

positionen

Beiträge zur Ordnungspolitik
Institut der deutschen Wirtschaft Köln

2

Jochen Pimpertz

Solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Vom lohnbezogenen Beitrag zur
risikounabhängigen Versicherungsprämie

Die IW-Positionen sind Forschungsergebnisse der Hauptabteilungen „Bildung und Arbeitsmarkt“ und „Wirtschafts- und Sozialpolitik“ des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW). In dieser Schriftenreihe werden Fragen behandelt, die im Mittelpunkt sowohl des bildungs- und arbeitsmarktpolitischen als auch des wirtschafts- und sozialpolitischen Geschehens stehen. Die Beiträge stellen die ordnungspolitischen Positionen des IW auf wissenschaftlicher Grundlage dar. Knapp und präzise formuliert, dienen sie der Information und Meinungsbildung, als Hintergrundmaterial für Planungen und Entscheidungen sowie als Quellen für Vorträge und Diskussionen.

Die Reihe IW-Positionen führt die bisher getrennt erschienenen Schriftenreihen „Beiträge zur Gesellschafts- und Bildungspolitik“ und „Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik“ zusammen und setzt sie fort. Sie ist im Fortsetzungsbezug erhältlich.



positionen

Beiträge zur Ordnungspolitik
Institut der deutschen Wirtschaft Köln

2

Jochen Pimpertz

Solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Vom lohnbezogenen Beitrag zur
risikounabhängigen Versicherungsprämie

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 3-602-24099-1

Herausgegeben vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln

© 2003 Deutscher Instituts-Verlag GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 84–88, 50968 Köln
Postfach 51 06 70, 50942 Köln
Telefon (02 21) 49 81-4 52
Telefax (02 21) 49 81-4 45
Internet: www.divkoeln.de
E-Mail: div@iwkoeln.de

Druck: Druckhaus LOCHER GmbH, Köln

Inhalt

1	Einleitung – Ausgaben- oder Einnahmenproblem?	4
2	Die fünf Dimensionen des Solidarausgleichs	9
2.1	Was bedeutet Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung?	10
2.2	Verfälschter Solidarausgleich	16
2.3	Zwischenergebnis: Mangelnde Konzentration auf die Leistungsfähigkeit der Beitragszahler	25
3	Eingriffe im bestehenden Beitragsmodell – geringe Erfolgsaussichten	26
3.1	Versicherungswechsel und Solidarausgleich	26
3.2	Fiskalische Effekte einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze	32
3.3	Zwischenergebnis: Kein Gewinn für die Solidargemeinschaft	34
4	Vom Beitrags- zum Prämienmodell	35
4.1	Vom einkommensbezogenen Beitrag zur Pauschalprämie	36
4.2	Fiskalische Effekte des Pauschalprämienmodells	42
4.3	Offene Fragen: Umsetzungsprobleme und demographische Lasten	44
5	Ausblick – Zur Durchsetzbarkeit grundlegender Reformen	50
	Literatur	52
	Kurzdarstellung / Abstract	55
	Der Autor	56

Einleitung – Ausgaben- oder Einnahmenproblem?

Die gesetzliche Krankenversicherung steht vor gravierenden Problemen: Scheinbar ungebremst steigen die Leistungsansprüche und in der Folge die Ausgaben der Kassen. Derzeit hält die Entwicklung der Einnahmen angesichts sinkender Beschäftigung und steigender Arbeitslosigkeit nicht mit dem Ausgabenwachstum Schritt. In der Folge geraten die Kassen in Finanzierungengpässe: im Jahr 2001 mit einem Defizit von über 2,8 Milliarden Euro und zuletzt allein im ersten Halbjahr 2002 mit einem Defizit von 2,4 Milliarden Euro (BMG, 2002a, 2002b). Entsprechend musste der Beitragssatz – trotz der alljährlichen Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze an die Lohn- und Gehaltsentwicklung – Anfang 2002 von 13,6 auf durchschnittlich 14,0 Prozent angehoben werden. Für 2003 werden weitere Erhöhungen des Beitragssatzes um mindestens 0,4 Punkte erwartet. Angesichts der damit einhergehenden Verteuerung der Arbeitskosten gerät die Beitragsfinanzierung zunehmend in die Kritik.

Einerseits führen steigende Sozialbeiträge zu höheren Arbeitskosten: Unmittelbar werden die Unternehmen durch Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung belastet. So entfielen im westdeutschen produzierenden Gewerbe im Jahr 2001 auf 100 Euro Direktentgelt 81,20 Euro Personalzusatzkosten, davon 28,40 Euro allein für Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung (Schröder, 2002a, 43). Außerdem werden auch die verfügbaren Einkommen der Beschäftigten geschmälert, falls die Sozialversicherungsbeiträge steigen. Da die Beiträge wie eine Steuer wirken (Pimpertz, 2002a, 25 ff.) – der Leistungsanspruch besteht unabhängig von der Höhe des Beitrags –, steht zu befürchten, dass die Arbeitnehmer in der nächsten Lohnverhandlungsrunde entsprechende Kompensationen fordern (Berthold/Fehn, 1996, 48–54). Mittelbar erhöhen sich deshalb die Arbeitskosten zusätzlich, falls diese Forderungen durchgesetzt werden können. Im Ergebnis belastet der Kostendruck nicht zuletzt aufgrund der Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung die Beschäftigungssituation.

Andererseits beeinträchtigt eine Verschlechterung der Beschäftigungschancen die Einnahmenseite der Krankenkassen. So bleiben die Ansprüche an die Krankenversicherungen auch bei Arbeitslosigkeit nahezu unverändert bestehen, lediglich der Krankengeldanspruch wird tangiert. Dieser Posten macht allerdings nur rund 5,5 Prozent der Gesamtausgaben aus (BMG, 2002b). Dagegen schwinden die Beitragseinnahmen, weil die Bemessungsgrundlage für den Bezieher von Arbeitslosengeld auf 80, für den Arbeitslosenhilfebezieher sogar auf 58 Prozent sinkt.

Deshalb wird gerade in Phasen des konjunkturellen Abschwungs und niedriger Beschäftigungsquoten festgestellt, dass die Einnahmementwicklung hinter dem Ausgabenwachstum zurückbleibt. Weil der Versorgungsanspruch und damit das Ausgabeniveau nicht in Frage gestellt werden, scheint die Schlussfolgerung nahe liegend, die gesetzliche Krankenversicherung habe vorrangig ein Einnahmen- und kein Ausgabenproblem (zum Beispiel Engelen-Kefer, 2002). Folglich richtet sich die Suche nach Lösungen vorrangig auf die Erschließung zusätzlicher Einnahmequellen.

Unter dem Vorwand der „Stärkung der Solidargemeinschaft“ wird deshalb die Versicherungspflichtgrenze, ab der Mitglieder mit höheren Entgelten in die private Krankenversicherung wechseln dürfen, für das Jahr 2003 von 3.375 auf 3.850 Euro pro Monat angehoben – statt wie ursprünglich vorgesehen nur auf 3.450 Euro. Vor allem besser verdienende Arbeitnehmer sollen dauerhaft in die Finanzierung „solidarischer Aufgaben“ eingebunden werden. Diese außerordentliche Anhebung folgt der erhöhten Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung, die ab 2003 in etwa dem 2fachen des Durchschnittsentgelts entspricht, statt wie bisher nur dem 1,8- bis 1,9fachen. Auch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, bis zu deren Höhe Krankenversicherungsbeiträge auf Gehälter und Renten erhoben werden, sollte nach den Vorstellungen einzelner Gruppen mit Blick auf die Schöpfung zusätzlicher Einnahmen angehoben werden. Bisher gilt für alle Versicherten die Beitragsbemessungsgrenze von 3.450 Euro pro Monat. Schließlich wird die Einbeziehung bisher sozialversicherungsfreier Einkommensbestandteile in Erwägung gezogen (zu den Parteiprogrammen im Überblick: Pimpertz, 2002c, 46–49).

Bereits an dieser Stelle muss der Diagnose eines vorrangigen Einnahmenproblems widersprochen werden, denn die angeführten Indizien wie eine sinkende Lohnquote oder ein nahezu konstanter Anteil der Kassenausgaben am Bruttoinlandsprodukt (Staat, 2002, 16 f.; Bundesregierung 2002, 52) führen in die Irre. Zum einen sagt die Lohnquote lediglich aus, welchen Anteil die Arbeitnehmerentgelte am Volkseinkommen haben. Die Quote schwankte seit der Wiedervereinigung in einem Korridor von 71,5 bis 74,7 Prozent und steigt seit 1998 kontinuierlich auf mittlerweile 73,2 Prozent im Jahr 2001 (Statistisches Bundesamt, 2002b, 54). Sie sinkt also keineswegs stetig wie behauptet. Für 2002 ist zudem mit einem weiteren Anstieg zu rechnen, weil im konjunkturellen Abschwung das Pendant, die Unternehmer- und Vermögenseinkommen, tendenziell schneller reagieren und deren Anteil am Volkseinkommen gegenüber den Arbeitnehmerentgelten sinkt. Entscheidend aber ist, dass die Lohnquote nichts über die Leistungsfähigkeit der Haushalte

Abbildung 1



aussagt, die mit den gehalts- und rentenbezogenen Beiträgen erfasst werden soll.¹

Zum anderen ist festzustellen, dass der Anteil der Kassenausgaben am Bruttoinlandsprodukt stetig wächst – zwischen 1991 und 2001 von 6,2 auf 6,7 Prozent. Diesem Plus von 0,5 Punkten entsprechen im Jahr 2001 Mehrausgaben von 10,3 Milliarden Euro (Pimpertz, 2002b, 24). Seit 1970 hat sich die Quote sogar um mehr als 80 Prozent erhöht (Abbildung 1).

¹ Fälschlicherweise wird oftmals mit der Lohnquote der sinkende Anteil der Löhne und Gehälter am Bruttoinlandsprodukt beschrieben (Lauterbach, Karl W., zitiert nach Meyenburg, 2002). Das Bruttoinlandsprodukt umfasst zum Beispiel die Abschreibungen, die deshalb nicht zur Finanzierung des Konsums medizinischer Leistungen in Betracht kommen, weil ansonsten der produktive Kapitalstock aufgezehrt würde.

Da aber auch die Zahl der anspruchsberechtigten Personen im Zeitablauf schwankt, geben erst die Kassenausgaben je Versicherten Auskunft über die Ausgabenentwicklung. Seit der Wiedervereinigung ist dieser Wert von 1.313 Euro pro Jahr auf rund 1.941 Euro im Jahr 2001 gestiegen – ein Ausgabenwachstum von 4 Prozent pro Jahr und Anspruchsberechtigten (Pimpertz, 2002b, 1).²

Für die Frage, ob die gesetzliche Krankenversicherung vorrangig ein Einnahmen- oder Ausgabenproblem hat, ist entscheidend, ob die Entwicklung der Einkommen je Einwohner mit dem Ausgabenwachstum pro Mitglied Schritt hält (Abbildung 2). Da die Gesundheitsausgaben systematisch dem Konsum zuzurechnen sind, müssen die Kassenausgaben grundsätzlich aus dem Volkseinkommen gedeckt werden. Damit soll zunächst offen bleiben, wie die Ausgaben finanziert werden – ob über lohn- oder einkommensbezogene Beiträge oder als Versicherungsprämie. Das Volkseinkommen ist pro Kopf im Zeitraum zwischen 1991 und 2001 mit durchschnittlich 2,5 Prozent pro Jahr gewachsen und blieb damit jährlich um 1,5 Prozent hinter der Entwicklung der Kassenausgaben je

Abbildung 2



² Die Angaben beziehen sich auf nominale Größen, weil die Gesundheitsausgaben nicht mit dem gleichen Index deflationiert werden können wie das Volkseinkommen.

Versicherten zurück.³ Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen steigen also überproportional.

Damit wird deutlich: Grundsätzlich besteht ein Ausgabenproblem, das einen steigenden Finanzierungsbedarf nach sich zieht. Ein Einnahmenproblem kann nur dann als ursächlich diagnostiziert werden, wenn unterstellt wird, dass der (nach Umfang und Qualität der Leistungen) stetig steigende Anspruch an die Krankenkassen unabdingbar ist und ausschließlich im Rahmen des bestehenden Modus, also ausschließlich „solidarisch“ über gehalts- und rentenbezogene Beiträge, finanziert werden kann. Nur dann ziehen die überproportionalen Ausgabensteigerungen zwangsläufig stetig steigende Belastungen der Arbeitskosten nach sich.

Gelangt man dagegen zu der Einsicht, dass auf den Gesundheitsmärkten nicht alle Möglichkeiten zur effizienten Bereitstellung und zum kostenbewussten Umgang mit medizinischen Leistungen ausgeschöpft werden, dann müssen Leistungsumfang und Ordnung der Anbietermärkte ganz oben auf der Agenda stehen. Gleichwohl sprechen mindestens drei Gründe für eine nähere Analyse der Beitragsfinanzierung:

1. Die wechselseitige Abhängigkeit von Arbeitsmarkt und Krankenversicherungsschutz stellt die gehalts- und rentenbezogene Finanzierung grundsätzlich in Frage.
2. Darüber hinaus würde das Festhalten an der Vorstellung, der Solidarität könne nur über die Beitragsfinanzierung realisiert werden,

³ Während das Volkseinkommen pro Kopf auf die gesamte Bevölkerung bezogen wird, sind die Ausgaben der Krankenkassen je Versicherten lediglich auf rund 86 Prozent der Bevölkerung bezogen (BMG, 2001, 337). Die abweichenden Personenkreise könnten den Abstand zwischen den beiden Wachstumsraten verzerren, falls die Gruppe, die nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenkasse ist, eine signifikant abweichende Ausgaben- oder Einkommensentwicklung aufweist. Zum einen sind die Leistungsausgaben der privaten Krankenversicherung – die einen Großteil der nicht gesetzlich versicherten Gruppe abdeckt – im Beobachtungszeitraum stärker gestiegen als in der gesetzlichen Krankenversicherung (PKV, 2002, 37). Zum anderen schwankt die Lohnquote zwischen 1991 und 2001 in einem Korridor von plus 2,44 und minus 1,95 Prozent nur sehr gering um den Mittelwert der Lohnquote von 72,92 Prozent. Deshalb ist davon auszugehen, dass der Abstand zwischen beiden Wachstumsraten eher zu gering ausfällt.

den Wettbewerb auf der Leistungsseite behindern. Denn die (formale) Gleichschaltung des Leistungsanspruchs ist Voraussetzung, um über die Beitragsfinanzierung Einkommen einigermaßen treffsicher umzuverteilen.

Umgekehrt entstehen mit der notwendigen marktwirtschaftlichen Reform des Gesundheitssystems differenzierte Versorgungsangebote und Versicherungstarife (Pimpertz, 2002a). Daraus können selbst für Bezieher gleich hoher Haushaltseinkommen unterschiedliche Versicherungskosten resultieren. Solidarziele über gehalts- oder einkommensproportionale Beiträge zu realisieren, scheint deshalb bei einem nach den Präferenzen des Versicherten differierenden Modell nicht mehr möglich.

