestversicherungsumfangs liegen. Womöglich ist das aber eine leere Menge.

Zweitens würde die Markttransparenz für die Versicherten durch die so entstehende Vielfalt unterschiedlicher und schwer vergleichbarer Angebote verschlechtert. Vergleichsparameter wären nicht nur Beitragssatz und Qualität der angebotenen Leistungen, sondern zusätzlich auch noch der Umfang des jeweiligen Leistungspakets. Letzteres würde möglicherweise nicht nur durch die enthaltenen Leistungen, sondern auch durch individuell zu vereinbarende Zuzahlungen definiert, was die Transparenz weiter mindern würde. Drittens entstehen Transaktionskosten in erheblichem Umfang. So ist es bereits für ausgewiesene Experten mit erheblichem Aufwand verbunden, festzustellen, welche Leistungen effektiv und effizient sind und daher in den Leistungskatalog einer Sozialversicherung gehören (Niebuhr et al. 2003). Für das Individuum ist es unmöglich bzw. mit extremen Kosten verbunden, einen derartigen Überblick zu gewinnen.

Alternativen

Alle Autoren von Kopfprämien-Modellen betonen, dass sie diese in ein wettbewerbliches System der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern eingebettet sehen wollen. Zentrale Baustein eines solchen wettbewerblichen Systems ist die Einführung von einzelvertraglichen Möglichkeiten zur Vertragsgestaltung der Krankenkassen mit den Leistungserbringern. Wenn der Gesetzgeber solche Möglichkeiten eröffnet, stünden den Versicherten gegenüber dem Status quo bereits erweiterte Wahlmöglichkeiten zur Verfügung, um ihre individuellen Präferenzen auszudrücken. Erstens können die Versicherten zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten bei der Kasse wählen, in der sie versichert sind. Sind die Versicherten mit diesen Versorgungsangeboten unzufrieden oder haben sie bei einer anderen Kasse noch attraktivere Angebote entdeckt, können sie zweitens die Krankenkasse wechseln. Damit werden die Wahlmöglichkeiten der Versicherten im Vergleich zur derzeitigen Situation um eine zusätzliche Dimension erweitert. Der Vorteil einer zusätzlichen Erweiterung der Wahlfreiheit im Hinblick auf unterschiedlich umfangreiche Leistungspakete rechtfertigt weder die damit verbundenen Nachteile, noch wirkt eine solche Erweiterung direkt positiv auf die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität in der gesundheitlichen Versorgung.

Internationale Erfahrungen insbesondere aus der Schweiz (Kocher et al. 2002) und den Niederlanden (Greß 2002) zeigen darüber hinaus, dass die Möglichkeit zum Angebot von Zusatzversicherungen (und darauf liefe die Einräumung von Zu- und Abwahlmöglichkeiten hinaus) von den Krankenkassen als Instrument zur Risikoselektion genutzt wird. Die derzeitige Trennung von obligatorischem Leistungskatalog in der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem Angebot von Zusatzversicherungen durch private Krankenversicherungen ist daher im Interesse eines auf

Qualität und Wirtschaftlichkeit gerichteten Wettbewerbs beizubehalten, so dass für Zu- und Abwahlmöglichkeiten kein Raum geschaffen werden sollte.

3.2.3 Gleichbehandlung der gesamten Wohnbevölkerung in Deutschland durch Überwindung der Systemgrenzen

Wie bereits in Abschnitt 3.1.2 ausgeführt, ist die Reduzierung der derzeitigen Risikoentmischung zwischen GKV und PKV zu Lasten der GKV ein erstrebenswertes Ziel, das allerdings auf anderem Wege sehr viel leichter erreicht werden kann. Zu ergänzen ist an dieser Stelle noch, dass die vorgesehene Rückführung des RSA auf Alter und Geschlecht die Anreize zur Risikoselektion für Krankenkassen weiter verstärken und einen Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung verhindern würde (Jacobs et al. 2002). Auch bei Kopfprämien bliebe – da besteht in der internationalen Diskussion wenig Dissens (van de Ven/Ellis 2000) – die Notwendigkeit, den RSA morbiditätsorientiert weiterzuentwickeln, sofern Kassenwahlrechte und Kassenwettbewerb weiterhin eine funktionale Rolle spielen sollen.

3.3 Modell 3: Zweifel et al.

3.3.1 Wegfall des Risikostrukturausgleichs durch risikogerechte Prämien

Bewertung

Die Autoren dieses Modells gehen von der Prämisse aus, dass der Risikostrukturausgleich nicht in der Lage ist, die Anreize für Krankenkassen zur Risikoselektion hinreichend zu kompensieren bzw. dass die Versicherungsunternehmen eher in der Lage sind, Risikounterschiede der Versicherten zu erkennen und zu tarifieren, die in einem Risikostrukturausgleich grundsätzlich nicht bzw. nicht hinreichend schnell erhoben werden können. Wären Krankenkassen in der Lage, diese nicht durch den RSA abgedeckten Risikodifferenziale mit geringen Kosten zu ermitteln, wäre es für Krankenkassen betriebswirtschaftlich profitabler, sich auf volkswirtschaftlich sinnlose Risikoselektion zu konzentrieren als eine Verbesserung der Versorgungssituation ihrer Versicherten in den Mittelpunkt ihrer Aktivitäten zu stellen.

