

CHRISTIAN IGEL

ZUR FINANZIERUNG VON KRANKEN- UND PFLEGE- VERSICHERUNG

Entwicklung, Probleme und Reformmodelle



CHRISTIAN IGEL

ZUR FINANZIERUNG VON KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Finanzierungsprobleme der Sozialversicherung und hier insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) stehen seit geraumer Zeit im Mittelpunkt des wirtschafts- und sozialpolitischen Interesses. Diskretionäre Maßnahmen zur Vermeidung von steigenden Beitragssätzen prägen die letzten Jahre. Bedingt durch Gemeinsamkeiten auf der Ausgaben- bzw. Leistungsseite und annähernd gleichen Beitragssystemen unterliegen GKV und SPV derzeit und auch zukünftig fiskalischen Problemen. Die Arbeit befasst sich sowohl mit deren Analyse als auch mit der zielorientierten Betrachtung und Entwicklung von Reformen und Reformalternativen und gibt eine quantitative und qualitative Bewertung derselben.

Christian Igel unterrichtet an der Universität Mannheim Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie und beschäftigt sich mit Fragen zur Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung. Er war u. a. an der Erstellung diverser Expertisen und Gutachten wie dem Rürup-Wille Vorschlag „Zur Reform der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung“ oder dem Gutachten „Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer“ von B. Rürup und E. Wille beteiligt.

Zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung

ALLOKATION IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

Herausgegeben von
Heinz König (†), Hans-Heinrich Nachtkamp,
Ulrich Schlieper, Eberhard Wille

Band 58



PETER LANG

Frankfurt am Main · Berlin · Bern · Bruxelles · New York · Oxford · Wien

Christian Igel - 978-3-631-75616-4

Downloaded from PubFactory at 01/11/2019 03:02:42AM

via free access

CHRISTIAN IGEL

ZUR FINANZIERUNG VON KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Entwicklung, Probleme
und Reformmodelle



PETER LANG

Internationaler Verlag der Wissenschaften

Christian Igel - 978-3-631-75616-4

Downloaded from PubFactory at 01/11/2019 03:02:42AM

via free access

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <<http://www.d-nb.de>> abrufbar.

Open Access: The online version of this publication is published
on www.peterlang.com and www.econstor.eu under the interna-
tional Creative Commons License CC-BY 4.0. Learn more on how
you can use and share this work: [http://creativecommons.org/
licenses/by/4.0](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0).



This book is available Open Access thanks to the kind support of
ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft.

Zugl.: Mannheim, Univ., Diss., 2007

**Gedruckt auf alterungsbeständigem,
säurefreiem Papier.**

D 180
ISSN 0939-7728
ISBN 978-3-631-57774-5
ISBN 978-3-631-75616-4 (eBook)

© Peter Lang GmbH
Internationaler Verlag der Wissenschaften
Frankfurt am Main 2008
Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des
Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages
unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die
Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany 1 2 3 4 5 7

www.peterlang.de

**Meinem Vater,
Herrn Bruno Igel
(1947-2005)**

Vorwort

Die vorliegende Arbeit entstand während meiner Tätigkeit am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Planung und Verwaltung öffentlicher Wirtschaft, der Universität Mannheim. Sie wurde im Wintersemester 2007 von der Fakultät für Rechtswissenschaft und Volkswirtschaftslehre, Abteilung Volkswirtschaftslehre, als Dissertation angenommen.

Mein Dank gebührt in erster Linie meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr. Eberhard Wille, der nicht nur die Anregung zu dieser Arbeit gab, sondern auch deren Fortgang in allen Phasen ihrer Entstehung begleitete, mich auf vielfältige Weise unterstützte und mir stets als Mentor, Diskussionspartner, wohlwollender Kritiker und nicht zuletzt väterlicher Freund zur Seite stand. Durch Ihn wurde die Anfertigung dieser Arbeit niemals zur Last, sondern war stets getrieben von Interesse und Neugier.

Herzlich Danken möchte ich auch Herrn Professor Dr. Dr. h.c. mult. Peter Eichhorn für die Übernahme des Zweitgutachtens sowie wertvolle Hinweise und Anmerkungen.