3. Schließlich ist aber zweifelhaft, ob die Beitragsfinanzierung überhaupt geeignet ist, die angestrebten Solidarziele treffsicher zu erreichen (Pimpertz, 2002a, 25–29). Vor dem Hintergrund der demographisch bedingten Lastverschiebungen ist zudem zu überprüfen, ob der bestehende Finanzierungsmodus – so er denn heute seine Ziele erreicht – auch zukünftig die gewünschten Verteilungsergebnisse gewährleisten kann.

2

Die fünf Dimensionen des Solidaritätsgleichs

Eingriffe in das Beitragsrecht, besonders in die Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen, werden oftmals mit dem Hinweis auf eine „Stärkung der Solidargemeinschaft“ oder als Antwort auf eine zunehmende „Entsolidarisierung“ begründet – auch wenn die Erschließung zusätzlicher Einnahmequellen offensichtlich im Vordergrund steht. Tatsächlich ist die gesetzliche Krankenversicherung nicht nach dem reinen Versicherungsgedanken konstruiert; sie wird um Solidarziele ergänzt. Sie folgt damit der Vorstellung, dass medizinische Leistungen nach dem individuellen Bedarf erteilt, die Ausgaben aber nach der individuellen Leistungsfähigkeit finanziert werden. Mit dieser Kernidee wird der solidarische Charakter der Krankenversicherung umschrieben.

2.1 Was bedeutet Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung?

§ 1 des Sozialgesetzbuchs SGB V bezeichnet die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft, der Gesetzgeber legt allerdings nicht fest, worauf sich der Solidaritätsbegriff inhaltlich erstreckt. § 3 SGB V bestimmt unter dem Begriff der „solidarischen Finanzierung“ lediglich die Teilung der Beiträge in einen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil. Erst über die Abgrenzung zur privatwirtschaftlichen Versicherungsidee lassen sich aus den Wirkungen weiterer Bestimmungen des fünften Sozialgesetzbuches insgesamt fünf Dimensionen des Solidarausgleichs unterscheiden (Übersicht 1).

Versicherungstechnischer Risikoausgleich

Den Ausgangspunkt der Überlegungen bildet die private Versicherungslösung, wie sie uns zum Beispiel in der Kfz-Kaskoversicherung geläufig ist. Im Sinne der Versicherungstheorie bedeutet Solidarität den versicherungstechnischen Ausgleich zwischen Personen, bei denen der Schadens-

fall eintritt, und jenen, die vom Schaden verschont bleiben. Jeder Versicherte zahlt eine einheitliche Prämie, die der durchschnittlichen Schadenserwartung entspricht (zum Beispiel Schönbäck, 1988, 45–51). Die solidarische Umverteilung von Schadensfolgen erfolgt losgelöst von der Gehalts- oder Rentenhöhe und unabhängig von einer Organisation im Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren.

Übersicht 1

Dimensionen des Solidarausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung				
Solidarausgleich	Risikmerkmal	Schadenserwartung (bei Geburt)	Altersgruppe	notwendiges Finanzierungsprinzip
1. versicherungstechnisch	Krankheit	homogen	homogen	Prämie
2. sozialversicherungstechnisch	Krankheit	heterogen	homogen	Prämie
3. intergenerativ	Krankheit	homogen/heterogen	heterogen	Prämie
4. einkommenspolitisch	Gehalt/Rente	unbestimmt	unbestimmt	Beitrag
5. familienpolitisch	Familienstand	unbestimmt	unbestimmt	Prämie/Beitrag

Eigene Darstellung

Entsprechend gilt auch für die gesetzliche Krankenversicherung dieser Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken. So zahlen zum Beispiel Männer mit ähnlichem Gesundheitszustand und gleichem Lohnneinkommen identische Beiträge. Tritt bei einem Mitglied eine Erkrankung auf, werden die notwendigen Behandlungsausgaben auch aus den Einnahmen der Gesunden beglichen.

Sozialversicherungstechnischer Risikoausgleich

Im Gegensatz zu der privatwirtschaftlichen Versicherungslösung meint Solidarität im Sinne der Sozialversicherung den Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken unterschiedlicher Risikoklassen. Die rein marktwirtschaftliche Lösung führt zu einer Trennung der Risikomerkmale, weil sich Personen, die eine geringere Schadenserwartung haben, kaum freiwillig auf die Zahlung höherer Prämien zur Deckung aller Risiken einlassen werden (Pimpertz, 2001, 104–107). Es ergeben sich unterschiedlich hohe Prämien je nach individueller Schadenserwartung. Dagegen zeichnet sich die Sozialversicherung dadurch aus, dass nicht nach unterschiedlichen Risiken differenziert wird (Schönbäck, 1988; Pimpertz, 2001, 111–121).⁴

Beispielsweise haben in einer Krankenversicherung für beide Geschlechter die Frauen bereits aufgrund einer möglichen Mutterschaft und den damit verbundenen Ausgaben ein anderes Versicherungsrisiko (Abbildung 3). Dennoch kalkuliert eine Sozialversicherung – bei ansonsten gleicher Schadenserwartung – für alle Mitglieder, Männer wie Frauen, durchschnittliche Ausgaben, die über Prämien oder Beiträge gedeckt werden müssen. Zur Vereinfachung wird angenommen, dass andere Merkmale wie

⁴ Zur Durchsetzung der Sozialversicherungsidee ist eine Versicherungspflicht notwendig bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot. Dagegen verlangen die privaten Krankenversicherungen Selbstauskünfte und mit steigendem Alter auch Gesundheitsprüfungen, um über den Versicherungstarif „gute“ von „schlechten“ Risiken trennen zu können. Gleichwohl wird nicht vollständig nach Risikogruppen differenziert, weil die notwendigen Untersuchungen und Abschätzungen zu kostspielig wären, gemessen an dem potenziellen Markterfolg eines vollständig risikogerechten Versicherungstarifs.

das Einkommen bei allen Mitgliedern gleich verteilt seien. Im Fall einer Schwangerschaft, dem versicherungstechnischen „Schadensfall“, werden die notwendigen Ausgaben auch aus den Einnahmen der Männer, den günstigeren Risiken, beglichen.

Abbildung 3



In der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Sozialversicherungsidee nicht nur auf die Geschlechterfrage beschränkt. Der Gesetzgeber verzichtet auf Vorschriften zur Risikodifferenzierung, er verbietet den Versicherungsunternehmen die Ablehnung einer Mitgliedschaft.⁵ Da sich der Beitrag nicht nach medizinischen oder versicherungsmathematischen Kriterien richtet, ergibt sich – bei gleichem Einkommen – ein Ausgleich zwischen Menschen mit völlig unterschiedlichen Erkrankungswahrscheinlichkeiten – unabhängig

von Geschlecht, Vorerkrankung und anderen Einflüssen.

Dieser Solidarausgleich entsteht losgelöst von der Frage, ob die Ausgaben über gehalts- und rentenbezogene Beiträge oder Durchschnittsprämien finanziert werden. Das Umlageverfahren bedeutet zunächst nur,

⁵ § 1 SGB V in Verbindung mit § 2 Absatz 2 SGB V. Dieser Solidarausgleich wird implizit bekräftigt durch die Vorschriften zur Ausübung des Kassenwahlrechts nach § 175 SGB V. Dort wird eine Ablehnung der Mitgliedschaft explizit verboten. Da aber die Beitragsfinanzierung nicht nach dem Risiko, sondern der Entgelthöhe differenziert (§ 220 ff. SGB V), ergibt sich unmittelbar ein Ausgleich zwischen unterschiedlichen Risikoklassen.

dass das gesamte erwartete Schadensvolumen einer Periode durch die Mitgliederzahl geteilt und so die für alle Mitglieder gleiche Prämie ermittelt wird. Im Ergebnis werden alle Versicherten so gestellt, dass ihre Prämie der durchschnittlichen statt der individuellen Schadenserwartung entspricht. Für die Durchsetzung des Solidarausgleichs zwischen verschiedenen Risikogruppen ist folglich kein einkommensproportionaler Beitrag vonnöten.

Intergenerativer Risikoausgleich

Solidarität kann im Rahmen eines Umlageverfahrens auch den Ausgleich zwischen jungen und alten Mitgliedern bedeuten. Im Unterschied zum vorherigen Fall werden Schadenserwartungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Lebenszyklus betrachtet. Die aktuelle Schadenserwartung variiert mit dem jeweiligen Lebensalter und steigt typischerweise in den letzten Lebensjahren stark an (Abbildung 3). In einem Jahr weist deshalb ein junges Mitglied geringere altersdurchschnittliche Ausgaben auf als ein älterer Versicherter – auch wenn beide bei Geburt identische Schadenserwartungen hatten. Wird eine Versicherungsprämie im Umlageverfahren ermittelt – als durchschnittliche erwartete Ausgabe je Mitglied –, dann zahlen junge Mitglieder mehr ein, als ihrer aktuellen Schadenserwartung entspricht. Von diesen Mehreinnahmen profitieren ältere Mitglieder, weil deren aktuelles Kostenrisiko die Durchschnittsprämie übertrifft (Pimpertz, 2001, 162–173).

Eine dauerhaft stabile Prämie über die gesamte Versicherungsdauer hängt somit auch von dem Altersaufbau der Versichertengemeinschaft ab. Steigt nämlich der Anteil älterer Mitglieder mit in der Regel höheren Risiken, müssen auch die jungen Mitglieder anteilig höhere Prämien entrichten. Deren Versorgung im Alter hängt wiederum davon ab, wie sich die Altersstruktur der Versichertengemeinschaft in der Zukunft entwickelt (Pimpertz, 2001, 215–227).

Damit sind die krankensicherungstechnischen Umverteilungen beschrieben. Sie lassen sich grundsätzlich in einem Prämienmodell, das

auf Risikodifferenzierung verzichtet, organisieren. Ergänzend sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine Umverteilung nach Einkommens- und Familienmerkmalen vor.

Einkommenspolitische Umverteilung

Entsprechend der Vorstellung „Leistungsanspruch nach Bedarf, Finanzierung nach der Leistungsfähigkeit“ soll die relative Belastung mit Krankenkassenbeiträgen für unterschiedliche Einkommenshöhen gleich bleiben. Dazu sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine Einkommensumverteilung vor, die parallel zur steuerpolitischen Umverteilung über gehalts- und rentenproportionale Beiträge durchgesetzt wird (Schmähl, 1985). Folglich erstreckt sich die Krankenversicherung nicht mehr nur auf gesundheitsbezogene Risiken.

Zur Illustration wird angenommen, dass alle Mitglieder gleiche Erkrankungsrisiken aufweisen. Unabhängig vom durchschnittlichen Risiko kann nun aber der individuelle Beitrag je nach Einkommenshöhe die durchschnittliche Ausgabenerwartung je Mitglied unter- oder überschreiten. So resultiert aus der Beitragsfinanzierung eine Umverteilung zwischen hohen und geringen „Einkommen“. Dieser Ausgleich wird auf die Gruppe pflichtversicherter und freiwilliger Mitglieder sowie auf sozialversicherungspflichtige Einkommen innerhalb der Beitragsbemessungsgrenze beschränkt. Solidarität bedeutet also im Status quo auch einen Ausgleich zwischen unterschiedlich hohen Gehalts- und Renteneinkommen.⁶

⁶ Der Einkommensausgleich ergibt sich aus den Bestimmungen zur Beitragsbemessung nach § 220 ff. SGB V. Für freiwillige, selbstständige Mitglieder und freiwillig versicherte Rentner wird der Beitrag aus den per Satzung bestimmten Einkommensbestandteilen errechnet.

Zum 1.4.2002 wurde die Unterscheidung in freiwillig und pflichtversicherte Rentner durch den Gesetzgeber aufgehoben. Zukünftig werden bei allen Rentnern grundsätzlich die gesetzlichen Rentenbezüge zur Beitragsbemessung veranlagt. Da für die bis zum 1.4.2002 freiwillig versicherten Rentner ein Optionsrecht eingeräumt wurde, die jeweils günstigere Beitragsoption nach altem oder neuem Recht zu wählen, wird auch in Zukunft ein Teil der krankenversicherten Rentner auf der Grundlage des alten Beitragsrechts und damit nach der jeweiligen Kassensatzung veranlagt.

Familienpolitische Umverteilung

Ergänzt wird die Einkommensumverteilung um einen familienpolitischen Aspekt. Kinder und nichterwerbstätige Ehepartner eines sozialversicherungspflichtigen Mitglieds werden beitragsfrei versichert (§ 3 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 249 ff. SGB V). Der familienpolitische Solidarausgleich unterstellt damit eine finanzielle Bedürftigkeit für den Fall der Kindererziehung, deshalb wird er im Zusammenhang mit der Einkommensumverteilung gesehen. Er ließe sich aber auch in einem reinen Prämienmodell realisieren, wenn die Ausgaben statt auf alle Versicherten nur auf die erwachsenen respektive sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder umgelegt würden.

Zur Veranschaulichung dieser Umverteilung werden wiederum zwei vereinfachende Annahmen getroffen: Die Gehalts- oder Renteneinkommen sind ebenso wie die Erkrankungswahrscheinlichkeit in der Versicherungsgemeinschaft gleich verteilt. Während sich das durchschnittliche Risiko wie in den Fällen zuvor aus der Gesamtschadenserwartung und der Versichertenanzahl ergibt, werden nun lediglich die Erwachsenen zur Finanzierung herangezogen. Damit ist der durchschnittliche Finanzierungsbeitrag höher als die durchschnittliche Schadenserwartung. Kinderlose Mitglieder zahlen zwar den gleichen Beitrag wie Familien oder Ehepaare mit nur einem sozialversicherungspflichtigen Partner, aber aufgrund des beitragsfreien Leistungsanspruchs wird die Familie begünstigt. Kinderlose Mitglieder zahlen gemessen am durchschnittlich erwarteten Schaden eine zu hohe Prämie.

In der politischen Rhetorik wird oftmals auch die gesetzlich vorgeschriebene paritätische Teilung des Versicherungsbeitrags in einen Arbeitnehmer- und einen Arbeitgeberanteil als Solidarausgleich bezeichnet (§ 3 SGB V). Aus ökonomischer Perspektive erweist sich diese Vorstellung als Fiktion, weil ein Arbeitsverhältnis nur dann am Arbeitsmarkt Bestand haben kann, wenn der Beschäftigte mit seiner Leistung sämtliche Arbeitskosten – einschließlich der Personalzusatzkosten – erwirtschaftet (grundlegend Berthold/Fehn, 1996).

2.2 Verfehltter Solidarausgleich

Bei der Konzeption des Solidarausgleichs ging der Gesetzgeber offenbar von Bedingungen aus, unter denen mit nur einem Instrument – dem gehalts- und rentenbezogenen Beitrag – ein treffsicherer Ausgleich über alle fünf Dimensionen gewährleistet werden kann. Demnach haben Versicherte ausschließlich Einkünfte aus abhängiger Beschäftigung; im Regelfall heiraten die Versicherten und erziehen im Durchschnitt mindestens zwei Kinder, wobei sich ein Ehepartner ausschließlich der Kinderbetreuung widmet. Einnahmen aus Vermögen oder aus Nebentätigkeiten sind während der Erwerbs- und Rentenphase in der Regel zu vernachlässigen. Solange alle Versicherten im Verlauf ihres Lebens diese idealtypische Familien- und Erwerbsstruktur durchlaufen, können über die Konstruktion des Solidarausgleichs auch im Zeitablauf stabile Umverteilungswirkungen erwartet werden (Reformkommission Soziale Marktwirtschaft, 1999, 12).