Die Autoren dieses Beitrags teilen diese Prämisse letztlich nicht. In den letzten 10 Jahren hat es in der internationalen Forschung weit reichende Fortschritte bei der Entwicklung von wirkungsvollen Mechanismen zur Verhinderung von Risikoselektion durch Risikostrukturausgleiche gegeben. Diese Erkenntnisse werden derzeit für die Entwicklung des morbiditätsorientierten RSA in der GKV nutzbar gemacht (Reschke et al. 2002). Für die Stärkung wettbewerblicher Ele-

mente in der GKV mit dem Ziel einer verbesserten Effizienz der Versorgung – etwa durch eine Ausweitung der vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungsanbieter (Ebsen et al. 2003) – ist eine Umstellung auf risikoäquivalente Prämien nicht notwendig. Im Gegenteil kann die Umstellung der GKV-Finanzierung auf risikoäquivalente Prämien den Wettbewerb sogar behindern. Das ist in all denjenigen Fällen der Fall, in denen die risikogerechte Prämie der Versicherten mehr als 15 Prozent des Haushaltseinkommens beträgt. Dies dürfte der weit überwiegende Teil der Altenbevölkerung sowie praktisch alle chronisch kranken Versicherten sein: Wenn hier der Steuer-Transfer-Mechanismus die Differenz zwischen der Prämie und der Belastungsgrenze übernimmt, sind die Versicherten nicht mehr preissensitiv, so dass der Wettbewerb um die kosteneffektive Versorgung nicht mehr funktioniert. Da dies aber gerade die (einzigen) Versicherten sind, bei denen in nennenswertem Umfang Versorgungsleistungen anfallen, um deren kosteneffektives Management es geht, ist insgesamt ein erheblicher Rückschritt im Vergleich zum Status quo in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erwarten.

Dies könnte nur dann vermieden werden, wenn der Steuer-Transfer-Mechanismus nicht pauschal die Differenz zwischen der risikogerechten Prämie, die der Versicherte zahlt, und der Belastungsgrenze ausgleichen würde, sondern mit standardisierten Beträgen arbeiten würde, die die bei einer gegebenen Morbidität durchschnittlichen Prämien zum Ausgangspunkt nehmen würden. Dies würde aber voraussetzen, dass der Steuer-Transfer-Mechanismus in der Lage wäre, solche Standardisierungen durchzuführen, wofür er faktisch ein morbiditätsorientiertes Risikoklassifizierungssystem benötigen würde. Von Zweifel et al. wird aber gerade bestritten, dass eine staatliche Behörde in der Lage sei, einen adäquaten Risikoklassifikationsalgorithmus einzusetzen – dies ist ja der zentrale Ausgangspunkt für ihre Ablehnung eines Risikostrukturausgleiches.

Alternativen

Notwendige (aber nicht hinreichende) Bedingung für Vertragswettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und somit zentraler Bestandteil einer Wettbewerbsordnung ist die Umsetzung des morbiditätsorientierten RSA. Ein direkt morbiditätsorientierter RSA verhindert die derzeit noch bestehenden Beitragssatzvorteile als Ergebnis von aktiver und passiver Risikoselektion, da die Kassen deutlich risikoäquivalenterer – also stärker am tatsächlichen Ausgabenrisiko ihrer Versicherten ausgerichtete – Beitragsbedarfe zugerechnet bekommen. Insbesondere stellen kranke Versicherte bei einem morbiditätsorientierten RSA für die Kassen nicht mehr automatisch „schlechte Risiken“ (mit negativen Deckungsbeiträgen) dar. Entsprechend müssen die Kassen nicht mehr befürchten, dass aktives Eintreten für die Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken am Ende zu einem Beitragssatz- und damit Wettbewerbsnachteil führt, weil dadurch zusätzliche Chroniker zu einem Kassenwechsel bewegt werden. Bei einem morbiditätsorientierten RSA kann sich demgegenüber gerade der Wettbewerb um (chronisch) Kranke Versicherte lohnen, weil sich durch gezielte Versorgungsangebote einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Chronikerversorgung Beitragssatzvorteile realisieren lassen. Insgesamt stellt der morbiditätsorientierte RSA somit eine wesentliche Voraussetzung für sinn-

vollen Wettbewerb und eine überzeugende Alternative zu einem Übergang zu risikoäquivalenten Prämien dar, weil er bei den Kassen die Anreize zur Entwicklung von attraktiven Versorgungsangeboten für alle Versicherten deutlich verstärkt (Jacobs et al. 2002).

3.3.2 Freiwilliger Abschluss von Kapitaldeckungskomponenten

Wie beschrieben gehen Zweifel et al. davon aus, dass beim Übergang zu risikoäquivalenten kurzperiodigen Kopfprämien die Möglichkeit geschaffen wird, dass die Versicherten freiwillig Kapitaldeckungskomponenten zusätzlich abschließen werden, um einer starken Belastung mit Krankenversicherungsbeiträgen im Alter vorzubeugen. Dies kann jedoch bezweifelt werden. Zunächst ist generell die Frage zu stellen, inwieweit die Menschen diese spezifische Form der Altersversorgung wählen werden. So hat etwa die Bundesregierung Anfang der neunziger Jahre auf Veranlassung der Versicherungswirtschaft bei der Europäischen Gemeinschaft durchgesetzt, dass der nationale Gesetzgeber auch im deregulierten Versicherungsbinnenmarkt die Bildung von Alterungsrückstellungen bei der Vollversicherung in der PKV vorschreiben darf. Die PKV ging nämlich davon aus, dass Versicherungsangebote mit Altersrückstellungen im Wettbewerb mit Versicherungsschutz ohne Altersrückstellungen ansonsten keine Chance hätte. Diese Skepsis gilt aber insbesondere in Verbindung mit dem Steuer-Transfer-Mechanismus: Da die große Mehrzahl der älteren Versicherten mit ihren Krankenversicherungsprämien bei kurzperiodigen Risikoprämien deutlich oberhalb der Belastungsgrenze liegen werden, ist es für die jungen Versicherten rational, keine eigenständige Vorsorge vor steigenden Krankenversicherungsbeiträgen mit dem Alter zu leisten, sondern sich insoweit in eine free rider-Position zu begeben.

