

Nr. 79
November 2003

Argumente
zu Marktwirtschaft und Politik

„Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“

Im Dickicht der Gesundheitsreform

**Verkürzte Begriffe verschleiern die inhaltliche
Unzulänglichkeit beider Vorschläge**

Von Lüder Gerken und Guido Raddatz
Stiftung Marktwirtschaft, Berlin

ISSN: 1612 – 7072 (Print-Version)

1 Einleitung

Kontinuierlich steigende Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind für die Politik nichts Neues. Seit Jahrzehnten versucht sie dieser Entwicklung durch wiederholte Neuauflagen sogenannter Gesundheitsreformen entgegenzuwirken. Die Bezeichnung „Reform“ verdienen diese Programme jedoch allesamt nicht. Denn anstatt effizienzsteigernde Systemveränderungen vorzunehmen, hat man bislang mit planwirtschaftlich anmutenden Instrumenten versucht, die Gesundheitsmärkte zu steuern – ein Vorgehen, das notwendigerweise zum Scheitern verurteilt ist. Auch die jüngst von der Bundesregierung und der CDU/CSU-Opposition gemeinsam beschlossenen Kurzfristmaßnahmen stehen in der bisherigen Tradition.

Inzwischen ist jedoch Bewegung in die politische Diskussion gekommen. Zumindest ein Teil der politischen Akteure hat erkannt, daß grundlegendere Reformen als in der Vergangenheit notwendig sind, um das System der Gesetzlichen Krankenversicherung wieder zukunftsfähig zu machen. Insbesondere die von der Bundesregierung eingesetzte Rürup-Kommission wie auch die von der CDU eingesetzte Herzog-Kommission haben Vorschläge entwickelt, die derzeit sowohl in den jeweiligen Parteien als auch unter Gesundheitsexperten und in der Öffentlichkeit heftig diskutiert werden. Bei allen zu berücksichtigenden Unterschieden ist diesen Reformmodellen eines gemein: Jedes für sich würde das gegenwärtige Krankenversicherungssystem in Deutschland grundlegend verändern. Daß der Status quo in Frage gestellt wird, ist angesichts der bisher zu beobachtenden Beharrungstendenzen im Gesundheitswesen zu begrüßen. Zentrale Aufgabe der nächsten Monate muß es daher sein, aus den diversen Vorschlägen dasjenige Reformkonzept herauszufiltern, das die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen am besten bewältigen kann.

Es ist allerdings mehr als fraglich, ob der gegenwärtige Diskussionsprozeß dazu in der Lage ist. Denn die medial geprägte politische und öffentliche Auseinandersetzung über die vorliegenden Vorschläge ist durch gravierende Defizite charakterisiert, die eine rationale Entscheidung zugunsten des besten Reformkonzeptes unwahrscheinlich ma-

chen. Erstens werden die Reformvorschläge durchweg mit irreführenden und teilweise auch polarisierenden Begriffen versehen, die – zumindest dem gesundheitsökonomischen Laien, an den sich die Politik in der Regel wendet – eine sinnvolle Differenzierung erschweren, wenn nicht gar unmöglich machen. Diese Begriffswahl trägt dazu bei, daß zweitens die entwickelten Modelle inhaltlich nur verkürzt aufgegriffen werden, so daß die entscheidenden Elemente der einzelnen Konzepte, aber auch die Unterschiede zwischen ihnen unberücksichtigt bleiben. Und beides erleichtert es drittens der Politik, sich vor allem darum zu sorgen, wie mit inhaltsverzerrenden Worthülsen die nächste Wahl zu gewinnen ist, statt sich um Sachargumente für ein langfristig tragfähiges Konzept zu bemühen. Der folgende Abschnitt setzt sich zunächst mit den ersten beiden Problemen auseinander. Im Anschluß daran wird auf die zentralen inhaltlichen Argumente eingegangen, die in der politischen Diskussion eine Rolle spielen sollten.

2 Begriffsverwirrung und inhaltliche Verkürzungen der gegenwärtigen Diskussion

2.1 Die zwei Vorschläge der Rürup-Kommission

Begonnen haben die begrifflichen Unzulänglichkeiten mit den Vorschlägen der sogenannten Rürup-Kommission. Aufgrund inkompatibler Vorstellungen der beiden gesundheitspolitischen Hauptakteure, Bert Rürup und Karl Lauterbach, hat sie zwei alternative Grundmodelle zur Diskussion gestellt, zwischen denen die Politik eine Wahlentscheidung treffen soll. Beide haben eine Abkopplung der Lohnnebenkosten vom überproportionalen Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen zum Ziel. So soll verhindert werden, daß der Faktor Arbeit immer stärker belastet wird, wenn die Ausgaben im Gesundheitswesen aufgrund der zunehmenden Altersstruktur und des medizinisch-technischen Fortschritts stärker als der Rest der Wirtschaft wachsen. Denn im gegenwärtigen lohnbezogenen System erhöht jeder Anstieg der Beitragssätze die Lohnnebenkosten und damit die Arbeitslosigkeit.