Selbst unter diesen idealtypischen Voraussetzungen werden aber derzeit nur etwa gut 86 Prozent der Wohnbevölkerung an dem Solidarausgleich beteiligt (Statistisches Bundesamt, 2002a, 62). Ausgeschlossen bleiben im Wesentlichen Beamte, die über das Beihilferecht abgesichert werden, sowie Selbstständige, die nicht freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Darüber hinaus haben abhängig Beschäftigte die Möglichkeit, in die private Krankenversicherung zu wechseln, wenn sie die Versicherungspflichtgrenze überschreiten (§ 6 SGB V).

Damit hat der Gesetzgeber bereits bei Einführung der solidarischen Krankenversicherung dokumentiert, dass nur ein Teil der Bevölkerung auf die Solidargemeinschaft angewiesen ist, der andere Teil aber eigenverantwortlich aufgrund seines Einkommens oder seines Erwerbsstatus vorsorgen kann. Außerdem hat der Gesetzgeber den Umfang der solidarischen Finanzierung durch die Beitragsbemessungsgrenze beschränkt und damit deutlich gemacht, dass die Sozialversicherung nicht als eigenständiges Instrument zur Einkommensumverteilung neben dem Steuersystem fungieren kann und soll. Ohnehin ist grundsätzlich zu hinterfragen, warum neben einem bestehenden Steuer-Transfer-System

zusätzliche Einkommensumverteilungen vorgesehen werden sollen. Der einkommenspolitische Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung wäre nämlich nur dann gerechtfertigt, wenn das Steuersystem Gerechtigkeitsnormen nicht erfüllt und die Mängel dort nicht behoben werden können, aber gleichzeitig die Umverteilung in der Krankenversicherung treffsicher organisiert werden kann.

Aber selbst unter diesen Prämissen haben sich die Umverteilungswirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund struktureller Veränderungen gegenüber den idealtypischen Ausgangsvoraussetzungen verschoben.

Demographische Belastung des Solidarausgleichs

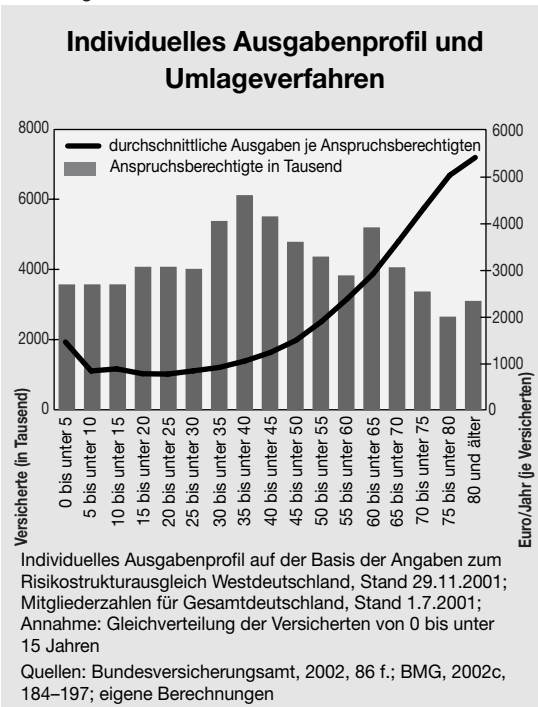
Der demographische Wandel bedroht den Solidarausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dafür sind zwei Entwicklungen ursächlich: Zum einen hat die Lebenserwartung (bei Geburt) in den vergangenen 40 Jahren deutlich zugenommen – in Westdeutschland um gut 8 Jahre (IW, 2002, 9). Zum anderen ist die Geburtenhäufigkeit deutlich zurückgegangen – auf mittlerweile weniger als 1,4 Geburten je Frau im „geburtsfähigen“ Alter zwischen 15 und 49 Jahren. Für eine konstante Bevölkerungsstruktur wären aber im Durchschnitt etwas mehr als 2 Kinder vonnöten. Damit altert die Bevölkerung dauerhaft, wenn die Geburtenschwäche nicht über die Zuwanderung junger Ausländer kompensiert wird. Der Bevölkerungsanteil der 65-Jährigen und Älteren wird laut der 9. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes von heute gut 16 Prozent bis 2040 auf fast 29 Prozent anwachsen (IW, 2002, 7).

Diese Entwicklung hat auch für die Sozialversicherungen gravierende Folgen, weil im Umlageverfahren die Ausgaben überwiegend von den erwerbstätigen Bürgern finanziert werden. So hat sich das Verhältnis von Beitragszahlern zu Rentnern in den letzten 40 Jahren bereits von 3:1 auf 2:1 verschlechtert. Im Jahr 2040 wird jeder Beitragszahler für einen Rentner aufkommen müssen (Schnabel, 2001, 1).

Für die gesetzliche Krankenversicherung ist ausschlaggebend, dass die Ausgaben typischerweise mit dem Alter ansteigen und in den letzten Lebensjahren ihren Höhepunkt erreichen (Abbildung 3). Steigt zukünftig der Anteil der älteren Mitglieder, so verursachen diese altersbedingt höhere Kosten. Damit steigt das gesamte Schadensvolumen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Da aber die nachwachsenden Generationen schwächer besetzt sind, verteilen sich die Ausgaben auf immer weniger erwerbstätige Mitglieder – die Finanzierungsanforderungen an jeden einzelnen Versicherten nehmen zu (Pimpertz, 2001, 220–225).

Die aktuelle Verteilung zeigt aber noch eine verhältnismäßig günstige Situation (Abbildung 4). Eine größere Gruppe der 60- bis 64-Jährigen Mitglieder wächst in die Jahrgänge mit hohen Ausgaben hinein, die älteren Versichertengruppen sind aber derzeit schwächer besetzt. Dagegen befinden sich die am stärksten besetzten Jahrgänge derzeit im

Abbildung 4



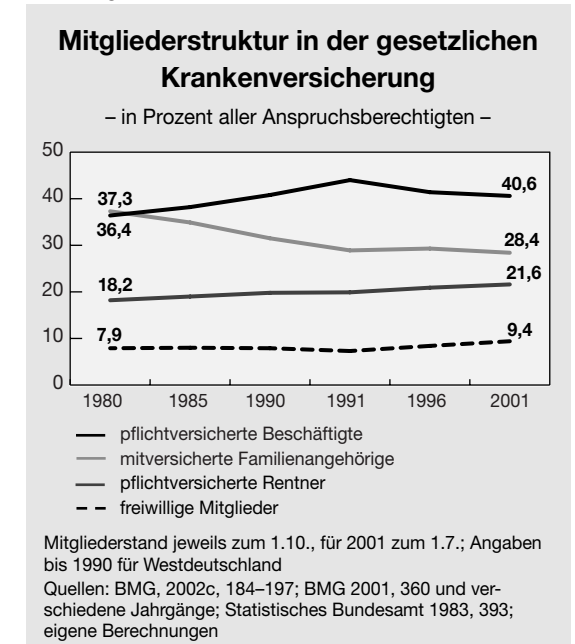
Alter zwischen 30 und 54 Jahren und verursachen noch unterdurchschnittliche Kosten (kleiner 1.941 Euro pro Jahr). Die gravierende demographische Belastung setzt erst in 10 bis 15 Jahren ein, wenn diese Jahrgänge in ein Alter mit überdurchschnittlicher Schadensersparnis kommen. Entsprechend werden die höchsten Belastungen für die Jahre 2040 bis 2050 erwartet. Hier rechnen die aktuellen Beitrags-satzprognosen, die am Status quo der gesetzlichen Krankenversicherungen ansetzen, meist

mit Sätzen jenseits der 20-Prozent-Marke, teilweise sogar mit über 30 Prozent (Enquete-Kommission, 2002, 191 f.).

Daraus folgt, dass die demographische Entwicklung nicht für die aktuellen Fehlentwicklungen in der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich gemacht werden kann. Diese Feststellung wird auch durch die Entwicklung der Mitgliederanteile gestützt (Abbildung 5). Seit 1980 ist der Anteil der pflichtversicherten Mitglieder – abgesehen von den strukturellen Einflüssen der Wiedervereinigung – gestiegen, gleichzeitig die Zahl der beitragsfrei versicherten Familienangehörigen deutlich gesunken. Auch der Anteil der freiwilligen Mitglieder hat leicht zugenommen. Damit hat sich das Verhältnis von Beitragszahlern zu Anspruchsberechtigten in den vergangenen 20 Jahren verbessert. Der Anteil der pflichtversicherten Rentner hat allerdings um 3,4 Prozentpunkte zugenommen.

Gleichwohl zeichnet sich das gravierende Problem für die Zukunft bereits heute ab: Mit der Alterung der Bevölkerung altert auch die Versicherungsgemeinschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Folglich steigt auch die Finanzierungslast, die die jungen Erwerbstätigen tragen, in der Zukunft deutlich an. Für den intergenerativen Solidarausgleich ergeben sich gravierende Konsequenzen, weil ältere Versicherte – gemessen an ihren lebenslang gezahlten Beiträgen – im Alter in den Genuss einer großzügigen und umfassenden Gesundheits-

Abbildung 5



versorgung kommen. Dagegen tragen die jüngeren Versicherten in den nächsten Jahren über ihre Beiträge die Hauptlast der Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Über den Lebenszyklus betrachtet zahlen sie höhere Beiträge als die heute älteren Versicherten. Im Alter hängt die Versorgung der heute jungen Mitglieder aber maßgeblich davon ab, ob die dann nachwachsenden Generationen noch bereit sind, auch zu Beitragssätzen jenseits der 20-Prozent-Marke eine gleichermaßen umfassende Gesundheitsvorsorge zu finanzieren. Erweisen sich, wie bereits heute absehbar, die erforderlichen Finanzierungslasten in der Zukunft als nicht mehr tragbar, dann müssen die heute jungen Beitragszahler erhebliche Einbußen in der Versorgung hinnehmen, obwohl sie lebenslang hohe Beiträge zur Versorgung ihrer Elterngeneration gezahlt haben.

Angesichts der Verschiebung des intergenerativen Solidarausgleichs in den nächsten Jahren stellt sich also nicht so sehr die Frage, wie über höhere Finanzmittel die Versorgung der älteren Versicherten garantiert wird. Denn deren Absicherung hängt maßgeblich davon ab, dass jüngere Mitglieder auch zukünftig noch bereit sind, den intergenerativen Lastenausgleich zu tragen. Gerade die leistungsfähigen Mitglieder verfügen über Abwanderungsoptionen in die Selbstständigkeit oder in das europäische Ausland. Deshalb muss zukünftig die Frage stärker in den Vordergrund rücken, wie das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung auch für junge Menschen attraktiv gestaltet werden kann.

Quasi-demographische Verzerrung des Solidarausgleichs

Dennoch hat die gesetzliche Krankenversicherung ein quasi-demographisches Problem. Ursächlich sind das Beitrags- und Rentenrecht: Im Gegensatz zu den altersbedingt steigenden Ausgaben fallen die Beiträge der Rentner systematisch geringer aus, denn in der Regel wird der Rentnerbeitrag auf der Grundlage der gesetzlichen Rente ermittelt. Die fällt aber gegenüber dem Erwerbseinkommen deutlich niedriger aus. Der Eckrentner erreicht im Jahr 2001 bei 45 Versicherungsjahren mit durchschnittlichem Verdienst gerade einmal 48 Prozent des durchschnittlichen Brutto-Jahresarbeitsentgelts (VDR, 2002, 29). Tatsächlich weisen

westdeutsche Männer im Durchschnitt nur 40 Versicherungsjahre auf, bei den westdeutschen Frauen sind es sogar nur knapp 26 Jahre (VDR, 2002, 36, 40), so dass das Verhältnis de facto noch schlechter ausfällt. Trotz steigender Ausgaben im Alter werden die Rentner im Beitrag stark begünstigt.

Für den Solidarausgleich ergeben sich Konsequenzen, wenn entweder die Anzahl der Rentner steigt – wie es zukünftig aufgrund der Alterung der Bevölkerung zu erwarten sein wird – oder weil die Rentenbezugsphase dauerhaft zunimmt (Abbildung 6). In den vergangenen 40 Jahren hat sich das Rentenzugangsalter kaum verändert, es liegt mit 60,2 Jahren im Jahr 2001 nur um ein Jahr über dem Wert von 1960. Bei den Regel-Altersrenten ist das Zugangsalter sogar um 2,3 Jahre gesunken (VDR, 2002, 65). Da gleichzeitig aber die Lebenserwartung in den vergangenen vier Dekaden deutlich gestiegen ist, hat sich die Rentenbezugsdauer und damit die Phase, in der die Rentner im Krankenversicherungsbeitrag begünstigt werden, um gut 4 Jahre für Männer und gut 8 Jahre für Frauen verlängert.

Daraus ergeben sich gravierende Folgen für den intergenerativen Solidarausgleich: Der durchschnittliche Krankenversicherungsbeitrag eines Rentners erreichte im Jahr 2000 gerade einmal 54,8 Prozent des durchschnittlichen Beitrags eines Erwerbstätigen (Abbildung 7). Zwar verbesserte sich diese Relation in den vergangenen 20 Jahren leicht, denn 1980 erreichten die Beiträge eines Rentners

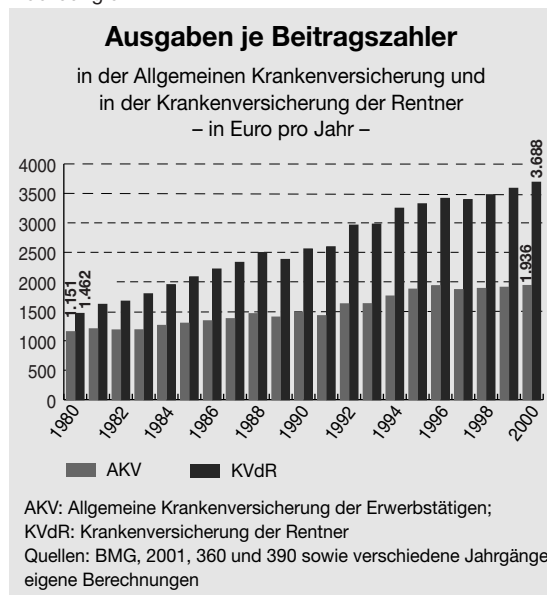
Abbildung 6



Abbildung 7



Abbildung 8



gerade einmal 49 Prozent des Beitrags eines Erwerbstätigen. Aber diese Entwicklung ist nicht auf einen höheren Beitrag der Ruheständler zurückzuführen (siehe Abbildung 5). Denn neben der sinkenden Geburtenzahl hat die steigende (Teilzeit-)Erwerbstätigkeit der Frauen zu einem höheren Anteil der Pflichtmitglieder geführt. Im Vergleich zur Entwicklung der Rentenhöhe ist die durchschnittliche Bemessungsgrundlage für den Beitrag der Erwerbstätigen schwächer gestiegen, weil der höhere Anteil an Teilzeitentgelten den Anstieg des Durchschnittsbeitrags je Mitglied bremst.

Im gleichen Zeitraum sind aber auch die Ausgaben der Krankenkassen überproportional gestiegen und dies, entsprechend dem typischen Ausgabenprofil im Lebenszyklus, vor allem bei den älteren Mitgliedern (Abbildung 8).