3.3.3 Lösung der Allokationsprobleme im Gesundheitswesen durch deutliche Stärkung wettbewerblicher Elemente

Bewertung

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss nach Ansicht der Autoren dieses Beitrags auf das Ziel der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ausgerichtet werden. Wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse wecken das kreative Potenzial der Marktakteure und tragen maßgeblich zur Entwicklung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen bei. Dadurch werden – über das Nachfrageverhalten der Kassen, die ihrerseits im Wettbewerb um Versicherte stehen – gleichzeitig Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in der GKV nachhaltig verbessert. Zum wettbewerblichen Gesamtkonzept gehören der Abbau von Regulierung, die Erweiterung von Freiheiten für Leistungsanbieter und Krankenkassen und eine für alle Beteiligten geltende solidarische Wettbewerbsordnung, die den Wettbewerb in angemessener Weise reguliert und unerwünschte Auswirkungen des Wettbe-

werbs verhindert. Insofern ist der Forderung nach einer deutlichen Stärkung wettbewerblicher Elemente in der GKV zuzustimmen. Die Umstellung der GKV-Finanzierung auf risikoäquivalente Kopfprämien ist dagegen für eine solche Stärkung wettbewerblicher Elemente nicht notwendig, weil für die Krankenkassen durch den RSA risikoäquivalente Prämien simuliert werden. Wie gesehen, führt die Verbindung von risikoäquivalenten Prämien mit einem Steuer-Transfer-Mechanismus, der die Ist-Differenzen zwischen der kurzperiodigen Risikoprämie und der Belastungsgrenze ausgleicht, sogar zu einer deutlichen Schwächung der Anreize für die Versicherer um eine kosteneffektive Versorgung.

Allerdings gibt es aus wettbewerbstheoretischer Sicht ein Argument für die Einführung von Kopfprämien, das in der Diskussion um die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien bislang eine allenfalls untergeordnete Rolle spielt. Derzeit ist die Höhe des Arbeitgeberanteils abhängig vom kassenspezifischen Beitragssatz. Das damit gegebene Interesse des Arbeitgebers an der Zahlung niedriger Beitragssätze verzerrt die Anreize für die Wechselentscheidungen der Versicherten zwischen den Krankenkassen. Solange die Kassen nur geringe Möglichkeit zur individuellen Vertragsgestaltung haben, ist dies von untergeordneter Relevanz, weil Arbeitgeber und Arbeitnehmer beide ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen haben. Werden den Krankenkassen allerdings zukünftig vom Gesetzgeber mehr Instrumente zur individuellen Vertragsgestaltung eingeräumt, könnten Versicherte durchaus Präferenzen zu qualitativ hochwertigeren Versorgungsangeboten zu einem höheren Preis haben, während zumindest das kurzfristige Interesse der Arbeitgeber ausschließlich auf einen niedrigen Preis gerichtet ist. Hieraus ergibt sich, dass der Arbeitgeber den Arbeitnehmer drängen kann, in eine billigere Krankenkasse zu wechseln, obwohl die Kombination von niedrigen Beiträgen und schlechteren Versorgungsstrukturen nicht seinen Präferenzen entspricht. Allerdings kann dieser für eine wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems dysfunktionale Effekt auch problemlos aufgehoben werden, indem der Arbeitgeberanteil auf den durchschnittlichen GKV-Beitragssatz bezogen wird. Auch hier gibt es somit ein funktionales Äquivalent, das administrativ weitgehend problemlos durchgesetzt werden könnte.

3.4 Modell 4: Henke et al.

3.4.1 „Demographieresistenz“ der GKV-Finanzierung durch individuelle Altersrückstellungen

Bewertung

Bei der Beurteilung der Frage, inwieweit der demographische Wandel die GKV-Finanzierung beeinflusst, ist zwischen Wirkungen auf der Einnahme- und der Ausgabeseite zu unterscheiden.

Auf der Ausgabenseite steigen die Gesundheitsausgaben bei einer Querschnittsbetrachtung mit dem Alter der Betroffenen an, und zwar überlinear. Werden diese altersspezifischen Gesundheitsausgabenprofile, wie sie etwa im Rahmen des derzeitigen RSA erhoben werden, als im Zeitverlauf konstant gesetzt, ergeben sich in Modellrechnungen steigende Ausgabenlasten durch den demographischen Wandel, d.h. die absolute und relative Zunahme der Altenbevölkerung (vgl. z. B. Knappe/Rubart 2001). Allerdings ist die wissenschaftliche Kontroverse über die tatsächliche Belastung für die Krankenversicherung durch die Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung noch nicht entschieden, da es insbesondere zur Entwicklung der altersspezifischen Ausgabenprofile im Zeitablauf unterschiedliche Hypothesen gibt.⁴⁰ Jedenfalls ist aber die Altersabhängigkeit der Gesundheitskosten nicht deterministisch, sondern durchaus (z.B. durch Gesundheitsmanagement) in Grenzen steuerbar. Auch ist richtig, dass der größte Anteil der Gesundheitsausgaben im letzten Jahr vor dem Tod anfällt – eine Verlängerung der Lebenserwartung insoweit daher keine Auswirkungen auf die Gesundheitskosten hat. In jedem Fall erscheint ein Vergleich der Situation in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit der in der Gesetzlichen Rentenversicherung – wie von Henke et al. angestellt – als nicht zwingend, weil in der Rentenversicherung nur die Jungen Beiträge zahlen und nur die Alten Leistungen erhalten, während in der Krankenversicherung auch die Jungen Leistungen erhalten und auch die Alten Beiträge zahlen.