• **Das „Lauterbach-Modell“**

Kernelement ist erstens die Erweiterung der gegenwärtig ausschließlich lohnbezogenen Bemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten; der Versicherungsbeitrag soll sich also nicht mehr allein nach dem Arbeitseinkommen einer Person, sondern nach dem gesamten Einkommen einschließlich z.B. Zinserträgen und Mieteinnahmen richten. Kernelement ist zweitens, daß alle Bürger in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sein sollen und so zu ihrer Finanzierung herangezogen werden. Für die lohnabhängigen Beitragsteile ist weiterhin eine paritätische Finanzierung vorgesehen; Arbeitnehmer und Arbeitgeber sollen also insoweit jeweils die Hälfte des Versicherungsbeitrags zahlen. Für dieses Modell wurde der Begriff der „Bürgerversicherung“ geprägt.

Wer „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ gegenüberstellt, vergleicht Apfelsaft mit Birnenschnaps.

• **Das „Rürup-Modell“**

Kernelement ist erstens eine pauschale Versicherungsprämie; die erwachsenen Versicherten einer Krankenkasse sollen also unabhängig von ihrem Einkommen einen einheitlichen Beitrag zahlen. Kernelement ist zweitens, daß nicht sämtliche Bürger in einer solchen Versicherung zwangsversichert sein sollen, sondern nur – wie bisher auch – Arbeitnehmer bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze und Rentner. Der soziale Ausgleich wird in diesem Modell über das Steuer-Transfer-System vollzogen, indem sozial Schwache eine staatliche Transferzahlung zur Finanzierung ihrer Versicherungsprämie erhalten. Für diesen Vorschlag wurde von der Kommission der Begriff „Gesundheitsprämien-Modell“ gewählt. In der allgemeinen Diskussion hat sich jedoch der Begriff „Kopfprämien-Modell“ oder „Kopfpauschalen-Modell“ etabliert.

**2.2 Begriffsdurcheinander:
Eine Klarstellung**

Die Begriffe „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ kleiden die Reformvorschläge in ungenaue, nebulöse und irreführende Worthülsen, die eine sachliche Diskussion und eine sachgerechte Abwägung zwischen beiden Konzepten unmöglich

machen. Verantwortlich für die begriffliche und damit auch für die inhaltliche Konfusion sind die beiden Antipoden der Rürup-Kommission selbst, die die Begriffe für ihre beiden Modelle geprägt haben: Gegen die „Bürgerversicherung“ des Karl Lauterbach stellte man das „Gesundheitsprämienmodell“ des Bert Rürup.

Als Ausdruck zweier alternativer, einander gegenüberstehender Reformvorschläge ergibt das Begriffspaar „Bürgerversicherung“ versus „Gesundheitsprämie“ oder „Kopfpauschale“ jedoch keinen Sinn. Denn für eine sachgerechte Diskussion dieser beiden Vorschläge muß zwingend zwischen zwei inhaltlichen Problemkreisen und damit zwischen zwei zu treffenden Entscheidungen differenziert werden:

- Welcher Personenkreis unterliegt der Versicherungspflicht, wird also in die Versicherung gezwungen?
- Wovon hängt die Höhe des Beitrags für den einzelnen Versicherten ab?

Beide Fragen sind unabhängig voneinander, so daß eine Vielzahl von Reformmodellen möglich ist. In der gegenwärtigen Diskussion herrschen jeweils zwei Vorschläge vor.

Beim pflichtversicherten Personenkreis wird differenziert zwischen

- Arbeitnehmern und
- allen Bürgern.

Die Bemessungsgrundlage für die individuellen Versicherungsbeiträge orientiert sich entweder an

- der einzelnen Person oder
- am Einkommen.

Aus der Kombination dieser Vorschläge ergeben sich vier Reformmodelle:

(1) Pauschale Arbeitnehmersversicherung

Pflichtversichert sind nur Arbeitnehmer mit einem Einkommen unterhalb einer Versicherungspflichtgrenze (und Rentner). Der Versicherungsbeitrag

wird pauschal erhoben, ist also innerhalb einer Kasse für alle Versicherten gleich. Das ist der Vorschlag Rürups.

(2) Pauschale Bürgerversicherung

Pflichtversichert sind alle Bürger. Auch hier wird der Versicherungsbeitrag pauschal erhoben. Einen solchen Vorschlag haben beispielsweise Knappe und Arnold für die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (vbw) entwickelt.

(3) Einkommensabhängige Arbeitnehmersversicherung

Pflichtversichert sind nur Arbeitnehmer (und Rentner). Der Versicherungsbeitrag orientiert sich bis zu einer Versicherungspflichtgrenze am Gesamteinkommen. Dieses Modell schlägt die Herzog-Kommission für einen Übergangszeitraum von rund 10 Jahren vor.