1980 übertrafen die Ausgaben je Rentner – bezogen auf beitragszahlende Ruheständler – die Ausgaben in der allgemeinen Krankenkasse (je erwerbstätigen Beitragszahler) um knapp 27 Prozent, im Jahr 2000 dagegen um über 90 Prozent. Auf 100 Euro Beitrag eines Rentners entfielen 1980 rund 205 Euro Leistungsausgaben je Ruheständler, im Jahr 2001 dagegen gut 229 Euro. Dagegen entfielen 1980 auf 100 Euro Beitrag eines Erwerbstätigen knapp 82 Euro Leistungsausgaben für Versicherte, die nicht im Ruhestand sind – im Jahr 2001 nur knapp 66 Euro (BMG, 2001, 360 und 390 sowie verschiedene Jahrgänge; eigene Berechnungen).

Damit hat sich die Ausgabendeckungsquote der Rentner und der Erwerbstätigen deutlich auseinander entwickelt. Mit Blick auf den intergenerativen Solidarausgleich ergibt sich eine deutlich höhere Belastung für die jüngeren Mitglieder im Erwerbstätigenalter (Abbildung 9): Die Subvention der erwerbstätigen Beitragszahler zugunsten der Krankenversicherung der Rentner ist von gut 18 Euro je 100 Euro Beitrag im Jahr 1980 auf über 34 Euro im Jahr 2000 gestiegen.

Abbildung 9



Verzerrte Einkommensumverteilung

Daneben haben sich auch die Voraussetzungen des einkommenspolitischen Solidarausgleichs gewandelt, und es ergeben sich entsprechend veränderte Umverteilungseffekte. Mit den Indikatoren Gehalt und gesetzliche Rente sollte ursprünglich die finanzielle Leistungsfähigkeit der Haushalte abgebildet werden. In zunehmendem Maße bestimmen aber

auch andere Einkünfte, zum Beispiel aus Vermögen oder Unternehmensbeteiligungen (Aktien oder Fondsvermögen), das Haushaltseinkommen – besonders im Alter und in Ergänzung zu den gesetzlichen Rentenbezügen. Deren Auswirkungen lassen sich erkennen, wenn man vereinfachend unterstellt, dass jeder Versicherte eine durchschnittliche Erkrankungswahrscheinlichkeit hat und auch der Familienstand keine Rolle spielt.

Sobald die sozialversicherungsfreien Einkommensbestandteile asymmetrisch unter den Mitgliedern verteilt sind, weicht die Beitragslast – bemessen nach der individuellen Gehalts- und Rentenhöhe – von der Vorstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit ab, je nachdem, wie hoch deren Anteil am Haushaltseinkommen ist.

Entsprechend ergeben sich verzerrte Einkommensumverteilungen, weil leistungsfähige Haushalte in der gesetzlichen Krankenversicherung durchaus entlastet, aber die weniger leistungsfähigen und bedürftigen Mitglieder stärker belastet werden können. Ähnliche Effekte treten bei Doppel- und Alleinverdienerhaushalten auf, wenn bei gleichem Gesamteinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze alleine die Aufteilung auf zwei Arbeitseinkommen zu einem höheren Gesamtbeitrag führt (Pimpertz, 2002a, 25–29). Aus dieser nicht treffsicheren Umverteilung resultieren gleichzeitig Anreize, die Haushaltseinkommen auch mit Blick auf die Sozialversicherungsbeiträge zu gestalten, zumal die Möglichkeiten zum Beispiel im Rahmen der Teilzeit- oder Altersteilzeitregelung zugenommen haben (Reformkommission Soziale Marktwirtschaft, 1999, 12).⁷

⁷ Zudem wird immer wieder behauptet, dass die höheren Verdienstgruppen auch eine geringere Erkrankungswahrscheinlichkeit aufweisen und deshalb der einkommenspolitische Ausgleich auch aus sozialversicherungstechnischen Gründen sinnvoll ist. In Einzeluntersuchungen konnte zwar nachgewiesen werden, dass die Häufigkeit einzelner Krankheitsbilder durchaus mit der Einkommenshöhe korrelieren kann. Dies scheint nahe liegend etwa für berufsbezogene Erkrankungen. Für eine Sozialversicherung ist aber – wie beschrieben – das Gesamtrisiko jedes Versicherten entscheidend. Deshalb ist zu beachten, dass der leitende Angestellte vielleicht weniger häufig an Krupp-Husten erkrankt, dafür aber ein höheres Herzinfarkt-Risiko aufweisen kann. Entscheidend ist die Frage, ob in der Summe Versicherte mit höherem Einkommen geringere Ausgaben verursachen. Dazu misslingt aber bisher jeder empirische Beleg, vielmehr zeigen die Studien, dass die Ausgaben je Versicherten unabhängig von der Gehalts- oder Einkommenshöhe auftreten.

2.3 Zwischenergebnis: Mangelnde Konzentration auf die Leistungsfähigkeit der Beitragszahler

Die Analyse zeigt, dass die angestrebten Solidarziele verfehlt werden. Einerseits setzen sich die Haushaltseinkommen heute anders zusammen als vor vierzig Jahren, so dass die proportionale Koppelung der Beiträge an das Gehalts- und Renteneinkommen nicht mehr die finanzielle Leistungsfähigkeit spiegelt. Andererseits ergeben sich aufgrund gesetzlicher Fehlsteuerungen wesentlich höhere Subventionen zugunsten der Krankenversicherung der Rentner als noch vor zwanzig Jahren. Neben der verlängerten Lebenserwartung ist hier aber der Gesetzgeber ursächlich beteiligt, weil die Rentenbezugsdauer nicht an die veränderten demographischen Gegebenheiten angepasst wurde. Daraus ergeben sich unmittelbar zwei Ansatzpunkte zur Reform der Beitragsfinanzierung:

- Zum einen könnte der Solidarausgleich treffsicherer ausgestaltet werden, wenn der Beitrag statt proportional zum Gehalts- und Renteneinkommen auf das gesamte Haushaltseinkommen bezogen würde.
- Zum anderen ist die Privilegierung des Rentnerbeitrags grundsätzlich zu hinterfragen. In einem ersten Schritt wäre daran zu denken, im Einklang mit einer notwendigen Reform des Rentenversicherungssystems darauf hinzuwirken, das Rentenzugangsalter sukzessive zu erhöhen. Damit würde sich die Phase der Beitragsprivilegierung verkürzen.
- Hebt man aber auf das Haushaltseinkommen statt auf die gesetzliche Rente ab, dann würden damit im zweiten Schritt die Leistungsfähigkeit der Rentnerhaushalte treffsicher abgebildet und somit ungerechtfertigte Begünstigungen im Krankenversicherungsbeitrag vermieden. Davon profitieren vor allem die erwerbstätigen Mitglieder ohne sozialversicherungsfreie Einkommen, die derzeit die Hauptlast tragen.⁸ Dieser Schritt wird besonders mit Blick auf die demographische Entwicklung vonnöten, denn nach dem derzeitigen Rechtsstand werden die Lasten, die aus der Alterung der Bevölkerung erwachsen werden, einseitig auf die Schultern junger Mitglieder geladen.

⁸ Bis März 2002 hatte diese Regelung zumindest für freiwillig versicherte Rentner Bestand. Der (ermäßigte) Beitragssatz wurde auf die satzungsgemäß bestimmten Einkommensbestandteile einschließlich der Einkünfte aus Vermögen oder Vermietung

3

Eingriffe im bestehenden Beitragsmodell – geringe Erfolgsaussichten

Die Bundesregierung setzt für 2003 eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze von monatlich 3.450 auf 3.825 Euro durch, um die Abwanderung von Arbeitnehmern mit Gehältern jenseits der Pflichtgrenze in die private Krankenversicherung einzuschränken und so die „Solidargemeinschaft zu stärken“ (Bundesregierung, 2002). Nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs V wären davon auch jene privat versicherten Angestellten betroffen, deren Entgelt zwischen alter und neuer Versicherungspflichtgrenze liegt und die noch nicht länger als fünf Jahre privat abgesichert sind (§ 8 Absatz 1, Ziffer 1a. SGB V). Sie würden nach bestehendem Recht automatisch wieder in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Die Bundesgesundheitsministerin beabsichtigt jedoch, diese Rückwanderung in die gesetzliche Solidargemeinschaft zu unterbinden.

Zur Beurteilung der Auswirkungen einer erhöhten Versicherungspflicht- und im weiteren Gang der Untersuchung einer erhöhten Beitragsbemessungsgrenze müssen die Effekte eines Wechsels von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung untersucht werden.

3.1 Versicherungswechsel und Solidarausgleich

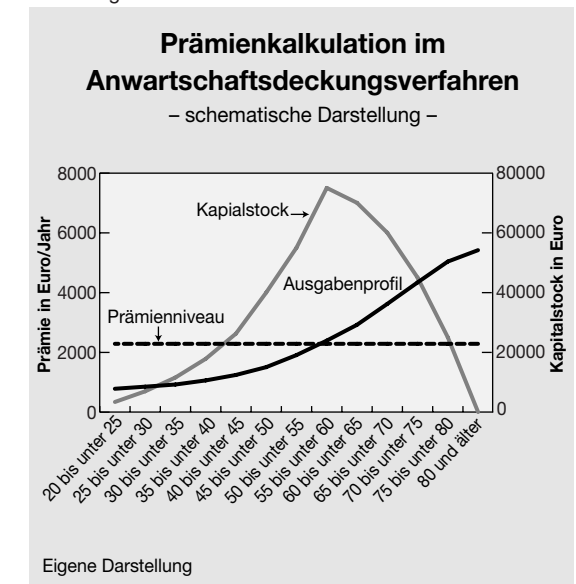
Vorab werden die Systemunterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung herausgestellt (dazu ausführlich Pimpertz, 2001, 161–176):

bezogen. Nachdem das Bundesverfassungsgericht die Ungleichbehandlung der freiwillig und pflichtversicherten Rentner angemahnt hat, wurde das Beitragsrecht für alle Neurentner vereinheitlicht. Seit April 2002 werden für Neurentner die Beiträge einheitlich auf die gesetzliche Rente bezogen, statt zusätzliche Einkommen für alle Rentnerhaushalte zu berücksichtigen. Für bisher freiwillig versicherte Rentner besteht zudem die Option, sich einmalig für die günstigste Variante nach altem oder neuem Recht zu entscheiden. Zukünftig ist also nur noch dann eine Berücksichtigung weiterer Einkommensbestandteile neben der gesetzlichen Rente zu erwarten, wenn sich die Rentner – aufgrund der Regeln zur beitragsfreien Mitversicherung der Ehepartner – nach altem Beitragsrecht günstiger stellen.

- Während die gesetzliche Krankenversicherung als Umlageverfahren konzipiert ist, stellt die private Krankenversicherung ein kapitalgedecktes Anwartschaftsdeckungsverfahren dar.
- Daraus resultiert, dass in der privaten Krankenversicherung im Unterschied zu lohn- oder rentenbezogenen Beiträgen feste, risikobezogene Prämien erhoben werden, die die Versicherten unabhängig von ihrer Einkommensquelle bezahlen.

- Ferner werden die Prämien so kalkuliert, dass sie trotz des typischen Ausgabenverlaufs über den Lebenszyklus – von allgemeinen Kostentrends abgesehen – ein lebenslang konstantes Prämienniveau gewährleisten. Die in den ersten Mitgliedsjahren zu viel abgeführten Prämienanteile werden in einem Kapitalstock angesammelt und verzinst. Übersteigen die erwarteten Ausgaben im Alter das monatliche Prämienniveau, wird der Kapitalstock sukzessive aufgelöst und die Prämie gleichermaßen durch den Abbau der Kapitalrücklage subventioniert (Abbildung 10).

Abbildung 10



In der privaten Krankenversicherung tragen die Mitglieder damit die volle Kostenverantwortung für das versicherte Risiko für die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses. Daraus resultiert ein grundsätzlich anderer Solidarausgleich als in der gesetzlichen Krankenversicherung (Pimpertz, 2002b, 11–12):

- Der krankensicherungstechnische Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken einer Risikoklasse findet wie in der gesetzlichen Versicherung statt.
- Da aber beim Eintritt in eine private Krankenversicherung nach Geschlecht, Alter und Vorerkrankungen differenziert wird, findet der sozialversicherungstechnische Ausgleich zwischen unterschiedlichen Risiken nur eingeschränkt statt.
Zum einen unterscheiden die Eingangsuntersuchungen nicht trennscharf nach den Risikoklassen, weil die erforderlichen Transaktionskosten zu hoch erscheinen oder bestimmte Risiken nicht vorab zu bestimmen sind.
Zum anderen schreibt der Gesetzgeber vor, dass ein Teil der Verzinsung von Altersrückstellungen auf die älteren Versichertenkohorten umverteilt wird, um einem übermäßigen Beitragsanstieg für diejenigen vorzubeugen, deren Verträge bei Abschluss noch nicht an der Kalkulation lebenslang konstanter Prämien ausgerichtet waren.
- Die risikobezogene Unterscheidung nach Altersklassen beschränkt den Ausgleich jeweils auf nur eine Alterskohorte eines Versicherungstarifs. Damit erweist sich die private Krankenversicherung gegenüber demographischen Veränderungen grundsätzlich resistent, denn jede Altersklasse muss die zu erwartenden Ausgaben- und Kostensteigerungen – unabhängig davon, ob sie durch eine länger Lebenserwartung oder durch eine teurere Versorgung hervorgerufen werden – selbst tragen. Ein intergenerativer Ausgleich, besonders eine Verschiebung auf nachwachsende Generationen, ist ausgeschlossen.
- Auch die familienpolitische Umverteilungskomponente fehlt in der privaten Versicherung, alle Personen – auch die Kinder – sind nach ihrem individuellen Risiko gesondert zu versichern. Ein dreiköpfiger Haushalt zahlt damit drei Prämien, jeweils eine für jeden Anspruchsberechtigten. Finanziert werden müssen diese Zahlungen aus dem gesamten Haushaltseinkommen. Damit wird der Solidarausgleich gewissermaßen rückverlagert auf die Familie, wenn etwa ein Partner weniger zum Haushaltseinkommen beiträgt, weil er sich überwiegend der Kindererziehung widmet.
- Somit entfällt auch der Einkommensausgleich zwischen unterschiedlich leistungsfähigen Mitgliedern. Bei gleicher Prämienbelastung, aber

unterschiedlich hohem Einkommen erfolgen Einkommensumverteilungen nur im Rahmen des allgemeinen Steuer-Transfer-Systems.

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich negative Konsequenzen aus einer Abwanderung in die private Alternative, sobald ein „gutes“ Risiko ausscheidet. Gute Risiken im Sinne der Solidarziele sind solche Versicherten, die per saldo mehr in die Krankenkasse einzahlen, als sie an Ausgaben verursachen. In der politischen Rhetorik wird vorschnell vermutet, dass mit „jungen und besser verdienenden Singles“ vor allem gute Versicherungsrisiken abwandern und damit die gesetzliche Solidargemeinschaft geschwächt wird. Für die Rückwirkung ist aber die Netto-position des abwandernden Mitglieds sowohl über alle fünf Dimensionen des Solidarausgleichs als auch über die gesamte Versicherungsdauer entscheidend (im Folgenden Pimpertz, 2002b, 13–16):

- Die Abwanderung von Mitgliedern mit überdurchschnittlich hohen Verdiensten bedeutet noch nicht zwangsläufig eine Schwächung der gesetzlichen Solidargemeinschaft. Denn bei ansonsten durchschnittlich ausgeprägten Risikomerkmale muss ein privat Versicherter keineswegs lebenslang mit seinen Entgelten über der Versicherungspflichtgrenze liegen. Unterschreiten die Jahresarbeitsentgelte die Grenze, so kann der privat Versicherte sich gegen die Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden, wenn er zuvor mindestens fünf Jahre privat versichert gewesen ist. In der gesetzlichen Krankenversicherung wäre er aber aufgrund seiner gesunkenen Beitragskraft nicht mehr eindeutig zu den „guten Risiken“ zu zählen.