Jenseits der Debatte über die tatsächlichen Folgen der demographischen Alterung für die Ausgaben der Krankenversicherung ist zu betonen, dass der Finanzierungstarif (Kopfprämie vs. einkommensbezogene Beiträge) und das Finanzierungsverfahren (Umlage- vs. kapitalfundiert) keinen Einfluss auf die Ausgaben der Krankenversicherung haben. So stellen auch Henke et al. richtig fest, dass kapitalgedeckte Kopfprämien ebenso wenig resistent gegenüber anderen „Ausgabentreibern“ in der Gesundheitsversorgung sind. Vor allem der medizinisch-technische Fortschritt und die überdurchschnittlich hohe Inflation im Gesundheitssektor führen zu Ausgabensteigerungen in der Gesundheitsversorgung, die deutlich höher sein dürften als die demographiebedingten Belastungen durch die Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung. Diese Ausgabensteigerungen sind für ein Finanzierungssystem mit kapitalgedeckten Kopfprämien ebenso virulent wie für umlagefinanzierte Systeme (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003).

Einen Vorteil bei der Bewältigung der Alterslast können kapitalfundierte Systeme daher allenfalls auf der Finanzierungsseite dadurch entfalten, dass sie die steigenden Finanzbedarfe leichter befriedigen können. Entgegen der weit verbreiteten Ansicht ist aber auch die Finanzierung kapitalfundierter Sicherungssysteme grundsätzlich vom demographischen Wandel betroffen und nicht „demographieimmun“. Zwar scheint der einzelne Versicherte in einem solchem System nicht auf eine zahlenmäßig starke nachwachsende Generation angewiesen zu sein, da jeder Versicherte für sich selbst vorsorgt, indem er in der Krankenversicherung Altersrückstellungen bildet. Allerdings müssen die angesparten Kapitalien hierzu im Alter aufgelöst werden. Nun führt

⁴⁰ Vgl. dazu etwa Buchner et al. 2002 sowie Deutscher Bundestag 2002: 385-423.

die demographische Alterung dazu, dass sich die Zahlenrelation derjenigen, die ihr zur Alterssicherung akkumuliertes Kapital liquidieren, zu denjenigen, die sich noch in der Ansparphase befinden, permanent erhöht. Eine derartige Veränderung führt – bei konstanten Sparquoten – zu einem Überangebot an Vermögensanlagen, zu einem sinkenden Realwert dieser Anlagen und auf diesem Weg zu einer Reduktion des Wertes der Altersrückstellungen und der internen Verzinsung im kapitalfundierte Verfahren (Deutsche Bundesbank 1999: 19f.; Deutscher Bundestag 1994: 186; Rürup 1998; Schmähl 2000: 203). Dies wird unter dem Stichwort „Age-Wave“ inzwischen breit diskutiert (Culhane 2001; Heigl 2001).⁴¹

Allerdings unterstellen Befürworter eines kapitalfundierte Systems, dass die Demographieabhängigkeit eines derartigen Systems geringer ist als die in einem umlagefinanzierte. Dass die zukünftig steigende Finanzbedarfe des Gesundheitssystem tatsächlich durch eine überdurchschnittlich hohe Verzinsung der Altersrückstellungen zumindest teilweise aufgefangen werden können – wie von Henke et al. postuliert – erscheint vor dem Hintergrund der derzeitigen Situation am Kapitalmarkt und den Schwierigkeiten etwa der Lebensversicherungsgesellschaften, den staatlichen Garantiezins zu halten, zumindest diskussionswürdig.

Mit Sicherheit verbleibt nur, dass durch die Bildung eines Kapitalstocks ein Teil der zukünftigen Lasten in die Gegenwart verschoben werden kann (intertemporale Umverteilung). Hierzu benötigen Henke et al. in der Übergangsphase zum Kapitaldeckungsverfahren aber deutlich stärker steuerliche Transfers als die anderen Modelle. Dies ist darin begründet, dass nicht nur der soziale Ausgleich (wie auch in den anderen Modellen) aus dem Steuer-Transfersystem finanziert werden muss. Vielmehr müssen in der Übergangsphase nunmehr auch die bislang im Umlageverfahren erworbenen Ansprüche aus Steuermitteln subventioniert werden. Die Doppelbelastung der jungen Generation – einerseits Aufbau eines eigenen Kapitalstocks, andererseits weitere Bedienung der im Umlageverfahren erworbenen Ansprüche der Alten, die keinen eigenen Kapitalstock mehr aufbauen können – ist unvermeidbar .

Schließlich ist darauf zu verweisen, dass die Versprechung, durch Altersrückstellungen im Zeitablauf konstante Prämien garantieren zu können, angesichts der Unsicherheiten über Mortalitäts- und Morbiditätsentwicklungen sowie den medizinisch-technischen Fortschritt und seine Auswirkungen auf Finanzbedarfe nicht realistisch erscheint. Das wird auch nachdrücklich durch die Prämienentwicklung in der PKV bestätigt (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003).