(4) Einkommensabhängige Bürgerversicherung
 Pflichtversichert sind alle Bürger. Der Versicherungsbeitrag orientiert sich bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze am Gesamteinkommen. Das ist der Vorschlag Lauterbachs.

Diese vier Reformmodelle sind in Abbildung 1 wiedergegeben. Die modellübergreifenden Begriffe „Kopfpauschale“ und „Bürgerversicherung“ stehen in dieser Tabelle, wo sie hingehören, also gerade nicht dort, wo sie als – falsche – Synonyme des Rürup-Modells und des Lauterbach-Modells in der öffentlichen Diskussion immer wieder auftauchen. Zum Vergleich wird in der letzten Zeile auch der Status quo in dieses Betrachtungskonzept eingeordnet: In der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind heute nur die Arbeitnehmer mit Lohn Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze sowie Rentner.

Abbildung 1: Reformkonzepte der Rürup-Kommission und alternative Varianten

Pflichtversicherte Bemessungsgrundlage	Arbeitnehmer	Alle Bürger „Bürgerversicherung“
pauschale Beiträge „Kopfpauschale“	<i>pauschale Arbeitnehmersversicherung (Rürup-Modell)</i>	<i>pauschale Bürgerversicherung (u.a. Knappe/Arnold)</i>
einkommensabhängige Beiträge	<i>einkommensabhängige Arbeitnehmersversicherung (Herzog-Modell, Stufe 1)</i>	<i>einkommensabhängige Bürgerversicherung (Lauterbach-Modell)</i>
lohnabhängige Beiträge	<i>lohnabhängige Arbeitnehmersversicherung (Status quo)</i>	–

Die Übersicht macht deutlich, daß unterschiedliche Sachverhalte undifferenziert miteinander vermischt werden. Anders ausgedrückt: Wer „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ gegenüberstellt, vergleicht Apfelsaft mit Birnenschnaps.

Die Begriffe „Kopfpauschale“ und „Gesundheitsprämie“ umschreiben lediglich, daß es einen einheitlichen Beitrag für die Versicherten, unabhängig von ihrem jeweiligen Einkommen, geben soll. Offen bleibt dabei, wer zu dem Kreis der Pflichtversicherten gehört. Umgekehrt stellt der Begriff „Bürgerversicherung“ ausschließlich darauf ab, wer pflichtversichert ist, und läßt die Grundlage der Beitragserhebung – lohnabhängige, einkommensabhängige, pauschale oder vielleicht gar risikoabhängige Beiträge – unbeachtet. Mit dem gleichen Recht, mit dem derzeit die *einkommensabhängige Bürgerversicherung* (Lauterbach-Modell) mit dem Begriff Bürgerversicherung besetzt ist, könnte man auch eine *pauschale Bürgerversicherung* (Knappe-Arnold-Modell), als Bürgerversicherung bezeichnen. Beide Bürgerversicherungen haben jedoch völlig unterschiedliche Implikationen, so daß man sie auch sprachlich auseinander halten muß. In der öffentlichen Diskussion werden diese verschiedenen Implikationen aufgrund der irreführenden Begriffsprägung derzeit nicht einmal ansatzweise wahrgenommen.

Daß die derzeitige Begriffsverwendung zu einer inhaltlich verkürzten Diskussion führt, wird auch deutlich, wenn man das Konzept der Herzog-Kommission in die Betrachtung einbezieht, welche eine *einkommensabhängige Arbeitnehmersversicherung* propagiert. Für eine Übergangsphase von circa 10 Jahren fordert die Herzog-Kommission, ähnlich wie das Lauterbach-Modell und im Gegensatz zum Rürup-Modell, eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf alle Einkommenskategorien. Allerdings sollen, wie bislang und wie im Rürup-Modell, aber im Gegensatz zum Lauterbach-Modell, nur Arbeitnehmer (und Rentner) der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen. Beamte, Selbständige und Arbeitnehmer über der Versicherungspflichtgrenze wären danach nicht pflichtversichert. Daß aufgrund der vorgesehenen Erweiterung der Bemessungsgrundlage eine Nähe zum Lauterbach-Modell besteht, geht in der öffentlichen Diskussion genauso unter wie die Nähe zum Rürup-Modell hinsichtlich des pflichtversicherten Personenkreises.

All dies zeigt, wie kontraproduktiv die bisherige Diskussion auf Basis der Begriffe „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschalen“ verläuft. Während das Konzept einer *pauschalen Bürgerversicherung* von Arnold und Knappe sowohl eine „Bürgerversicherung“ als auch ein „Kopfpauschalen“-Modell ist, fällt die *einkommensabhängige Arbeitnehmersversicherung* der ersten Stufe des Herzog-Konzepts durch das bisherige Begriffsraster komplett hindurch.