Da die privaten Krankensicherer keine Daten über den Einkommensstatus ihrer Mitglieder generieren, bleibt unklar, ob die Wechsler lebenslang „gute Risiken“ im Sinne ihrer Finanzkraft bleiben. Würde allerdings die These zutreffen, dass die Abwanderung zu einer Verbesserung der Einkommensposition der Wechselwilligen führt, weil die Belastungen aus dem Solidarausgleich in der privaten Versicherung entfallen, müsste dieser Anreiz für alle Mitglieder mit Entgelten jenseits der Versicherungspflichtgrenze wirken. Deshalb wäre ein sinkender Anteil freiwilliger Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung

zu erwarten. Tatsächlich ist deren Anteil aber allein seit der Wiedervereinigung von 7,3 auf 9,4 Prozent gestiegen (siehe Abbildung 5).

- Auch die Beobachtung, dass überwiegend Singles in die private Alternative wechseln, führt nicht zwangsläufig zu einer „Entsolidarisierung“. Entscheidend ist, ob der Versicherte auch in Zukunft im Einzelhaushalt lebt oder eine Familie gründet. Auch wenn der Single zunächst ein „gutes Risiko“ zu sein scheint, wird er in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Kostenrisiko, sobald er eine Familie gründet und der Partner und die Kinder beitragsfrei versichert werden. Dagegen fallen im privaten System für jedes Haushaltsmitglied individuelle Versicherungsprämien an, so dass dort die Familie die volle Verantwortung für die Versicherungskosten trägt.

Tatsächlich weist die Mitgliederstruktur in der privaten Krankenversicherung einen Anteil der Kinder bis einschließlich 15 Jahren von 15 Prozent für das Jahr 2001 auf (PKV, 2002, 14). In der gesetzlichen Krankenversicherung betrug der Anteil der unter 15-jährigen Anspruchsberechtigten ebenfalls 15 Prozent (BMG, 2002c, 184–197; eigene Berechnungen). Damit weicht der Kinderanteil in der privaten Krankenversicherung nur geringfügig ab. Folglich kann auch die pauschale Vermutung nicht aufrechterhalten werden, die gesetzliche Solidargemeinschaft werde durch die Abwanderung von Singles geschwächt. Denn offensichtlich gründen die Singles auch in der privaten Krankenversicherung mit gleicher Wahrscheinlichkeit eine Familie. Dort tragen sie aber im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung die volle Kostenverantwortung für den Versicherungsschutz der Kinder – die gesetzliche Solidargemeinschaft wird also entlastet.

- Augenscheinlich entziehen sich aber abwanderungswillige Mitglieder dem Solidarausgleich zwischen Alt und Jung. Dass überwiegend junge Mitglieder wechseln, ist mit dem kapitalgedeckten Anwartschaftsdeckungsverfahren zu erklären. Da die Kalkulation – unter idealisierten Voraussetzungen – lebenslang konstanter Prämien konstitutiv ist, haben ältere Neuversicherte nur noch eine geringere Lebensspanne mit niedriger Schadenserwartung. Sie gelangen schneller in die Phase stei-

gender Ausgaben. Soll dennoch ein Kapitalstock angespart werden, der die Prämienhöhe im Alter sichern soll, muss das Prämienniveau entsprechend der kürzeren Versicherungslaufzeit deutlich höher liegen, je später der Einstieg in die private Versicherung erfolgt. Gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung kann dann die private Alternative unattraktiv erscheinen, weil in der gesetzlichen Krankenversicherung der Beitrag durch die Beitragsbemessungsgrenze gekappt wird. Daraus könnte gefolgert werden, dass der steigende Anteil freiwilliger Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung überwiegend durch ältere Jahrgänge bestritten wird. Sie belasten aufgrund ihrer Schadenserwartung den Solidarausgleich, während die jungen und gesunden Mitglieder abwandern. Tatsächlich trügen dann die verbleibenden jungen Mitglieder, die nicht abwandern können, die Hauptlast des Ausgleichs zwischen Jung und Alt.

Diese Argumentation greift aber zu kurz. Denn bei einer Geburtenhäufigkeit von weniger als 1,4 Kindern je Frau (im geburtsfähigen Alter) wird die Bevölkerung dauerhaft schrumpfen. Im Gegensatz zum Anwartschaftsdeckungsverfahren, in dem der einzelne Versicherte die Kostenrisiken lebenslang selbst trägt, werden im Umlageverfahren immer größere Lasten auf nachfolgende Generationen überwältigt. Der Verbleib abwanderungswilliger und junger Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung stabilisiert somit zwar heute den Solidarausgleich zwischen jungen Erwerbstätigen und Rentnern – sofern sie nicht aufgrund der beitragsfreien Versicherung von Familienmitgliedern per saldo ein Kostenrisiko darstellen. Sobald die heute erwerbstätigen Mitglieder aber selbst in das Alter mit überdurchschnittlichen Ausgaben kommen, wälzen sie ihrerseits altersbedingte Lasten auf die Schultern der schwächer besetzten nachwachsenden Generation ab. Eine scheinbare Stärkung des Solidarausgleichs zwischen Jung und Alt wird heute erkaufte mit der Verschiebung der Alterslasten auf zukünftige Generationen – das eigentliche Problem bleibt ungelöst. Eine potenzielle kurzfristige Entlastung zugunsten heutiger Rentner kehrt sich bereits auf mittlere Sicht in eine langfristige Belastung junger Mitglieder um.

Ausschlaggebend ist aber die Nettoposition über alle fünf Dimensionen des Solidarausgleichs. Selbst wenn junge Mitglieder kurzfristig den Altersaufbau und damit den intergenerativen Solidarausgleich marginal verbessern, treten gegenläufige Effekte auf, sobald diese auf anderen Ebenen des Solidarausgleichs zu Kostenrisiken und damit zu Empfängern des Solidarausgleichs werden. So belastet die beitragsfreie Versicherung der Familienangehörigen die gesetzliche Gemeinschaft auch in den „jungen Jahren“ des Beitragszahlers. Wenn nach dem Ablauf der Erziehungsphase familienbedingte Ausgaben entfallen, stehen die Versicherten bereits in einem Lebensalter, in dem überdurchschnittliche Leistungsausgaben entstehen können. Anders als in der privaten Versicherung können diese Lasten aber innerhalb des Umlageverfahrens auf nachfolgende Generationen verschoben werden.

3.2 Fiskalische Effekte einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze

Welche fiskalischen Effekte sind angesichts der bisher abgeleiteten Ergebnisse von einer auf monatlich 3.825 Euro erhöhten Versicherungspflichtgrenze zu erwarten, wenn bereits für den Status quo kein eindeutig positiver Effekt für die gesetzliche Solidargemeinschaft abgeleitet werden kann?

Die am besten auf das Problem zugeschnittene Simulation weist für den Fall einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze an das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung Beitragssatzeffekte zwischen einer Mehrbelastung um 0,06 und einer Entlastung des Beitragssatzes um 0,15 Prozentpunkte aus (Wiesemann, 1998, 71).⁹ Der Effekt ist also er-

⁹ Eine jüngere Schätzung aus dem Jahr 2001 liegt vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, vor, die aber in ihren Szenarien die Fallkonstellation einer isolierten Anhebung der Versicherungspflichtgrenze nicht berücksichtigt. Die alternative Variante einer bevölkerungsumfassenden Versicherungspflicht nimmt zwar den politisch erwünschten Effekt einer verhinderten Abwanderung vorweg. Die Schätzung bezieht aber auch die Beamten und privat Versicherten mit ein, die aufgrund ihres Erwerbsstatus oder des Vertrauensschutzes nicht in die gesetzliche Krankenversicherung integriert werden können (Pimpertz, 2002b, 16 f.).

wartungsgemäß nicht eindeutig. Dabei überschätzt die Simulation den Effekt noch, obwohl sie sowohl Ankündigungseffekte, wie sie sich derzeit in den erhöhten Zuwanderungsströmen zur privaten Krankenversicherung spiegeln, als auch Abwanderungsquoten für diejenigen Mitglieder, die über der erhöhten Versicherungspflichtgrenze liegen, einbezieht.

Zum einen wird die Versicherungspflichtgrenze, wie in der Studie unterstellt, nicht auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben, die nach altem Recht im Jahr 2003 monatlich 4.600 Euro betragen hätte. Stattdessen wird die Versicherungspflichtgrenze nur auf 3.825 Euro angehoben. Der Sprung von 3.375 auf 3.825 Euro ergibt sich aufgrund der einmaligen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung vom rund 1,8- auf das 2fache des Durchschnittsentgelts zum Jahreswechsel 2002/2003. Unter diesen Bedingungen dürfte sich ein erheblich kleinerer Effekt auf den Beitragssatz als die ohnehin bereits geringe Schätzbreite von 0,2 Beitragssatzpunkten ergeben.

Zum anderen lassen sich die intergenerativen Verteilungseffekte kaum simulieren. Die Studie schätzt einen einmaligen Effekt auf der Basis altersspezifischer Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Jedoch darf dieser Effekt nicht auf die Zukunft übertragen werden, weil mit dem Verbleib der heute noch jungen Mitglieder in der gesetzlichen Krankenkasse zukünftig altersbedingte Ausgaben auf nachwachsende Generationen verschoben werden. Diese wirken sich nach dem bestehenden Beitragsrecht tendenziell negativ auf den Beitragssatz aus. Neben dem kaum nachweisbaren fiskalischen Effekt werden aber die Anreize zur Beitragsvermeidung weiter gestärkt, so dass die Einnahmenseite zusätzlich geschwächt wird.

Im Zusammenhang mit der Anhebung der Versicherungspflicht- wird eine Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze diskutiert. Auch hierzu liegen ernüchternde Schätzungen vor:

Das DIW Berlin schätzt die potenziellen Netto-Mehreinnahmen bei einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung für die bisherigen Mitglieder auf rund 4,6 Milliarden Euro.

Dieser Summe entspricht eine Beitragssatzsenkung von maximal 0,5 Punkten (DIW, 2001, 181, 187, Modellvariante 1). Allerdings ist dieses Ergebnis bereits aufgrund der oben angeführten Einwände zu relativieren, weil Entgelte nach derzeitigem Rechtsstand im Jahr 2003 nur bis 3.825 Euro der Beitragspflicht unterliegen würden statt bis 4.600 Euro, die im Modell des DIW zugrunde zu legen wären. Negative Anreizeffekte auf die Erzielung beitragspflichtiger Einkommen bleiben ebenso unberücksichtigt wie mögliche Einflüsse auf das Nachfrageverhalten der Versicherten, die ohne zusätzliche Leistungen mit einer höheren Abgabe für den Krankenversicherungsschutz belegt werden.

Dagegen bezieht die Studie von Wiesemann aus dem Jahr 1998 explizit die Wanderungsströme ein, die durch eine Anhebung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze ausgelöst werden. Wiederum ist der Effekt in den Modellvarianten nicht eindeutig, die Beitragsentlastung fällt nur geringfügig höher aus als im Fall der isolierten Anhebung der Versicherungspflichtgrenze: Bei unveränderter Wanderung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung könnte der Beitragssatz um 0,14 Punkte gesenkt werden, bei einer deutlich verringerten Wanderungsbewegung immerhin um bis zu 0,3 Punkte. Der Effekt kehrt sich aber um, sobald sich die Wanderungsbewegung verstärkt, etwa aufgrund von Ankündigungseffekten. Dann müsste der Beitragssatz sogar um einen Zehntelpunkt steigen (Wiesemann, 1998, 66 f.).

3.3 Zwischenergebnis: Kein Gewinn für die Solidargemeinschaft

Weder die Anhebung der Versicherungspflicht- noch die Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze versprechen eine Lösung der Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Effekte auf den Beitragssatz sind nicht eindeutig und selbst im günstigsten Fall vergleichsweise minimal, wenn man das Einsparpotenzial auf der Ausgabenseite berücksichtigt. Eine Konzentration des Leistungskatalogs verspricht dagegen ein Einsparpotenzial von bis zu 17,5 Prozent der Kassenausgaben oder 2,4 Beitragssatzpunkten (Pimpertz, 2002,

38). Schlimmer noch, der Solidarausgleich wird keineswegs gestärkt, wie immer wieder fälschlicherweise behauptet wird. In der empirischen Überprüfung führt selbst eine Entlastung des Beitragssatzes zu keiner Verbesserung der Verteilungsergebnisse. Umverteilungen, die sich zum Beispiel auf der einkommenspolitischen Dimension des Solidarausgleichs in gewünschter Richtung ergeben, werden durch entgegengesetzte Effekte auf der familienpolitischen oder intergenerativen Ebene konterkariert (Winkelhake/John, 2002, 182 und 1999, 211–213).

Dabei werden in der Regel nur die kurzfristigen Effekte beachtet, langfristige Folgen für den intergenerativen Ausgleich bleiben außer Acht. Berücksichtigt man hingegen, dass die Alterung der heute noch jungen Versicherten im System der gesetzlichen Krankenversicherung die ohnehin bereits belasteten Generationen zukünftiger Erwerbstätiger zusätzlich fordert, dann ergibt sich eine der politischen Diskussion entgegengesetzte, zunächst paradox anmutende Folgerung: Statt die Versicherungspflichtgrenze unter dem Vorwand der Solidarität zu erhöhen, müsste sie mit Blick auf den intergenerativen Solidarausgleich gesenkt werden. Denn jedes Mitglied, das in die private Krankenversicherung wechselt, trägt dort lebenslang die volle Kostenverantwortung und entlastet damit die gesetzliche Solidargemeinschaft.

4

Vom Beitrags- zum Prämienmodell

Angesichts der demographischen und quasi-demographischen Belastungen sowie der Ausgabenentwicklung durch den medizinisch-technischen Fortschritt unter unveränderten Rahmenbedingungen (Pimpertz, 2001, 187–190) werden die Finanzierungserfordernisse in der Zukunft weiter steigen. Daraus ergeben sich für die immer schwächer besetzten Jahrgänge der nachwachsenden Generationen nach derzeitigem Beitragsrecht Belastungen, die auf absehbare Zeit nicht mehr tragbar sind. Die erforderlichen Beitragssätze führen zu nochmals drastisch verschlechterten Beschäftigungschancen und in der Folge zu einer weiteren Erosion der

Einnahmen gesetzlicher Krankenkassen. Die gesetzliche Solidargemeinschaft ist damit dauerhaft gefährdet, denn unter den sich abzeichnenden Bedingungen werden weder die krankensicherungsbezogenen noch die einkommensbezogenen Umverteilungen im derzeitigen Umfang aufrechtzuerhalten sein.