⁴¹ Einen Ausweg scheint eine *Anlage im Ausland* zu bieten. Allerdings kommen zum Kapitalmarktrisiko dann noch andere Risiken hinzu. Hierbei sind insbesondere das politische Risiko, das Wechselkursrisiko und das Inflationsrisiko im Anlageland zu nennen (Deutsche Bundesbank 1999; Krupp/Weeber 2001). Diese Risiken sind zwar in anderen Industrieländern vergleichsweise gering. Da diese aber ebenfalls mit einer alternden Bevölkerung konfrontiert sind, bleibt vor allem die risikoreichere Investition in „aufstrebende Märkte“. Die damit verbundenen Risiken sind jedoch in der Mexiko-Krise des Jahres 1994 sowie der Asienkrise 1997/8 deutlich geworden.

3.4.2 Stärkung wettbewerblicher Elemente

Auch Henke et al. stellen ihr Papier in den Kontext einer stärker wettbewerblichen Orientierung. Anders als Knappe et al. und Zweifel et al. schlagen sie (wie auch Rürup et al.) nicht nur die Beibehaltung des RSA, sondern den Übergang zu einem morbiditätsorientierten RSA auch im Kontext des Kapitaldeckungsverfahrens vor. Zur Realisierung einer wettbewerblichen Orientierung müssen sie auch die Probleme der Portabilität der Alterungsrückstellungen lösen. Denn solange die Möglichkeit eines Versicherungswechsels durch die Portabilität der Altersrückstellungen nicht gesichert ist, lassen Finanzierungssysteme auf der Basis des Umlageverfahrens den Wechsel zwischen den Versicherern und damit einen effizienzsteigernden Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungsträgern leichter zu. Die Ausführungen von Henke et al. lassen aber erkennen, dass die nicht unerheblichen technischen Probleme zur Anrechnung von Altersrückstellungen⁴² durch das vorgeschlagene Modell der Kombination von Kapitaldeckungsverfahren mit morbiditätsorientiertem RSA gelöst werden kann. Allerdings wird das vorgeschlagene Modell von den Autoren nur unter der Prämisse „keine Inflation, kein kostentreibender medizinischer Fortschritt“ entwickelt – der Nachweis, dass dieses Modell auch bei einer Entwertung der angesparten Alterungsrückstellungen durch diese beiden Kostentreiber funktioniert und Wechsels des Versicherers damit ohne Selektionseffekte möglich ist, steht noch aus.

Alternative

Vorrangiges Ziel sollte aus Sicht der Autoren dieses Beitrags die Stabilisierung der GKV-Finanzierung durch Erhöhung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durch Reformen auf der Leistungs- und nicht auf der Einnahmenseite sein. Gleichzeitig ist eine Stabilisierung der erodierenden Finanzierungsbasis der GKV notwendig. Hierzu ist eine Umstellung auf kapitalgedeckte Kopfprämien, die mit erheblichen Umstellungskosten verbunden ist, nicht erforderlich. Wird der Übergang zu mehr Kapitaldeckung für erforderlich angesehen, kann dies auch ohne den Übergang zu Kopfprämien realisiert werden. So können bei Beibehaltung der einkommensabhängigen Beiträge ergänzende Alterungsrückstellungen für die GKV gebildet werden (Cassel 2003).

4 Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Die Abkopplung der Arbeitskosten von den Krankenkassenbeiträgen ist kein zwingendes Argument für die Einführung von Kopfprämien.

Zwar gibt es gute Gründe für die Abkopplung der GKV-Finanzierung von den Arbeitgeberbeiträgen (Reduzierung der Gesundheitspolitik auf reine Kostendämpfungspolitik; Einfluss der Ar-

⁴² Vgl. hierzu Deutscher Bundestag 1996.

beitgeber auf die Kassenwahlentscheidungen der Arbeitnehmer), ein nennenswerter Beschäftigungszuwachs in der Gesamtwirtschaft als Folge der Einführung von Kopfprämien ist jedoch nicht zu erwarten. Ebenso unklar sind die Effekte auf das Angebot von Arbeitskräften.⁴³ Die Abkopplung der GKV-Finanzierung von den Arbeitgeberbeiträgen lässt sich mindestens so gut durch ein Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge auf dem Niveau des derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatzes erreichen.

Die Verhinderung der Abwanderung der „guten Risiken“ in die PKV ist kein zwingendes Argument für die Einführung von Kopfprämien.

Zwar ist zu erwarten, dass ein Teil der „guten Risiken“ – insbesondere solche mit hohem Einkommen – als Folge der Einführung von Kopfprämien einen Verbleib in der GKV eher erwägen werden als bei einkommensabhängigen Beiträgen. Die Einführung eines einheitlichen Versicherungssystems könnte jedoch das Problem der Risikoentmischung an der Grenze von PKV und GKV effektiver lösen. Dieses einheitliche Versicherungssystem kann genauso gut durch Kopfprämien wie auch durch einkommensabhängige Beiträge finanziert werden. Die heutigen Quersubventionierung von der PKV zur GKV bei der Inanspruchnahme von Leistungen ist hierbei zu berücksichtigen.

Die Weiterentwicklung des RSA wird auch in einem System von Kopfprämien nicht überflüssig.