Zielführend ist dagegen die folgende Begriffsbildung, welche die beiden relevanten inhaltlichen Dimensionen der Bemessungsgrundlage und des Pflichtversichertenkreises umfaßt. Entsprechend den in Abbildung 1 dargestellten Kombinationsmöglichkeiten sind vier Alternativen zu unterscheiden:

- die *einkommensabhängige Arbeitnehmersversicherung*,
- die *pauschale Arbeitnehmersversicherung*,
- die *einkommensabhängige Bürgerversicherung* sowie
- die *pauschale Bürgerversicherung*.

Allein eine solche differenzierende Begriffsabgrenzung kann als Grundlage für eine transparente und an Sachargumenten orientierte politische Auseinandersetzung dienen.

3 Pauschale oder einkommensabhängige Versicherungsbeiträge?

Für die Frage, ob pauschale oder einkommensabhängige Versicherungsbeiträge sachgerecht sind, spielen die jeweiligen Auswirkungen auf die Arbeitslosigkeit, auf die Einkommensverteilung und auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen eine wesentliche Rolle.

3.1 Auswirkungen auf die Arbeitslosigkeit

Schaffung von Arbeitsplätzen

Nimmt man als Bewertungsmaßstab das erklärte Ziel der Rürup-Kommission, positive Beschäfti-

gungseffekte für den Arbeitsmarkt zu erzielen, so schneiden pauschale Versicherungsbeiträge, wie sie auch das Rürup-Modell vorsieht, im langfristigen Vergleich besser ab als einkommensabhängige. Da pauschale Beiträge lohn- und einkommensunabhängig sind, werden sie vollständig aus den Lohnzusatzkosten eliminiert. Damit gelingt die vollständige Entkopplung der Lohnnebenkosten von den Krankenversicherungsbeiträgen. Ein im Zeitablauf wachsender Finanzierungsbedarf im Gesundheitswesen, der steigende pauschale Beiträge nach sich zieht, übt damit – anders als in der Vergangenheit – keine negativen Rückwirkungen mehr auf die Lohnnebenkosten und damit auf die Beschäftigung aus. Angesichts des zu erwartenden überproportional wachsenden Finanzierungsbedarfs im Gesundheitswesen ist diese Entkopplung von Beiträgen und Lohnnebenkosten von höchster Bedeutung.

Kurzfristig, zum Zeitpunkt einer Systemumstellung, entsteht dagegen kein positiver Beschäftigungseffekt. Zwar sinken die Lohnnebenkosten um den Arbeitgeberbeitrag. Dieser soll jedoch im Rürup-Modell als Lohnbestandteil vollständig an die Arbeitnehmer ausgezahlt werden. Folglich verändern sich die Gesamtkosten der Unternehmen nicht.

Anders sieht die Situation dagegen bei einkommensabhängigen Beiträgen aus, wie sie auch das Lauterbach-Modell vorsieht. Hier kann von einer wirklichen Abkopplung der Versicherungsbeiträge von den Lohnnebenkosten keine Rede sein. Bei den meisten Versicherten machen Lohneinkünfte den mit Abstand größten Teil des Einkommens aus. Wenn jedoch für diesen Teil, wie im Lauterbach-Modell, weiterhin eine paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer vorgesehen ist, dann führen steigende Beitragssätze wie bisher automatisch zu ansteigenden Lohnnebenkosten (wenn auch absolut in geringerem Maße als bei ausschließlich lohnabhängigen Beiträgen, weil die Beitragssätze aufgrund der breiteren Bemessungsgrundlage weniger stark angehoben werden müssen). Der Faktor Arbeit wird verteuert und die Arbeitslosigkeit steigt.

Lediglich kurzfristig, zum Zeitpunkt der Ausweitung der Bemessungsgrundlage, kommt es durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten zu einem einmaligen Rückgang der Lohnneben-

kosten und – da hier der Bruttolohn unverändert bleibt – zu geringeren Gesamtarbeitskosten für die Unternehmen. Denn aufgrund der verbreiteten Bemessungsgrundlage kann bei gleichem Finanzierungsvolumen der Beitragssatz gesenkt werden. Berechnungen der Rürup-Kommission zufolge liegt diese einmalige Beitragssatzsenkung bei konstanter Bemessungsgrenze und unverändertem Versichertenkreis jedoch nur bei 0,5 Prozentpunkten.

Pauschale Versicherungsbeiträge sind folglich für die Schaffung von Arbeitsplätzen auf Dauer förderlicher als einkommensabhängige Beiträge.

Anreiz zur Arbeitsaufnahme

Außerdem haben die Unterschiede zwischen pauschalen und einkommensabhängigen Beiträgen Auswirkungen auf die Bereitschaft der Arbeitnehmer, eine angebotene Arbeit anzunehmen oder ihren Arbeitseinsatz zu erhöhen. Diese Bereitschaft wiederum ist neben der Schaffung von Arbeitsplätzen eine wichtige Determinante für die Situation auf dem Arbeitsmarkt.