Eingriffe in die Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen, auch wenn sie im Namen der Solidarität begründet werden, führen zu keiner nennenswerten Entlastung, belasten aber spätestens auf mittlere Sicht den Solidarausgleich. Ursache ist die ungeeignete Konstruktion der Umverteilung, weil mit nur einem Instrument – den gehalts- und rentenbezogenen Beiträgen – nicht alle fünf Dimensionen des Solidarausgleichs treffsicher abgebildet werden können. Gleichwohl stößt aber die Idee einer solidarischen Versicherung auf eine unverändert breite Akzeptanz. Deshalb ist zu prüfen, ob über eine geeignete Finanzierungsform sowohl die gesundheitsbezogenen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gesichert als auch die Einkommensumverteilungen treffsicher und deshalb gerechter organisiert werden können.

4.1 Vom einkommensbezogenen Beitrag zur Pauschalprämie

Ein Ansatz, die krankensicherungsbezogenen Umverteilungen zu stärken, ist das Konzept der Pauschalprämien (Knappe/Arnold, 2002). Zunächst steht die Frage im Vordergrund, welcher Voraussetzungen es bedarf, einen effizienzsteigernden Kassenwettbewerb zu initiieren. Versicherungen sollen den Anreiz verspüren, über Instrumente auf der Beschaffungsseite die Ausgaben zu senken. Dies kann zum Beispiel über Einzelverträge mit konkurrierenden Leistungsanbietern gelingen (Pimpertz, 2002a, 39–44). Der Anreiz zur Beeinflussung der Ausgaben-seite wirkt umso stärker, je eher über entsprechend niedrigere Beiträge Marktanteile gewonnen werden können. Gewinner wären die Versicherten, die von der Konkurrenz zwischen den Krankenkassen in Form niedriger Belastungen profitieren.

Dieser Hebel wirkt aber nur dann auf alle Versicherten, wenn der individuelle Beitrag die versicherten Sozialversicherungsrisiken spiegelt statt

unterschiedliche Höhen der Gehälter und Renten. Denn im heutigen Beitragsrecht wirken sich potenzielle Einsparungen bei niedrigem Gehalt oder Renteneinkommen nur in geringen (absoluten) Beitragsunterschieden aus. Die Einsparpotenziale reichen möglicherweise im Einzelfall nicht aus, den Versicherten zum Wechsel von der unwirtschaftlichen zur effizienten Krankenkasse zu bewegen. Der Wettbewerbsdruck auf die Kassen sinkt, zumal derzeit Beitragssatzunterschiede im Risikostrukturausgleich zusätzlich nivelliert werden.

Deshalb erscheint es sinnvoll, die Finanzierung auf Versicherungsprämien umzustellen und von der individuellen Gehalts- oder Rentenhöhe abzukoppeln. Prämiennachlässe effizient wirtschaftender Krankenkassen wirken sich dann auf alle Versicherten in gleichem Maße aus und verstärken den Wettbewerbsanreiz für die Versicherungen. Gleichzeitig wird die beschäftigungsschädliche Verbindung von Arbeitsmarkt und Gesundheitssystem aufgehoben – die Gesundheitsversorgung ist nicht länger von der Beschäftigungssituation abhängig.

Ein solches System wird in der Schweiz seit 1994 erfolgreich und mit hoher Akzeptanz in der Bevölkerung praktiziert (Böcken et al., 2000, 97–110).¹⁰ In der Wissenschaft wird dieses Modell seit längerem diskutiert und zuletzt durch den Sachverständigenrat propagiert (SVR, 2002, 27 und 454). Im Folgenden wird der Ansatz von Knappe und Arnold aufge-

¹⁰ Gleichwohl kämpft das Schweizer Gesundheitssystem mit steigenden Gesundheitsausgaben und in der Folge höheren Prämienanforderungen für die Versicherten. Die Ursachen sind hier aber weniger im Finanzierungssystem als auf der Ausgabe-seite zu suchen. Obwohl mit der Pauschalprämie die Voraussetzungen für einen effizienzsteigernden Wettbewerb geschaffen wurden, blieben die Anreizstrukturen bei der stationären Versorgung und im Honorar-Verhandlungssystem ähnlich wie in Deutschland problematisch (Böcker et al., 2000, 97–110). Das Schweizer Sozialversicherungs-Modell zeichnet sich neben den systematischen Unterschieden im Gesundheitswesen durch eine Konzentration der Einkommensumverteilungen im Rentenversicherungssystem aus. In der gesetzlichen Rentenversicherung, die nur 42 Prozent der Alterseinkommen ausmacht, werden Beiträge auf alle Einkommen und nach oben unbegrenzt entrichtet. Der Rentenversicherungsanspruch im Alter schwankt dann zwischen 1.055 und 2.110 Schweizer Franken, je nach Beitragszahlung während der Erwerbsphase. Im Gegenzug bleibt die Krankenversicherung von Einkommensumverteilungen befreit.

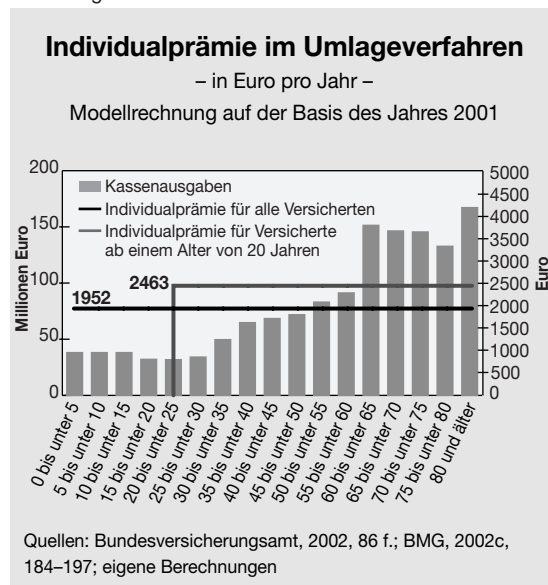
griffen, weil beide Autoren – im Gegensatz zu theoretischen Modellen – den Nachweis der Finanzierbarkeit empirisch belegen.

Krankenversicherungstechnischer Solidarausgleich und Pauschalprämie

Die einfachste Lösung, das private Krankenversicherungssystem zu kopieren, scheitert an der risikoäquivalenten Prämienkalkulation auf privaten Märkten. Solange an dem sozialversicherungstechnischen und dem intergenerativen Solidarausgleich festgehalten werden soll, müssen Risikodifferenzierungen auf der Finanzierungsseite unterbunden werden. Dazu ist aber kein einkommensbezogener Beitrag vonnöten, denn die sozialversicherungstechnische Umverteilung lässt sich auch durch die Umlage des zu erwartenden Ausgabenvolumens einer Periode auf alle versicherten Personen erreichen (Abbildung 11).

Die Ausgaben der Krankenkassen, hier nach Altersklassen differenziert,

Abbildung 11



¹¹ Abweichungen gegenüber dem tatsächlichen Wert von 1.941 Euro pro Jahr sind rundungsbedingt.

Monatsprämie um bis zu 17,5 Prozent auf knapp 135 Euro senken. Der sozialversicherungstechnische Solidarausgleich bleibt erhalten, weil die Prämie nicht nach individuellem Risiko differenziert erhoben wird.

Die Pauschalprämie wird nicht wie bei einer Einheitsversicherung zentral berechnet. Vielmehr stehen verschiedene Versicherungsunternehmen im Wettbewerb. Es wird unterstellt, dass die Wanderungsbewegungen zum jeweils günstigsten Anbieter dazu führen, dass sich ein Prämienniveau einpendelt, das dem hier errechneten Durchschnitt entspricht.

Nun könnte aber die Konzentration „schlechter Gesundheitsrisiken bei einzelnen Kassen“ – im Modell der Pauschalprämien spielen Einkommensrisiken zunächst keine Rolle mehr – zu einer „Entsolidarisierung“ führen und im Widerspruch zur Sozialversicherungsidee stehen. Deshalb ist an dem Kontrahierungszwang mit Diskriminierungsverbot wie bisher festzuhalten, damit die Versicherten ungehindert zwischen verschiedenen Versicherungsanbietern wechseln (Pimpertz, 2002a, 40 f.). Die Versicherten können – unabhängig von ihrer eigenen Schadenserwartung – jeder Versichertengemeinschaft am Markt beitreten.

Durch die Umlage auf alle anspruchsberechtigten Personen würde aber die familienpolitische Komponente des Solidarausgleichs entfallen. Familien mit zwei Kindern hätten monatlich vier Pauschalprämien, also insgesamt 652 Euro (bei reduziertem Leistungskatalog 540 Euro), zu bezahlen, Single-Haushalte nur 163 Euro (135 Euro). Diese Finanzierung wäre zwar versicherungsmathematisch sauber, würde aber die Familien stark belasten. Ein Ausgleich ließe sich alternativ über das Steuer-Transfer-System organisieren. Dann würden aber die Personenkreise der Zahler und Empfänger voneinander abweichen – die große Gemeinschaft der Steuerzahler müsste für die familienbedingten Lasten in der kleineren Gemeinschaft der gesetzlichen Kassenmitglieder aufkommen. Deshalb kann der familienpolitische Ausgleich – solange er ausschließlich am „Risikomerkmal“ Kinder anknüpft – effizienter in der Gemeinschaft der Kassenmitglieder organisiert werden (Knappe/Arnold, 2002, 16 f., 19 f.).

Folglich werden die saldierten Kassenausgaben einer Periode nicht auf alle Versicherten, sondern nur auf die erwachsenen Mitglieder umgelegt.

Kinder und Jugendliche ohne eigenes Einkommen zahlen keine Prämie (Knappe/Arnold 2002, 16 f.) – im Modell vereinfacht durch die Altersgruppe der unter 20-Jährigen dargestellt. Die Pauschalprämie steigt damit auf 2.463 Euro pro Jahr oder gut 205 Euro pro Monat. (Mit der Konzentration des Leistungskatalogs ergäbe sich eine Absenkung der monatlichen Pauschalprämie auf bis zu 169 Euro.) Der Single-Haushalt zahlt damit monatlich 42 Euro mehr als im ersten Fall. Dieser Prämienaufschlag kommt den Familien zugute. Zwar zahlen die Eltern auch jeweils 42 Euro mehr an Pauschalprämie – sie kommen also zumindest teilweise für die Ausgaben der Kinder auf –, für die eigenen Kinder fallen aber keine Pauschalprämien an.

Auch der intergenerative Solidarausgleich bleibt wie bisher bestehen, da die Pauschalprämie weder das individuelle Ausgabenprofil noch die zahlenmäßige Besetzung der unterschiedlichen Alterklassen berücksichtigt (und auch die älteren Versicherten ohne Verlust der medizinischen Versorgung zwischen den Kassen wechseln können).

Einkommensumverteilung und Pauschalprämie

Gleichwohl können im Pauschalprämien-Modell Haushaltsbelastungen entstehen, die einzelne Versicherte oder Familien überfordern. Zu fragen ist deshalb, anhand welcher Kriterien Bedürftigkeit festgestellt werden soll und wie dann entsprechende Unterstützungen durch die Gesellschaft zu organisieren sind. Wie im Laufe der Untersuchung bereits festgestellt wurde, ist aber weder die Höhe des Gehalts noch die der Rente ein geeigneter Indikator für die Leistungsfähigkeit oder Bedürftigkeit einzelner Beitragszahler.

Ausgangspunkt des Konzepts zur Feststellung der Bedürftigkeit ist das Haushaltseinkommen, das sich im Einzelfall aus unterschiedlichen Einkommensquellen zusammensetzen kann. Dieses Haushaltseinkommen verteilt sich nach unterschiedlichen Bedarfsgewichten auf die einzelnen Haushaltsmitglieder (Übersicht 2; Knappe/Arnold, 2002, 18 f.).

Unter Verwendung der neuen (modifizierten) OECD-Skala wird dem Haushaltsvorstand ein Gewicht von 1,0 zugewiesen, dem erwachsenen Partner dagegen nur ein Gewicht von 0,5. Dahinter steht die Vorstellung, dass bestimmte Haushaltsausgaben, zum Beispiel für Miete oder die Anschaffung von Haushaltsgeräten, sich nicht proportional mit der Anzahl der Haushaltsmitglieder erhöhen. Ein Beispiel:

Der Single benötigt eine Waschmaschine. Gründet er mit seinem Lebenspartner einen gemeinsamen Haushalt, reduziert sich die Haushaltsausgabe je Haushaltsmitglied, weil für die zweite Person keine zusätzliche Waschmaschine angeschafft werden muss. Entsprechend werden Kinder im Alter bis unter 14 Jahren mit dem Faktor 0,3 und Kinder ab 14 Jahren mit dem Faktor 0,5 gewichtet. Mittels der bedarfsorientierten Gewichte lassen sich in der Folge die tatsächlichen Haushaltseinkommen in so genannte Äquivalenz-Haushaltseinkommen übertragen. Diese fungieren als Wohlstandsindikatoren und erlauben einen Wohlstandsvergleich mit Blick auf die tatsächlich zu versorgenden Personen. So lassen sich über den Vergleich der Äquivalenzeinkommen Bedürftigkeit und Leistungsfähigkeit treffsicher feststellen.

Anhand des Äquivalenzeinkommens kann nun auch festgestellt werden, ob ein Haushalt durch die Zahlung von Pauschalprämien finanziell überfordert und bedürftig wird. In diesem Fall tritt die Gemeinschaft der

Übersicht 2

Das Konzept des Äquivalenzeinkommens		
Haushalts-Nettoeinkommen	Bedarfsorientierte Gewichte der Haushaltsmitglieder	Haushalts-Äquivalenzeinkommen
		nach neuer OECD-Skala
Kapital-, Mieteinkommen, Transfers und Ähnliches + Arbeitseinkommen = 2.000 Euro/Monat	Haushaltsvorstand 1,0	Haushalts-einkommen/ Summe der Personen im Haushalt 2.000 / (1+0,5+0,3) = 1.111,11 Euro/Monat
	Lebenspartner 0,5	
	Je Kind ab 14 Jahren 0,5	
	Je Kind unter 14 Jahren 0,3	
Quelle: Darstellung nach Knappe/Arnold, 2002, 18 f.; eigene Berechnungen		

Steuerzahler, die auch bei der Sozialhilfe herangezogen wird, für die Prämienzahlung ein. Wer aufgrund der erforderlichen Pauschalprämie bedürftig wird, hat einen Anspruch auf staatliche Zuschüsse zur Krankenversicherungsprämie (zweckgebundener Transfer). Dieser Transfer wird bei einem Äquivalenzeinkommen bis zur Sozialhilfegrenze sinnvollerweise 100 Prozent betragen, mit steigendem Äquivalenzeinkommen aber zum Beispiel linear abnehmen (Knappe/Arnold, 2002, 16–19; Abbildung 12).

4.2 Fiskalische Effekte des Pauschalprämienmodells

Zur Abschätzung der fiskalischen Folgen, also der zusätzlichen Belastungen für den Steuerzahler, ist zunächst die Schichtung der Bevölkerung nach dem Äquivalenzeinkommen vorzunehmen. Hier ergibt die Studie eine typische linkssteile Verteilungskurve (auf der Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes 1998, Knappe/Arnold, 2002, 33–46). Für die Berechnung des notwendigen Transfervolumens ist nun eine Wertentscheidung zu treffen, bis zu welchem Äquivalenzeinkommen Haushalte als bedürftig einzustufen sind.