Bei der Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfprämien wird lediglich der Finanzkraftausgleich des RSA überflüssig. Dadurch sinkt das Umverteilungsvolumen des RSA, was an sich aber noch kein Indikator für die Wirksamkeit des RSA ist. Die Weiterentwicklung des derzeitigen RSA in Richtung eines morbiditätsorientierten RSA bleibt auch in einem System von Kopfprämien von zentraler Bedeutung, um Anreize der Krankenkassen zur Risikoselektion zu neutralisieren. Lediglich bei risikoäquivalenten Prämien ist ein RSA konzeptionell überflüssig. Allerdings erweist sich diese Argumentation bei näherer Betrachtung als zu kurz gegriffen.

Kopfprämien sind keine Voraussetzung für Wettbewerb.

Wesentlich für die Förderung von Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung sind weniger Reformen in der Finanzierung als vielmehr Reformen im Vertragsrecht – insbesondere zur Förderung einzelvertraglicher Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Verhältnis zu den Leistungsanbietern. Allerdings würde eine Umstellung der GKV-Finanzierung die preisverzerrenden Signale für die Versicherten durch unterschiedlich hohe Preise (Beitragssätze) als Folge unterschiedlich hoher Einkommen beseitigen.

⁴³ Zur differenzierten Analyse der Arbeitsmarkteffekte besteht erheblicher empirischer Forschungsbedarf.

Die Integration von Zu- und Abwahlleistungen ist kein Argument für Kopfprämien.

Kopfprämien ermöglichen die Integration von Zu- und Abwahlleistungen, dies selbst ist aber kein lohnenswertes Ziel. Zu- und Abwahlleistungen würden zwar die Wahlmöglichkeiten der Versicherten erhöhen. Diesem Vorteil stehen aber erhebliche Nachteile vor allem durch die Selbstselektion von Versicherten entgegen. Ein Wettbewerb um die Art der Leistungserbringung ist einem Wettbewerb um den Umfang des Leistungspakets vorzuziehen.

Die Umverteilung durch Kopfprämien ist nur in der Theorie zielgenauer als die Umverteilung durch einkommensbezogene Beiträge.

Es ist äußerst zweifelhaft, ob die Mittelaufbringung für die Finanzierung des notwendigen steuerfinanzierten Transfermechanismus die nötige Kontinuität aufweisen wird. Vielmehr ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Mittelaufbringung in hohem Ausmaß den Restriktionen finanzpolitischer Konsolidierungsanforderungen unterliegen wird. Die Ausgestaltung des steuerlichen Transfermechanismus für die Mittelverwendung muss sehr genau justiert sein, um die gewünschten Umverteilungseffekte zu erreichen. Darüber hinaus ist dieser Transfermechanismus in jedem Fall bürokratisch aufwändig. Die Zielgenauigkeit der Umverteilung in der Beitragsfinanzierung kann darüber hinaus durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragserhebung und andere Maßnahmen verbessert werden.

Kapitalgedeckte Kopfprämien halten die Beiträge nur eingeschränkt stabil.

Eine Kapitaldeckung hat keinen Einfluß auf die Gesundheitsausgaben. Allenfalls können die Folgen des demographischen Wandels auf der Einnahmeseite abgeschwächt, aber nicht vollkommen aufgehoben werden. Allerdings ist es praktisch unmöglich, die zukünftigen Gesundheitsausgaben, die u.a. maßgeblich vom medizinisch-technischem Fortschritt beeinflusst werden, korrekt zu antizipieren. Wie auch die Entwicklung in der PKV zeigt, dürften die Altersrückstellungen alleine nicht in der Lage sein, eine im Zeitverlauf stabile Prämie zu garantieren. Solange das Problem der Portabilität von Altersrückstellungen nicht gelöst wird, behindern kapitalgedeckte Kopfprämien sogar die Wechselmöglichkeiten von Versicherten und bieten im Vergleich zu umlagefinanzierten Systemen weniger Anreize zur Erhöhung von Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung.

5 Fazit

Insgesamt erachten die Autoren dieses Beitrags auf der Grundlage der vorstehenden Ausführungen die Argumente für die Notwendigkeit einer Einführung von Kopfpauschalen als nicht

zwingend. Die meisten der von den Befürwortern genannten Argumente halten einer näheren Überprüfung nicht stand. Umgekehrt werden eine Reihe von mit diesen Modellen verbundenen Risiken von deren Befürwortern unterschätzt. Ebenso sind wichtige Fragen der Ausgestaltung des Transfermechanismus noch unbeantwortet. Vor allem aber lenkt die Diskussion über die Finanzierung durch Kopfprämien von zentralen Problemen und Herausforderungen im Gesundheitswesen ab, die auch auf der Leistungs- und nicht nur auf der Finanzierungsseite liegen. Vor diesem Hintergrund ist eine Konzentration der öffentlichen Aufmerksamkeit auf eine wettbewerbliche Weiterentwicklung der GKV mit dem Ziel der Erhöhung von Qualität, Effektivität und Effizienz der Versorgung anstelle einer Debatte über Kopfprämien zu fordern.