Hier spielt die sogenannte Grenzbelastung des Arbeitseinkommens eine zentrale Rolle. Sie gibt an, wie hoch die staatliche Abgabenlast für jeden zusätzlich verdienten Euro ist oder, anders ausgedrückt, was dem Arbeitnehmer netto von jedem zusätzlich verdienten Euro bleibt. Aus arbeitsmarktpolitischer Sicht sind möglichst niedrige Grenzbelastungen optimal, denn dann verbleibt viel beim Arbeitnehmer, was seine Leistungsbereitschaft erhöht.

Für die Grenzbelastung relevant sind einerseits einkommensbezogene Steuern und Sozialabgaben, andererseits die Kürzung von staatlichen Sozialleistungen oder anderen Transfers bei der Aufnahme oder Ausweitung einer Beschäftigung.

Derartige Transferkürzungen sind vor allem für Arbeitslose und im Bereich niedriger Einkommen relevant, da sie ein entscheidendes Hindernis für die Aufnahme oder Ausweitung einer Beschäftigung darstellen. Werden etwa die Transferleistungen – z.B. Sozialhilfe oder Arbeitslosenhilfe – (fast) vollständig um das neue Arbeitseinkommen gekürzt, so liegt die Grenzbelastung bei (fast) 100 Prozent. Man spricht in diesem Fall auch von einer

Armutsfalle für die Betroffenen: Da sich das Nettoeinkommen durch eine Arbeitsaufnahme nicht oder nur unwesentlich erhöhen läßt, ist die Arbeitsaufnahme nicht attraktiv. Der Transferempfänger stellt sich letztlich besser, wenn er nicht bzw. nicht länger arbeitet.

Pauschale und einkommensabhängige Versicherungsbeiträge haben unterschiedliche Auswirkungen auf die Grenzbelastung. Nach den Berechnungen der Rürup-Kommission würde eine einkommensabhängige Beitragserhebung (bei konstanter Bemessungsgrenze und unverändertem Versichertenkreis) im unteren Einkommensbereich eine Entlastung von 0,25 Prozentpunkten gegenüber dem heutigen Zustand ergeben. Diese Zahl ist vernachlässigbar klein, aber immerhin wird die Grenzbelastung in diesem Bereich nicht erhöht. Die Auswirkungen einer pauschalen Beitragserhebung auf die Grenzbelastung dagegen hängen zwar in starkem Maße von der näheren Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs über das Steuer-Transfer-System ab, insbesondere davon, bis zu welchen Einkommensgrenzen ein Zuschuß zum Versicherungsbeitrag gewährt wird und mit welcher Rate dieser Zuschuß bei steigendem Einkommen gekürzt wird. Gleichwohl gehen alle Berechnungen davon aus, daß die Grenzbelastung im unteren Einkommensbereich hier gegenüber dem heutigen Zustand ansteigt. Pauschale Versicherungsbeiträge senken also im unteren Einkommensbereich den Anreiz Arbeitsloser, eine Arbeit aufzunehmen. Dies spricht für einkommensabhängige Beiträge. Im mittleren Einkommensbereich dagegen haben, genau umgekehrt, pauschale Versicherungsbeiträge deutlich bessere Anreizwirkungen als einkommensabhängige.

3.2 Auswirkungen auf die Einkommensverteilung

Die Frage der Umverteilung ist schon deshalb relevant, weil politische Gegner einer pauschalen Prämienausgestaltung häufig das Argument der sozialen Kälte vortragen, teilweise polemisch assoziiert mit Kopf(geld)prämien. An die Wand gemalt wird das Schreckgespenst, ein Hausmeister müßte dann ebenso viel wie ein Vorstandsvorsitzender für seine Gesundheit bezahlen. Übergangen wird dabei allerdings, daß auch bei einer pauschalen Versicherung ein sozialer Ausgleich statt-

findet; allerdings nicht innerhalb der Krankenversicherung, sondern über das allgemeine Steuer-Transfer-System. Aus ordnungspolitischer Sicht ist das auch der richtige Ort für Umverteilungsmaßnahmen, denn in der Krankenversicherung stellen sie ein systemwidriges Element dar, das die Funktionsfähigkeit des gesamten Gesundheitssystems beeinträchtigt.

Der Status quo zeigt, wie problematisch die Umverteilung innerhalb der Krankenversicherung ist. Abgesehen von willkürlichen Verteilungseffekten – etwa aufgrund der beitragsfreien Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehepartnern im Vergleich zu Doppelverdienern – führt vor allem die Beitragsbemessungsgrenze dazu, daß sich die Menschen mit sehr hohem Einkommen nicht entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit an dieser Umverteilung beteiligen. Sind sie Mitglied einer privaten Krankenversicherung, so sind sie aus der krankenversicherungsinternen Umverteilung vollständig ausgeklinkt.