Dem Vorschlag der Autoren folgend könnte man eine Drittelung der nach dem Äquivalenzeinkommen geschichteten Bevölkerung vornehmen (Abbildung 12). Das erste Drittel mit den geringsten Äquivalenzeinkommen soll demnach als bedürftig eingestuft werden. Daraus ergibt sich ein zweckgebundener Transferanspruch zur Pauschalprämie für die Sozialhilfebezieher in voller Höhe und danach linear abnehmend für höhere Äquivalenzeinkommen bis zu dem Wert, der die Grenze zum zweiten Drittel markiert. Versicherte mit einem Äquivalenzeinkommen im mittleren Drittel der Verteilungskurve dürfen als leistungsfähig angesehen werden, ihnen soll die selbstständige Finanzierung der Pauschalprämie zugemutet werden. Allerdings sind diese Haushalte so gestellt, dass sie nicht mit zusätzlichen Finanzierungserfordernissen zu belasten sind. Deshalb werden nur die Haushalte mit den höheren Äquivalenzeinkommen (oberstes Drittel) – neben der Zahlung ihrer eigenen Pauschalprämie – auch zur Finanzierung der Transfers zugunsten der weniger wohlhabenden Versicherten herangezogen (Knappe/Arnold, 2002, 18).

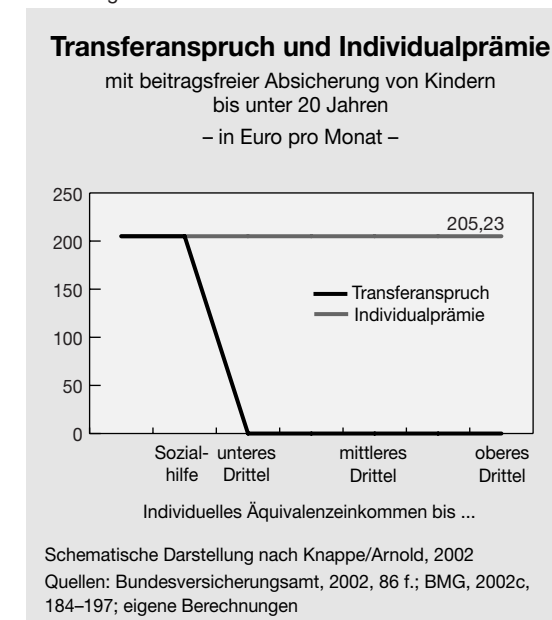
Im Gegensatz zum heutigen Beitragsmodell, das weder treffsichere Umverteilungen noch treffsichere Belastungen gewährleistet, werden Transferempfänger und Nettozahler über das Steuersystem und die Umrechnung in Äquivalenzeinkommen zielgenau ermittelt.

Akzeptiert man diese zunächst grobe Drittelung der Bevölkerung entsprechend der Schichtung nach Äquivalenzeinkommen, dann ergibt sich ein Transfervolumen von rund 19 bis 20 Milliarden Euro jährlich zugunsten bedürftiger Versicherter, wenn Kinder prämienbefreit bleiben (Knappe/Arnold, 2002, 19). Das Transfervolumen würde entsprechend abschmelzen, wenn eine Konzentration des Leistungskatalogs zeitgleich erfolgt.

Nach dieser hier vorgestellten Wertentscheidung, das untere Drittel bei der Pauschalprämie finanziell zu unterstützen, ergibt sich für die gesetzliche Krankenversicherung im Status quo ungefähr ein Anteil von 40 Prozent der über die Beitragsfinanzierung erfolgenden Umverteilungen, die nicht an bedürftige Haushalte adressiert werden und infolgedessen als Verschwendung von Ressourcen zu bezeichnen sind (Knappe, 2002).

Wie werden die 19 bis 20 Milliarden zusätzlicher Aufwand pro Jahr „gegenfinanziert“? Dazu schlagen die Autoren die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags an die Beschäftigten vor. (Analog ist der Zuschuss der Rentenversicherung zum Krankenversicherungsbeitrag der Rentner direkt

Abbildung 12



mit der monatlichen Rente auszuzahlen.) Der ausgezahlte Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung soll der Einkommensteuer unterliegen und würde zu rund 17 Milliarden Euro zusätzlicher Steuereinnahmen führen (Knappe/Arnold, 2002, 19). Bei einer bevölkerungsumfassenden Versicherungspflicht ergeben sich weitere 3 Milliarden Euro Einsparungen bei der Sozialhilfe, der Beihilfe für Beamte und bei den Zuschüssen zur Krankenversicherung der Landwirte. Damit ließe sich die Umstellung des Finanzierungssystems aufkommensneutral gestalten (Knappe/Arnold, 2002, 19 f.).

4.3 Offene Fragen: Umsetzungsprobleme und demographische Lasten

Die Vorteile der Systemumstellung liegen auf der Hand: Die medizinische Versorgung der Versicherten wird von der Arbeitsmarktentwicklung abgekoppelt, die Preisbildung auf dem Arbeitsmarkt nicht länger durch die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflusst. Der krankensicherungstechnische Solidarausgleich bleibt über alle drei Dimensionen erhalten, die familien- und einkommenspolitischen Komponenten werden treffsicher berücksichtigt. Zudem werden Voraussetzungen und Anreize für einen effizienzsteigernden Wettbewerb auf den Versicherungs- und Anbietermärkten geschaffen. Ausgabenwirksame Effekte kommen dann unverzerrt und unmittelbar den Versicherten zugute.

Umsetzungsprobleme

Gleichwohl bleiben in diesem Modell noch einige Fragen offen: Während der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung bisher unbesteuert bleibt, weil diese Aufwendungen zu Recht als Betriebsausgaben abzugsfähig sind, unterliegen sie im Modell von Knappe/Arnold der Einkommensteuer. Die Gegenfinanzierung des Transfermodells erfolgt damit über eine Steuererhöhung. Eine Entlastung für die Haushalte könnte zumindest übergangsweise durch eine erhöhte Abzugsfähigkeit der gesetzlichen Vorsorgeaufwendungen erfolgen, allerdings um den Preis einer Nettobelastung des Staatshaushaltes. Eine „Gegenfinanzierung“ kann aber

unabhängig davon über die Konzentration des Leistungskatalogs erfolgen, so dass per saldo zusätzliche Haushaltsbelastungen für den Bund vermieden werden.

Darüber hinaus sind technische Fragen zu klären. Die Feststellung der individuellen Bedürftigkeit erfordert eine einheitliche Umrechnung in Äquivalenzeinkommen. Um Verzerrungen durch das Steuerrecht auszuschalten, ist dabei auf die Summe der Einkünfte abzustellen. Diese Informationen fallen bevölkerungsumfassend bei den Finanzämtern an. Um den Aufbau einer zusätzlichen Gesundheitsbürokratie zu vermeiden, scheint es deshalb sinnvoll, die Bedürftigkeitsprüfung grundsätzlich bei den Finanzämtern anzusiedeln. Damit ließe sich auch vermeiden, dass die Versicherten ihre finanziellen Verhältnisse bei den Krankenversicherern offenbaren müssen. Gleichwohl bleiben weitere technische Einzelheiten zu klären, etwa bei der Bedürftigkeitsprüfung in den Fällen, bei denen die Steuererklärung zeitversetzt erfolgt.

Alternativ ließen sich die Bedürftigkeitsprüfung und die Transferzahlung bei den Kommunen ansiedeln. Ihnen käme dabei lediglich die organisatorische Umsetzung zu – nach dem Vorbild der heutigen Sozialhilfe –, die Transferzahlungen wären aus dem erhöhten Einkommensteueraufkommen zu kompensieren.

Statt den Arbeitgeberbeitrag auszuzahlen, ließe sich dieser auch als pauschaler Beitrag festschreiben (Pimpertz, 2002a, 45). Dann ergäben sich allerdings neue Fragen bezüglich der technischen Umsetzung. Wie ist der Arbeitgeberanteil bei einer Pauschalprämie zu bemessen? Eine Orientierung an den bisherigen Arbeitgeberanteilen – als prozentualer Anteil am Gehalt – führt zu Widersprüchen gegenüber der Vorstellung von pauschalen Prämien. An wen wird der Arbeitgeberanteil überwiesen? Geht der Anteil wie bisher an die Krankenkassen, müsste die Bedürftigkeitsprüfung konsequent auch bei den Versicherungsunternehmen angesiedelt werden. Wird der Prämienanteil dagegen beim Finanzamt in einem Pool gesammelt und anschließend an die Versicherungen verteilt, wird die zentrale Bürokratie entsprechend aufgebläht. Mit Blick auf die bürokratische Anforderung liegen die Vorzüge bei einem Modell, in dem

der Arbeitgeberanteil mit dem Gehalt ausgezahlt wird und die Zahlung der Prämie primär in der Verantwortung der Versicherten liegt.

Des Weiteren wäre zu befürchten, dass sich eine Umverteilung „von unten nach oben“ ergibt. Diese Furcht könnte darin begründet sein, dass die bisherigen Nutznießer der Umverteilungen – zum Beispiel Durchschnittsverdiener mit mehreren beitragsfrei versicherten Familienmitgliedern – zukünftig stärker belastet, „besser verdienende“ Singles entsprechend entlastet werden. Diese Vorstellung ist nur so lange haltbar, wie man an den derzeitigen Besitzständen festhält und die „unsolidarischen“ Umverteilungswirkungen, wie sie hier offen gelegt wurden, zur Norm erklärt. Der Reiz des Pauschalprämien-Modells liegt aber gerade darin, dass neben den krankenversicherungstechnischen Umverteilungen nur noch dann Ansprüche auf Einkommensumverteilungen bedient werden, wenn Bedürftigkeit treffsicher festgestellt wird. Sofern sich also im neuen System im Einzelfall Mehrbelastungen ergeben, so sind diese im Sinne des Solidarziels beabsichtigt.

Weiterhin plädieren die Autoren für die Beibehaltung des Risikostrukturausgleichs, der aber auf morbiditäts- und altersbezogene Merkmale beschränkt werden könne (Knappe/Arnold, 2002, 17; für einen ausschließlich morbiditätsbezogenen Ausgleich plädiert der Sachverständigenrat, SVR, 2002, 454). Wenn aber die Bedingungen für einen reibungslosen Wechsel zwischen unterschiedlichen Versicherungsanbietern erhalten bleiben, kann der Risikostrukturausgleich gänzlich entfallen. Denn solange die Versicherten frei zwischen unterschiedlichen Angeboten entscheiden können und sie sich dabei an Qualitäts- und Kostengesichtspunkten orientieren, ist davon auszugehen, dass sich auf dem Markt Prämienunterschiede in kurzer Zeit nivellieren (Pimpertz, 2002a, 41).

Demographische Lasten

Ungeachtet der technischen Fragen bleiben die alterungsbedingten Probleme in Teilen bestehen: Das quasi-demographische Problem – verursacht durch die Begünstigung der Rentnerbeiträge und die sich stetig verlängernde Rentenbezugsdauer – wird auf der Einnahmenseite

insoweit verringert, als die Bedürftigkeit der Rentnerhaushalte nicht mehr pauschal an der Rentenhöhe festgemacht wird. Einkünfte aus bisher sozialversicherungsfreien Quellen fließen mit in die Ermittlung des Äquivalenzeinkommens ein (Knappe/Arnold, 2002, 21). Dennoch führt die unverändert frühe Verrentung ab durchschnittlich rund 60 Jahren zu einer systematischen Verringerung der Äquivalenzeinkommen für einen großen Teil der Versichertengemeinschaft und damit zu einem potenziellen Transferanspruch. Die Lösung dieses Problems kann aber nicht im Kranken-, sondern nur im Rentenversicherungssystem erfolgen, indem das effektive Rentenzugangsalter zügig an die Regelaltersgrenze von 65 Jahren herangeführt und zukünftig einer verlängerten Lebenserwartung beim Rentenzugang Rechnung getragen wird.

Auf der Ausgabenseite schlägt das demographische Problem spätestens ab dem Jahr 2010 unvermindert durch. Auch wenn im günstigsten Fall die durchschnittliche Prämienbelastung mit den notwendigen Reformen sinkt, werden die Lasten für die nachwachsenden Generationen steigen. Solange der intergenerative Solidarausgleich im Umlageverfahren über die gesamte Versichertengemeinschaft erhalten bleibt, werden die jeweils jüngeren Jahrgänge regelmäßig schlechter gestellt als die zu versorgenden älteren Jahrgänge (Pimpertz, 2001, 206–227). Eine Lösung kann nur durch eine Abkehr von der bisherigen Vorstellung intergenerativer Solidarität – die ja de facto nicht erfüllt ist (vgl. Kapitel 2.2) – gelingen.

Dazu schlägt der Kronberger Kreis ein Modell vor, das die Umstellung auf Krankenversicherungsprämien um ein Element der Kapitaldeckung ergänzt (Kronberger Kreis, 2002). Wie in der privaten Krankenversicherung sollen die Versicherten im Laufe der Versicherungsdauer einen Kapitalstock ansammeln, aus dem alterungsbedingte Prämiensteigerungen aufgefangen werden können. Anders als in der privaten Krankenversicherung im Status quo sollen die Altersrückstellungen aber den Versicherten beim Kassenwechsel mitgegeben werden, um den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu intensivieren (Kronberger Kreis, 2002, 43–60).

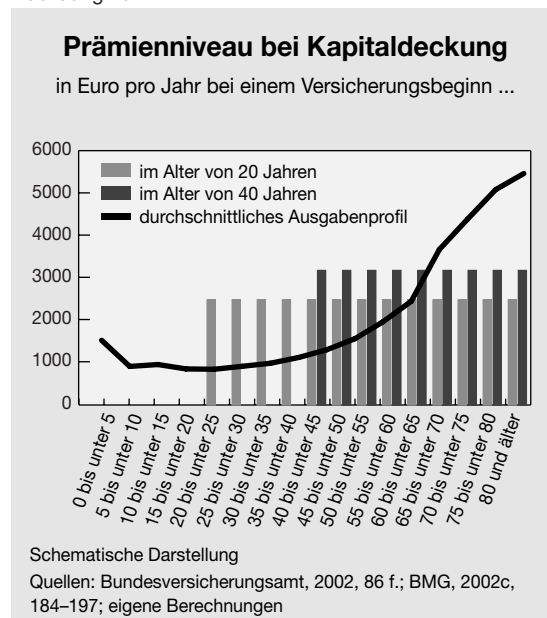
Führt die Kapitaldeckung nicht zu einer Doppelbelastung der Erwerbstätigen? Nein. Würde die Altersrückstellung in einem Pool für alle Versicherten

gesammelt, hätte das zur Folge, dass die jungen Erwerbstätigen entsprechend ihrer verbleibenden Lebenserwartung länger sparen, die älteren Versicherten aber aufgrund ihrer altersspezifisch steigenden Ausgaben diesen Kapitalstock stärker in Anspruch nehmen – ein intergenerativer Entlastungseffekt tritt nicht ein. Deshalb entfällt im Modell des Kronberger Kreises der intergenerative Lastenausgleich, die Altersrückstellungen werden individuell zugerechnet. Die Erwerbstätigen können im Ruhestand jeweils auf ihren eigenen Kapitalstock zurückgreifen, um ihren altersbedingten Ausgabenanstieg zu finanzieren.