Anhang: Tabellarischer Vergleich der Kopfprämien-Modelle

	Modell 1: Rürup et al.	Modell 2: Knappe et al.	Modell 3: Zweifel et al.	Modell 4: Henke et al.
Beitragspflichtiger Personenkreis	Erwachsene Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder	Erwachsene volle Prämie Kinder geringere Prämie	Erwachsene und Kinder	Erwachsene ab 21 Jahre
Höhe der Kopfprämien	205 €pro Monat pro Erwachsenen	170 €pro Monat pro Erwachsenen 80 €pro Monat pro Kind	Risikoäquivalent und daher nicht prognostizierbar Im Durchschnitt 140 €pro Person	200 €pro Monat pro Erwachsenen
Arbeitgeberbeitrag	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil – für die gesamte Wohnbevölkerung	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil – für die gesamte Wohnbevölkerung	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil – für die gesamte Wohnbevölkerung	Keine Aussage
Finanzierung des steuerlichen Transfermechanismus	Erhöhtes Steueraufkommen	Erhöhtes Steueraufkommen Einsparungen bei Sozialhilfe und Beihilfe	Erhöhtes Steueraufkommen Abbau der Zahlungen anderer Sozialversicherungsträger an die GKV	Steuerfinanzierung
Ausgestaltung des Transfermechanismus	Staatliches Leistungsge- setz für Festschreibung und Dynamisierung Maximal 14 % des Brutto- haushaltseinkommens	Linear fallender Zuschuss bei einem Äquivalenzein- kommen zwischen 620 und 1.360 €	Höchstprämie: 15 % des individuellen. Bruttoein- kommens Subventionierung der Dif- ferenz zwischen Risiko- prämie und Höchstprämie	Belastungsgrenze 15 % des Gesamteinkommens
Ausgleichsvolumen	21,1 Mrd. €pro Jahr	19 bis 21 Mrd. €pro Jahr	35,5 Mrd. €pro Jahr	25 Mrd. €pro Jahr
Kalkulation der Beiträge	Umlagefinanzierung	Umlagefinanzierung	Kohortenspezifische Risiko- prämien Kapitaldeckung nicht ausgeschlossen	Kapitaldeckung
Umfang des Leistungskatalogs	Reduzierter Leistungskatalog	Grundleistungskatalog	Grundleistungskatalog	Grundleistungskatalog
Beziehung zwischen GKV und PKV	Beibehaltung Versicherungs- pflichtgrenze PKV kann GKV-Produkte anbieten	Unterscheidung zwischen PKV und GKV entfällt	Unterscheidung zwischen PKV und GKV entfällt	Unterscheidung zwischen PKV und GKV entfällt
Versicherter Personenkreis	Wie Status Quo	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbevölke- rung	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbevölke- rung	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbevölke- rung
Wettbewerbsordnung	Diskriminierungsverbot und Kontrahierungs- zwang Morbiditätsorientierter RSA Vertragswettbewerb Einheitlicher Leistungskatalog	Diskriminierungsverbot und Kontrahierungs- zwang RSA nur nach Alter und Geschlecht Rückversicherungspflicht Angebot von Zu- und Abwahrleistungen durch die Krankenkassen	Kein Kontrahierungs- zwang (ggf. staatliche Auffanglösungen) Kurzperiodige Risikoprü- fung Wegfall des RSA Zu- und Abwahrleistun- gen Frei gestaltbare Selbstbe- halte	Diskriminierungsverbot und Kontrahierungs- zwang Morbiditätsorientierter RSA Vertragswettbewerb Einheitlicher Leistungskatalog
Verteilungswirkungen	Entlastung ab 1500 €Ein- kommen pro Monat (dafür Steuererhöhung)	Neuverteilungsgewinne und Neuverteilungsverlu- ste	Keine Angaben	Keine Angaben
Auswirkungen auf öffentliche Haushalte	Defizit von 2,9 Mrd. € gegenüber Status Quo (unklar ob mit oder ohne Krankengeld)	Aufkommensneutral (+/- 1 Mrd. €)	Weitgehend aufkom- mensneutral	Keine Angaben

Literatur

- Balthasar, Andreas; Bieri, Oliver; Furrer, Cornelia, 2001: *Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung*. Eine Untersuchung in den Kantonen Genf, Neuenburg, Basel-Stadt, Zürich, Luzern und Appenzell Ausserrhoden. Luzern: Interface.
- Braun, Bernard; Kühn, Hagen; Reiners, Hartmut, 1998: *Das Märchen von der Kostenexplosion - Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Buchner, Florian; Hessel, Franz; Greß, Stefan; Wasem, Jürgen, 2002: „Gesundheitsökonomische Aspekte des hohen Alters und der demographischen Entwicklung“, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung*. Band 2: Ökonomische Perspektiven auf das hohe Alter. Hannover, Vincentz.
- Cassel, Dieter, 2003: „Die Notwendigkeit ergänzender Alterungsreserven und höherer Rentnerbeiträge in der GKV“, *Wirtschaftsdienst* 83(2): 75-91.
- Culhane, Maureen M., 2001: *Global Aging - Capital Market Implications*. Chicago Goldman Sachs Strategic Relationship Management Group.
- Deutsche Bundesbank, 1999: „Möglichkeiten und Grenzen einer verstärkten Kapitaldeckung der gesetzlichen Alterssicherung in Deutschland“, *Monatsbericht der Deutschen Bundesbank* (12): 15-31.
- Deutscher Bundestag (Hg.), 1994: *Enquête-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Zwischenbericht. Zur Sache 4/1994*. Bonn: Deutscher Bundestag.
- Deutscher Bundestag, (Hg.), 1996: *Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter*. Bonn: Deutscher Bundestag, BT-Drucksache 13/4945.
- Deutscher Bundestag (Hg.), 2002: *Enquête-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Schlußbericht. Zur Sache 3/2002*. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Ebsen, Ingwer; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Szecseny, Joachim; Wasem, Jürgen, 2003: „Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“, *Soziale Sicherheit* 52(4): 128-32.
- Greß, Stefan, 2000: *Der Nachbar als Herausforderung? - Zur Vorbildfunktion des niederländischen Modells*. ZeS-Arbeitspapier Nr. 1/2000. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- Greß, 2002: *Krankenversicherung und Wettbewerb - Das Beispiel Niederlande*. Frankfurt/New York, Campus.
- Greß, Stefan; Wasem, Jürgen, 2001: „Die Abschaffung der Exit-Option für freiwillig Versicherte in der GKV - Realistische Finanzierungsalternative oder Einschränkung von Wahlmöglichkeiten?“, in: Wolfgang Michaelis (Hg.), *Der Preis der Gesundheit: Wissenschaftliche Analysen, politische Konzepte - Perspektiven zur Gesundheitspolitik*. Landsberg: ecomed, 233-44.
- Heigl, Andreas, 2001: „Age Wave - Zur Demographieanfälligkeit von Aktienmärkten“, *Policy*