Die Ausgliederung der Umverteilung in das Steuer-Transfer-System würde ein deutlich erhöhtes Maß an Zielgenauigkeit mit sich bringen, als es im Status quo oder auch mit einkommensabhängigen Beiträgen möglich ist. Denn erstens berücksichtigt das Steuersystem neben dem Einkommen weitere Lebensumstände, die die Leistungsfähigkeit der Beitragszahler beeinflussen. Und zweitens werden, wenn man bei der einkommensabhängigen Versicherung, wie im Lauterbach-Modell vorgesehen, eine Beitragsbemessungsgrenze einführt, die Menschen mit den höchsten Einkommen weiterhin nur begrenzt zur Umverteilung herangezogen. Im Steuersystem existiert eine solche Bemessungsgrenze dagegen nicht, so daß die Bezieher hoher Einkommen bei einer pauschalen Versicherung stärker belastet werden als bei einer Umverteilung innerhalb der Krankenversicherung.

Die konkreten Umverteilungswirkungen eines auf pauschalen Versicherungsprämien basierenden Krankenversicherungssystems hängen von der konkreten Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs über das Steuer-Transfer-System ab. Zu den Stellschrauben gehören

- die Einkommensgrenzen, bis zu denen ein Zuschuß gewährt wird,

- die Rate, mit der der Zuschuß bei steigendem Einkommen gekürzt wird,
- die steuerliche Behandlung der Auszahlung des bisherigen Arbeitgeberbeitrags sowie
- eventuelle Änderungen im Einkommensteuertarif oder beim Solidaritätszuschlag, um den erhöhten Finanzbedarf im Steuer-Transfer-System zu decken.

Die Ausgliederung der Umverteilung aus der Krankenversicherung in das Steuer-Transfer-System ist neben der besseren Zielorientierung aus einem weiteren Grund vorteilhaft. Sie entzieht dem sozialpolitisch motivierten Vorwurf, daß sich die Mitglieder der Privaten Krankenversicherungen nicht am Solidarausgleich beteiligen, den Boden, da auch die Gesetzliche Krankenversicherung von dieser systemfremden Last befreit wird. Alle Bürger, egal ob sie privat oder gesetzlich versichert sind, werden über das Steuersystem zur gesellschaftlich gewünschten Umverteilung herangezogen. Damit gibt es kein verteilungspolitisches Argument mehr gegen die Koexistenz von Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung.

3.3 Auswirkungen auf den Wettbewerb

Ziel jeder Gesundheitsreform muß eine Verbesserung der marktlichen Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und eine Steigerung des Wettbewerbs sein, da nur so Mittelverschwendungen, Ineffizienzen und Organisationsmängel gering gehalten werden können. Sowohl auf der Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung, also bei den medizinischen Leistungserbringern – Ärzte und ihre Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäuser, Apotheken und Pharmaindustrie – als auch auf der Einnahmenseite besteht diesbezüglich großer Handlungsbedarf.

Die derzeit diskutierten Reformvorschläge betreffen die Einnahmenseite, so daß der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern auf der Ausgabenseite hier nicht behandelt werden muß. Im übrigen sind grundlegende Reformen in diesem Bereich auch unabhängig von der Ausgestaltung des Finanzierungssystems möglich und müßten schon heute – ohne Rücksicht auf einzelne Interessengruppen – angegangen werden.

Zentrales Element des Wettbewerbs auf der Einnahmenseite ist die Konkurrenz zwischen den Krankenversicherungen um die Versicherten. Voraussetzung für einen Wettbewerb, der als Anreiz- und Entdeckungsverfahren produktive Wirkungen entfaltet, sind Rahmenbedingungen, die den Wettbewerb nicht auf den Beitragssatz reduzieren, sondern auch Differenzierungen hinsichtlich des Leistungsangebots oder der Vertragsbedingungen – z.B. in Form von Selbstbehalten oder der Unterscheidung von Grund- und Wahlleistungen – ermöglichen. Einkommensabhängige Beiträge sind insoweit problematisch. Denn Bezieher hoher Einkommen, insbesondere wenn sie jung und gesund sind, haben besonders hohe Anreize, einzelne Leistungspakete abzuwählen, um sich so eines Teils der umverteilungsbedingten Lasten zu entledigen. Für die Bezieher geringer Einkommen lohnt sich dagegen die Abwahl eines identischen Leistungspaketes weniger oder überhaupt nicht. Dies führt zu einer unerwünschten negativen Risikoselektion, die im Zeitablauf steigende Beitragssätze nach sich zieht. Bei pauschalen Versicherungsbeiträgen tritt dieses Problem nur in deutlich abgeschwächter Form auf, da die mit dem Verzicht auf Wahlleistungen verbundene Beitragsreduktion einkommensunabhängig ist. Allerdings läßt sich auch in diesem Fall eine negative Risikoselektion nicht völlig ausschließen, da es vor allem für Versicherte mit einer guten Gesundheit vorteilhaft ist, auf Wahlleistungen zu verzichten oder Selbstbehalte in Anspruch zu nehmen. Ein von solchen Verzerrungen freier Wettbewerb wäre nur bei risikoäquivalenten Prämien möglich.