Entfällt damit nicht die Sozialversicherungsidee? Die Antwort lautet wiederum: Nein. Der sozialversicherungstechnische Solidarausgleich wird allerdings auf Versicherte jeweils eines Jahrgangs beschränkt. Innerhalb seiner Altersklasse bildet aber jeder Versicherte Altersrückstellungen in dem Umfang, der dem durchschnittlichen Risiko und nicht seinem individuellen Risiko entspricht. Wer später seine Krankenversicherung wechselt, bekommt die seinem Lebensalter entsprechenden Altersrückstellungen übertragen und tritt einem Tarif für Versicherte seines Jahrgangs bei einem Konkurrenzunternehmen bei.

Das hat zur Folge, dass jüngere Versicherte ihr lebenslanges Prämienniveau gegenüber älteren Versicherten deutlich senken können, denn im Vergleich zur erwarteten Durchschnittsprämie über die verbleibende Lebenszeit haben junge Mitglieder einen längeren Zeitraum, in dem sie unterdurchschnittliche

Abbildung 13



Ausgaben verursachen (Abbildung 13). Folglich sparen sie auch länger an und können somit über die gesamte Versicherungsdauer stärker von der Prämienentlastung durch Aufzehrung eines größeren Kapitalstocks profitieren.

Dem Modell des Kronberger Kreises könnte entgegengehalten werden, dass es zu einer enormen Zusatzbelastung der älteren Menschen führte. Allerdings hängt die Höhe dieser Zusatzbelastung davon ab, über welchen Zeitraum und in welchem Umfang man den Übergang vom Umlage- zu einem Kapitaldeckungsverfahren gestaltet. Gleichwohl bedeutet diese Feststellung lediglich, dass eine andere Verteilungsentscheidung getroffen wird, als dies im Status quo angelegt ist.

Denn die demographisch bedingten Lasten sind unvermeidbar, unabhängig davon, ob sie im Umlageverfahren nach heutiger Ausprägung, in einem Pauschalprämien-Modell oder in einem kapitalgedeckten Modell auflaufen. Im Status quo werden diese Lasten aber einseitig auf die jeweils nachwachsenden Generationen verschoben und ältere Versicherte begünstigt. Diese einseitige Verteilungsentscheidung kann nicht als intergenerativ gerecht bezeichnet werden, wenn man die jeweils lebenslang gezahlten Prämien und durchschnittlich konsumierten medizinischen Leistungen einzelner Jahrgänge vergleicht. Im Modell des Kronberger Kreises werden die jungen Versicherten innerhalb der Krankenversicherung entlastet und die altersbedingt steigenden Ausgaben – „verursachergerecht“ – den älteren Versicherten zugerechnet.

Demzufolge steigen die Prämien und folglich der potenzielle Transferanspruch bei älteren Versicherten deutlich an (je nach Übergangszeitraum und Umfang der Kapitaldeckung), bei den jungen Versicherten würde er entsprechend der zu erwartenden Prämienentlastung sinken. Entscheidend ist nun, dass ein Transferanspruch aber erst dann entsteht, wenn über die Ermittlung des (Äquivalenz-)Haushaltseinkommens Bedürftigkeit treffsicher festgestellt wird. Wer sich hoher Prämienanforderung im Alter gegenüber sieht, wird nur dann von der Gemeinschaft unterstützt, wenn er entsprechend bedürftig ist. Damit tragen auch die älteren Jahrgänge nach ihrer Leistungsfähigkeit zur Finanzierung ihres altersbedingt steigenden

Leistungsanspruchs bei. Mit anderen Worten: Die Gemeinschaft der Steuerzahler schultert die demographisch bedingten Lasten nach Kriterien der Leistungsfähigkeit und nicht länger nur die jungen Versicherten.

Inwieweit damit das Sozialhilfeaufkommen stiege, bleibt an dieser Stelle ungeprüft. Allerdings ist dem drohenden Mehraufwand für einen höheren Anteil bedürftiger älterer Versicherter die zukünftigen Entlastungen auf der Seite der jungen Versicherten entgegenzuhalten. Sie werden durch die Entlastung ihrer Prämie nicht nur in ihrem Haushaltseinkommen günstiger gestellt. Durch die Abkehr von gehaltsbezogenen Beiträgen verbessern sich auch deren Erwerbschancen, so dass die Anzahl junger Haushalte, die Sozialhilfe empfangen, im Gegenzug drastisch sinken dürfte.

5

Ausblick – Zur Durchsetzbarkeit grundlegender Reformen

Sowohl die allokationstheoretischen Argumente – Voraussetzungen für mehr Wettbewerb – als auch die Ergebnisse der verteilungspolitischen Analyse – Stärkung des krankensicherungsbezogenen und einkommenspolitischen Solidarausgleichs – stützen die Forderung nach einer grundlegenden Reform des Finanzierungssystems. Dennoch sind Widerstände gegen einen Systemwechsel zu erwarten, die sich zunächst polit-ökonomisch erklären lassen: Der Anteil älterer Menschen, die mit 60 Jahren oder älter bereits im Rentenalter stehen und von den Regelungen des Status quo profitieren, beträgt derzeit rund 22 Prozent der Bevölkerung. Zudem werden sich all jene Bürger im Erwerbstätigenalter, die aufgrund ihrer Nähe zum Rentenalter von den derzeit gewährten Vorteilen im Ruhestand stärker profitieren als von einer potenziellen Entlastung, während der restlichen Dauer ihrer Erwerbstätigkeit eher gegen grundlegende Reformen stellen. Nimmt man an, dieser Gruppe seien 50-Jährige und Ältere zuzurechnen, dann beträgt das Wählerstimmenpotenzial, dessen Interessen sich gegen eine Reform richten, rund 44 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2002a, 60). Dieser Anteil wird aufgrund der demographischen Entwicklung zukünftig noch wachsen.

Der einfachen Wählerstimmenarithmetik kann aber entgegengehalten werden, dass die Versorgung der Alten im Umlageverfahren von der Beteiligung junger Generationen abhängig ist. Je stärker der Anreiz für junge Menschen ist, sich den zunehmenden Belastungen durch die Sozialversicherungssysteme zu entziehen, desto eher werden gerade die gut ausgebildeten und einkommensstarken Personen abwandern. In dem Maße, wie Abwanderungsmöglichkeiten in Form der selbstständigen Erwerbstätigkeit oder der Abwanderung ins europäische Ausland zunehmend in Anspruch genommen werden, sinkt auch die Aussicht für die älteren Bürger, weiterhin auf dem heutigen Niveau abgesichert zu werden. Über die reine Besitzstandswahrung auf Kosten nachwachsender Generationen erodiert die Basis des eigenen Wohlstands. Deshalb lassen sich auch in der wachsenden Gruppe der Ruheständler Stimmen für eine grundlegende Reform gewinnen, wenn deutlich wird, dass ein Fortbestand des Umlageverfahrens nicht kostenlos, das heißt nicht ohne Leistungsverzicht und höheren Beitrag der älteren Menschen gewährleistet werden kann.

Literatur

Berthold, Norbert / **Fehn**, Norbert, 1996, Arbeitslosigkeit in Deutschland – Diagnose und Therapie, in: Holzmann, Robert (Hrsg.), Löhne und Beschäftigung, Baden-Baden, S. 43–117

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2002a, vorläufige Rechnungsergebnisse 1.–2. Quartal 2002, Berlin

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2002b, vorläufige Rechnungsergebnisse 1.–4. Quartal 2001, Berlin

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2002c, Gesetzliche Krankenversicherung – Mitglieder nach Mitgliedergruppen, Altersgruppen und Kassenarten, Gesetzliche Krankenversicherung – Anspruchsberechtigte Familienangehörige; Stand: 1. Juli 2001, in: Bundesarbeitsblatt, 2002, Heft 7–8, S. 184–197

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2001, Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 2001, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 137, Baden-Baden

Böcken, Jan / **Butzlaff**, Martin / **Esche**, Andreas (Hrsg.), 2000, Reformen im Gesundheitswesen, Gütersloh

Bundesregierung, 2002, Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Berlin 16.10.2002, URL: <http://www.bundesregierung.de> [Stand: 2002-10-25]

Bundesversicherungsamt, 2002, 94. Bekanntmachung zum Risikostrukturausgleich (RSA), in: Bundesarbeitsblatt 2002, Heft 10, S. 53–62

DIW – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, 2001, Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin, URL: <http://www.diw.de> [Stand: 2002-01-15]

Engelen-Kefer, Ursula, 2002, „Die Finanzbasis der Kassen muß verbreitert werden“, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nummer 5/2002 vom 07.01.2002, S. 12

Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“, 2002, Schlussbericht: Herausforderungen einer immer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik, Deutscher Bundestag – 14. Wahlperiode, Drucksache 14/8800

IW – Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 2002, Deutschland in Zahlen 2002, Köln

Knappe, Eckhard, 2002, Gesundheitspolitik, Vortrag anlässlich des Symposiums „Auf die Überholspur wechseln – Eine Reformagenda für Deutschland“ des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln, am 1. Oktober 2002 in Berlin

Knappe, Eckhard / **Arnold**, Robert, 2002, Pauschalprämie in der Krankenversicherung, Ein Weg zu mehr Effizienz und Gerechtigkeit, München

Kronberger Kreis, 2002, Donges, Juergen B., et al., Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen, Stiftung Marktwirtschaft, Frankfurter Institut, Schriftenreihe Band 39, Berlin

Meyenburg, Gerhard, 2002, Keine Explosion der Gesundheitskosten, Bonner Rundschau vom 24.10.2002

Pimpertz, Jochen, 2001, Marktwirtschaftliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 121, Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln, Köln

Pimpertz, Jochen, 2002a, Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Von der fiskalischen Reaktion zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Nr. 271, Köln

Pimpertz, Jochen, 2002b, Zur Rolle der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze bei einer Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, wissenschaftliche Studie im Auftrag der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln, URL: <http://www.dkv.com/presse-pressemitteilungen-dkv.phtml> [Stand: 2002-06-27]

Pimpertz, Jochen, 2002c, Sozialpolitik: Das Gesundheitswesen im Mittelpunkt, in: Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Sünden wider die Marktwirtschaft, Kölner Texte und Thesen 65, Köln, S. 41–58

PKV – Verband der privaten Krankenversicherung e. V., 2002, Zahlenbericht 2001/2002, Köln

Reformkommission Soziale Marktwirtschaft, 1999, Effiziente Krankenversicherung als Voraussetzung für ein hohes Leistungsniveau im Gesundheitswesen, Gütersloh

Schmähl, Wilfried, 1985, Versicherungsgedanke und Sozialversicherung – Konzept und politische Bedeutung, in: Schmähl, Wilfried (Hrsg.), Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S. 1–12

Schnabel, Reinhold, 2001, Die Rentenreform 2001, Köln

Schönbäck, Wilfried, 1988, Subjektive Unsicherheit als Gegenstand staatlicher Intervention, in: Rolf, Gabriele et al. (Hrsg.), Sozialvertrag und Sicherung, Frankfurt am Main und New York, S. 43–63

Schröder, Christoph, 2002a, Personalzusatzkosten in der deutschen Wirtschaft, in: iw-trends, Vierteljahrszeitschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, 29. Jahrgang, Heft 1, S. 40–46

SGB V – Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung, Stand: 27.04.2002, URL: http://www.bma.bund.de/download/gesetze_web/gesetze.htm [Stand: 2002-10-28]

Stadt, Dieter, 2002, Gesundheitsreform – Besser vorbeugen, in: metall – Das Monatsmagazin, Jahrgang 53, Nummer 12, S. 15–18

Statistisches Bundesamt, 1983, Statistisches Jahrbuch 1983, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2002a, Statistisches Jahrbuch 2002, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2002b, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, Konten und Standardtabellen 2001, Fachserie 18, Reihe 1.3, Wiesbaden, Stand: September 2002

Statistisches Bundesamt, 2002c, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, Beiheft, Investitionen, 1970 bis 1. Halbjahr 2002, Wiesbaden, Stand: September 2002

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Lage, 2002, Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, URL: <http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de> [Stand: 2002-11-13]

VDR – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2001, Rentenversicherung in Zeitreihen, Juli 2001, DRV-Schriften, Band 22, Frankfurt am Main

VDR – Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2002, Rentenversicherung in Zahlen 2002, Frankfurt am Main

Wiesemann, Hans-Olaf, 1998, Fiskalische Auswirkungen einer Erhöhung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze der Krankenversicherung auf das Niveau der Rentenversicherung, in: Boetius, Jan / Wiesemann, Hans-Olaf, Die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung – Zur Grenzziehung zwischen GKV und PKV, PKV-Dokumentationen 22, Köln, S. 45–134

Winkelhake, Olaf / **John**, Jürgen, 1999, Umverteilungseffekte durch Reformen der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Vol. 218, Heft 1+2, S. 197–214

Winkelhake, Olaf / **John**, Jürgen, 2002, Aktuelle Reformvorschläge zur GKV-Finanzierung: Königs- oder Irrweg?, in: Sozialer Fortschritt, Heft 7–8/2002, S. 181–183

Kurzdarstellung

Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze von 3.375 auf 3.825 Euro pro Monat soll die Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung stärken. Aber die Umverteilungsziele werden bereits im Status quo verfehlt, weil gehalts- und rentenbezogene Beiträge die fünf Dimensionen des Solidarausgleichs nicht treffsicher abbilden. Kurzfristig werden deshalb die Beitragssätze nicht entlastet, auf mittlere Sicht die jungen Beitragszahler sogar zusätzlich belastet. Über Pauschalprämien können dagegen die sozialversicherungstechnischen Umverteilungen erhalten und einkommensbezogene Umverteilungen treffsicher über das Steuer-Transfer-System organisiert werden. Die Lösung der Finanzierung von den Arbeitsverhältnissen schafft zudem die Voraussetzungen für einen effizienzsteigernden Wettbewerb auf den Versicherungs- und Leistungsmärkten.

Abstract

Financing the health care system on the solidarity principle

The recent raising of the wage-based contribution assessment ceiling from 3,375 to 3,825 Euro per month is intended to reinforce the solidarity element in Germany's health insurance system. However, the system itself fails to achieve its redistribution aims because the earnings- and pension-related contributions do not accurately reflect the five dimensions of 'social compensation'. Not only will the raise in the assessment ceiling therefore fail to ease the upward pressure on contribution rates in the short term. In the medium term, it will even increase the contribution burden on younger members. By contrast, lump-sum premiums would preserve the risk-sharing element of social insurance, while income-related redistribution could be more accurately organised within the tax-transfer system. Separating health insurance contributions from employment status would, moreover, fulfil one of the key preconditions for efficiency-enhancing competition in the insurance and health care markets.

Der Autor

Jochen Pimpertz, Dr. rer. pol., geboren 1965 in Krefeld; Studium der Betriebswirtschaftslehre und der Wirtschafts- und Sozialpädagogik an der Universität zu Köln; von 1995 bis 2000 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Wirtschaftspolitischen Seminar der Universität zu Köln, promoviert im Fach Volkswirtschaftslehre; seit September 2001 im Institut der deutschen Wirtschaft Köln, Arbeitsbereich nationale und internationale Sozialpolitik.

Zum Thema „Reform des Gesundheitssystems“ bereits erschienen:

Pimpertz, Jochen, 2002, Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Von der fiskalischen Reaktion zur Ordnungspolitik des Gesundheitswesens, Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Nr. 271, Köln