- Brief der HypoVereinsbank* (4): 1-7.
- Henke, Klaus-Dirk; Johannßen, Wilfried; Neubauer, Günter; Rumm, Ulrich; Wasem, Jürgen, 2002: *Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland*. München: Vereinte Krankenversicherung.
- Jacobs, Klaus, 2003: „Die GKV als solidarische Bürgerversicherung“, *Wirtschaftsdienst* 83(2): 88-92.
- Jacobs, Klaus; Reschke, Peter; Cassel, Dieter; Wasem, Jürgen, 2002: *Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung - Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Endbericht*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 140. Baden-Baden: Nomos.
- Knappe, Eckhard; Arnold, Robert, 2002: *Pauschalprämie in der Krankenversicherung – Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit*. Gutachten im Auftrag des Verbandes der bayerischen Wirtschaft (vbw). München: vbw.
- Knappe, Eckhard; Becker, Marc, 2003: *Zuwahlleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung - ökonomische Begutachtung*. Gutachten im Auftrag des „Forums für Solidarität und Wettbewerb in der GKV“. Trier: Universität Trier.
- Knappe, Eckhard; Rubart, Thilo, 2001: „Auswirkungen des demographischen Wandels - Gesetzliche Pflege- und Krankenversicherung im Vergleich“, in: Winfried Schmähel; Volker Ulrich (Hg.): *Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen*. Tübingen: Mohr Siebeck, 95-120.
- Kocher, Ralf; Greß, Stefan; Wasem, Jürgen, 2002: „Das KVG - Vorbild für einen regulierten Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung?“, *Soziale Sicherheit CHSS*(5): 299-307.
- Krupp, Hans-Jürgen; Weeber, Joachim, 2001: „Risiken der Alterssicherung. Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren im Vergleich“, in: Hans-Christian Mager; Henry Schäfer; Klaus Schrüfer (Hg.): *Private Versicherung und Soziale Sicherung*. Marburg, Metropolis: 185-202.
- Niebuhr, Dea; Greß, Stefan; Rothgang, Heinz; Wasem, Jürgen, 2003: „Verfahren und Kriterien zur Konkretisierung des Leistungskatalogs in der Gesetzlichen Krankenversicherung.“ ZeS-Arbeitspapier Nr. 5/2003. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- Nolting, Hans-Dieter; Wasem, Jürgen, 2002: *Der Patient vor der Wahl - Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung: Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002*. Neuss: Janssen-Cilag.
- Reschke, Peter; Ryll, Andreas; Schröder, Wilhelm F.; Sehlen, Stephanie; Lauterbach, Karl; Wasem, Jürgen, 2002: „Zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Zwischenbericht.“ Berlin/Köln/ Greifswald.
- Rothgang, Heinz, 2001: „Die Verfassungsgerichtsurteile zur Pflegeversicherung: Ausgangspunkt für eine Neuordnung der Sozialversicherung?“ *Sozialer Fortschritt* (5): 121-126.
- Rothgang, Heinz; Dräther, Hendrik, 2003: „Ökonomische Aspekte gesundheitlicher Präventi-

- on“, *Zeitschrift für Sozialreform* (5): i.E.
- Rürup, Bert, 1998: „Umlageverfahren versus Kapitaldeckung“, in: Jörg E. Cramer; Wolfgang Förster; Franz Ruland (Hg.): *Handbuch Altersvorsorge. Gesetzliche, betriebliche und private Vorsorge in Deutschland*. Frankfurt: Fritz Knapp/KNO.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003: „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität - Gutachten 2003“. Berlin, <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2002: *Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum*, Jahresgutachten 2002/03. Stuttgart: Metzler Poeschel.
- Schellhorn, Martin, 2002: „Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz?“, *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 71(4): 411-26.
- Schmähl, Winfried, 2000: „Pay-as-you-go Versus Capital Funding: Towards a more Balanced View on Pension Policy - Some Concluding Remarks“, in: Gerard Hughes; Jim Steward (Hg.): *Pensions in the European Union: Adapting to Economic and Social Change*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 195-207.
- van de Ven, Wynand P. M. M.; Ellis, Randall, 2000: „Risk Adjustment in competitive health plan markets“, in: Anthony J. Culyer; Joseph P. Newhouse (Hg.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier North Holland. 1A: 755-845.
- Werblow, Andreas, 2002: „Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung“, *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 71(4): 427-36.
- Zika, Gerd, 1997: „Mehr Beschäftigung durch eingeschränkte Lohnfortzahlung im Krankheitsfall? Modellrechnungen des IAB zu den Arbeitsmarktwirkungen der Änderung des Entgeltfortzahlungsgesetzes“, *IAB-Kurzbericht* 7/97.
- Zweifel, Peter; Breuer, Michael, 2002: „Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems“, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller. Zürich.