4 Arbeitnehmersversicherung oder Bürgerversicherung?

Die Befürworter einer Bürgerversicherung argumentieren gerne, daß sich nur durch die Einbeziehung aller Bürger in die Gesetzliche Krankenversicherung eine Ungleichbehandlung zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen verhindern lasse; nur eine Bürgerversicherung könne alle Bürger gemäß ihrer Leistungsfähigkeit in gleichem Maße zur sozialpolitisch gebotenen Umverteilung heranziehen.

Diese Argumentation ergibt jedoch nur einen Sinn, wenn man eine einkommensabhängige Bürgerversicherung propagiert. Denn im Falle einer pauschalen Bürgerversicherung ist die Umverteilung über das Steuer-Transfer-System nicht nur möglich, sondern, wie gezeigt, sogar die bessere Wahl. Folglich knüpft auch das Umverteilungsargument nicht am Gegensatz zwischen Arbeitnehmer- und Bürgerversicherung an, sondern am Gegensatz zwischen einkommensabhängiger und personenbezogener Gestaltung der Versicherungsbeiträge. Es ist kein Argument für eine Bürgerversicherung und damit auch kein Argument für eine einkommensabhängige Bürgerversicherung, wie sie das Lauterbach-Modell vorsieht.

Umgekehrt jedoch spricht folgendes gegen die Einführung einer für alle Menschen verbindlichen Bürgerversicherung: Sie hätte die unvermeidliche Konsequenz, daß die Private Krankenversicherung keine Vollversicherungsverträge mehr anbieten könnte und damit ihres Hauptgeschäftsfeldes beraubt würde. Da die Private Krankenversicherung jedoch auf dem gesamtwirtschaftlich überlegenen Kapitaldeckungsverfahren basiert, hätte dies negative Auswirkungen für die Volkswirtschaft insgesamt. Nur in einem Kapitaldeckungsverfahren, in dem die Versicherten Alterungsrückstellungen aufbauen, wird der Umverteilungsbedarf zwischen den verschiedenen Generationen minimiert.

Daher wäre es trotz aller berechtigten Kritik, die man dem Wettbewerbsverständnis der Privaten Krankenversicherung in ihrer heutigen Form entgegenhalten kann, unverantwortlich, dieses System zugunsten einer Bürgerversicherung, die dem Umlageverfahren verhaftet bleibt, wie es das Lauterbach-Modell vorsieht, zu zerschlagen. Das Rürup-Modell, das ebenfalls dem Umlageverfahren verhaftet bleibt, unterliegt dieser Kritik nicht, weil es als Arbeitnehmersversicherung zumindest die Kapitaldeckung der Privaten Krankenversicherung aufrechterhält.

5 Rürup-Modell oder Lauterbach-Modell – Beide Vorschläge greifen zu kurz

Zukünftige Generationen können in Zeiten einer alternden Bevölkerungsstruktur nur dann vor permanent steigenden finanziellen Belastungen im Gesundheitssystem geschützt werden, wenn unsere Gesellschaft dazu übergeht, daß jede Generation im wesentlichen für sich selbst sorgt. Das erfordert, daß Versicherte in jungen Jahren Alterungsrückstellungen aufbauen, mit denen der Ausgabenanstieg in späteren Jahren ausgeglichen werden kann, ohne daß es zu massiven Beitragserhöhungen kommt. Welche Dimension das zukünftig zu erwartende Ausgabenwachstum annehmen kann, verdeutlichen Prognoserechnungen für den Status quo. Modellrechnungen zufolge ergäben sich bis zum Jahr 2050 Beitragssätze von über 30 %, wenn man das gegenwärtige System der Gesetzlichen Krankenversicherung beibehalten würde.

Bedauerlicherweise übergehen beide in der Rürup-Kommission entwickelten Modelle dieses fundamentale demographische Problem. Schon deshalb sind sie als Richtschnur für langfristige orientierte Reformkonzepte ungeeignet. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß beide Alternativvorschläge marginal demographiefreundlicher als der Status quo sind, indem die Hauptlast der Finanzierung infolge der (partiellen) Abkehr vom Lohneinkommen in etwas geringerem Maße bei den Erwerbstätigen liegt. Generationengerechtigkeit läßt sich mit diesen Konzepten nicht verwirklichen.

Ein optimales Krankenversicherungssystem müßte dagegen auf zwei Säulen ruhen:

- risikoabhängige Versicherungsprämien und
- übertragbare individuelle Alterungsrückstellungen.

Bei risikoabhängigen Versicherungsprämien bemißt sich die Prämienhöhe nach dem individuellen Krankheitsrisiko der Versicherten. Übertragbare individuelle Alterungsrückstellungen teilen die Summe der für einen Altersjahrgang gebildeten Alterungsrückstellungen entsprechend den indivi-

duellen Krankheitsrisiken – und damit entsprechend den zu erwartenden zukünftigen Ausgaben – auf die Versicherten auf, und sie werden dem Versicherten bei einem Wechsel seiner Versicherung mitgegeben.

Die Kombination dieser beiden Elemente löst zum einen das demographische Problem, weil die Alterungsrückstellungen die mit zunehmendem Alter ansteigenden Gesundheitsausgaben kompensieren.

Zum anderen sichern die beiden Säulen ein Maximum an effizienzförderndem Wettbewerb. Denn nur mit risikoäquivalenten Versicherungsprämien lassen sich Selbstbehalte und Wahlleistungen korrekt kalkulieren. Angesichts risikoäquivalenter Versicherungsprämien würde zudem auch der bürokratische und höchst unvollkommene Risikostrukturausgleich überflüssig.

Schreibt man zudem eine Versicherungspflicht von Geburt an vor, wenn das Gesundheitsrisiko noch hinter einem Schleier der Unwissenheit verborgen liegt, dann besteht auch nicht die Gefahr, daß Menschen mit einem sehr hohen Risiko keinen finanzierbaren Versicherungsschutz finden. Das Niveau der risikoäquivalenten Prämie bei Geburt ist dem einer Kopfpauschale vergleichbar. Aufgrund der übertragbaren individuellen Alterungsrückstellungen bleibt auch in späteren Jahren ein Versicherungswechsel für hohe Risiken jederzeit möglich. Denn die risikobedingt höhere Versicherungsprämie wird dann aus der entsprechend hoch ausfallenden individuellen Alterungsrückstellung ausgeglichen, die der Versicherte zur neuen Versicherung mitnimmt. Umgekehrt wird guten Risiken bei einem Versicherungswechsel nur eine niedrige Alterungsrückstellung mitgegeben. Die Krankenversicherungen haben somit, anders als gegenwärtig in der Privaten Krankenversicherung, einen Anreiz, einen intensiven Wettbewerb um Bestandskunden, unabhängig von deren Risikoprofilen, zu führen.

Ähnlich wie bei pauschalen Versicherungsbeiträgen hat auch in einem solchen System der soziale Ausgleich über das Steuer-Transfer-System zu erfolgen. Ein Modell, das auf diesen Grundprinzipien aufbaut, hat beispielsweise der Kronberger Kreis im Sommer 2002 entwickelt. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat Sympathien für eine solche Reform.

Sollte sich die Übertragbarkeit individueller Alterungsrückstellungen politisch nicht durchsetzen lassen, so sollte zumindest eine Kombination aus pauschalen Versicherungsprämien mit jahrgangsbezogenen Alterungsrückstellungen eingeführt werden. Die Grundzüge eines solchen Modells wurden von der Herzog-Kommission als anzustrebendes Langfristziel entwickelt.

6 Fazit

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor entscheidenden Weichenstellungen. Nur ein mutiges Handeln kann es noch vor dem finanziellen Kollaps retten. Obwohl Teile der Politik den Handlungsbedarf endlich erkannt haben, beschränkt sich die politische und öffentliche Diskussion größtenteils auf Scheingefechte in inhaltlichen Randbereichen. Entscheidenden Anteil an dieser Entwicklung hat eine irreführende und ungenaue Begriffsbildung, die zwar für emotionale Wahlkampfreden, nicht aber für eine konstruktive inhaltliche Auseinandersetzung geeignet ist. Letztere ist unerlässlich, wenn die immensen Herausforderungen im Gesundheitssystem noch gemeistert werden sollen.

Eine sachliche Diskussion würde erstens zeigen, daß pauschale Versicherungsprämien im Vergleich zu einer einkommensabhängigen Beitragsgestaltung die überlegene Lösung sind. Zweitens würde auch deutlich, daß eine Bürgerversicherung aufgrund ihrer Defizite keine überzeugende Reformalternative zur Arbeitnehmersversicherung darstellt. Folglich ist die *einkommensabhängige Bürgerversicherung* des Lauterbach-Modells der *pauschalen Arbeitnehmersversicherung* des Rürup-Modells in beiden Hinsichten unterlegen.

Vor allem aber würde drittens deutlich, daß diese derzeit von der Politik schwerpunktmäßig diskutierten konkreten Reformkonzepte beide unzureichend sind, um das deutsche Gesundheitswesen nachhaltig zu reformieren – beiden fehlt die dringend notwendige Kapitaldeckung.