Während der Erstellung der Arbeit durfte ich eine Vielzahl fachlicher Diskussionen führen, für die ich allen Partnern Dank schulde. Im Besonderen erwähnt und dem Aufbau der Arbeit folgend seien hier die Herren Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup, Dr. Martin Albrecht, Manfred Zach, Christian Luft, Peter Schmeiduch, Dieter Hackler und nicht zuletzt Dr. Ulrich Roppel.

Dank sagen möchte ich auch meinen wissenschaftlichen Kolleginnen und Kollegen, den studentischen Hilfskräften und den Sekretärinnen am Lehrstuhl von Herrn Professor Dr. Wille.

Für Ihren ständigen Antrieb und die Motivation während und besonders in der Endphase der Arbeit danke ich allen meinen Freunden vor allem Frau Dr. Andrea Kranzer, Herrn Dr. Hamid Emminger sowie Herrn Wolfgang Lange.

Ein besonderer Dank gilt meiner Tante, Frau Ruth Schultheis und meinen Eltern, die meine Ausbildung ermöglicht und ideell mitgetragen haben. Herzlich danken möchte ich meiner Mutter Ute Igel und meiner Schwester Christine Igel für die Durchsicht der Arbeit sowie Ihre fortwährende Hilfe und Unterstützung.

Mannheim, im November 2007

Christian Igel

Gliederung

1	FISKALISCHE PROBLEME DER GESETZLICHEN KRANKEN- VERSICHERUNG	19
1.1	Der Trend steigender Beitragssätze	19
1.2	Die bisherige Entwicklung und ihre Risiken	20
1.3	Die voraussichtliche Beitragssatzentwicklung bis 2010	23
1.4	Problemstellung und Aufbau der Arbeit	25
2	DIE WACHSTUMSSCHWÄCHE DER FINANZIERUNGSBASIS	28
2.1	Ausgabenentwicklung und diskretionäre Eingriffe	28
2.2	Mögliche Ursachen steigender Beitragssätze	31
2.2.1	Die Versichertenstruktur	31
2.2.2	Die Beitragsbemessungsgrundlage	39
2.2.3	Die Lohnquote als Indikator der Beitragsbemessungsgrundlage	43
2.2.4	Zur Höhe der Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze	46
2.2.5	Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied	52
2.3	Zwischenfazit	56
3	ZIELE UND PRINZIPIEN EINER FINANZIERUNGSREFORM	58
3.1	Das Zielspektrum	58
3.2	Leitlinien einer zielorientierten Gesundheitspolitik	59
3.3	Zielverfehlungen des geltenden Systems	67
3.3.1	Versicherungspflicht und Versicherungspflichtgrenze	67
3.3.2	Beitragsbemessungsgrundlage und Tarif unter Verteilungsaspekten	69
3.3.3	Die Intransparenz der Verteilungseffekte	72
3.3.4	Fehlende Nachhaltigkeit mit negativen Beschäftigungs- und Wachstumswirkungen	74
3.4	Zwischenfazit	79
4	DIE REFORMOPTIONEN IM ÜBERBLICK	81
4.1	Grundsätzliche Ansatzpunkte	81
4.2	Pflichtversichertenkreis und Bemessungsgrundlage	82
4.3	Exkurs: Auswertungen zu den fiskalischen Effekten einer Einbeziehung der Beamten in die GKV auf öffentliche Haushalte	86
4.3.1	Die staatliche Beihilfe	86
4.3.2	Berücksichtigungsfähiger Personenkreis	87
4.3.3	Bestimmung von beitragspflichtigen Einnahmen für Beamte	95
4.3.4	Umstellungsproblematik und Arbeitgeberbelastung	97
4.3.5	Arbeitgeberanteile für Empfänger von Versorgungsbezügen	100
4.3.6	Bewertung der Modellrechnungen	102
4.4	Die Deckung der Ausgaben	106
4.5	Zur Beteiligung des Arbeitgebers	107

4.6	Gemeinsamkeiten der Reformvorschläge	110
4.7	Zwischenfazit	112
5	VARIANTEN KASSENSPEZIFISCHER GESUNDHEITSPAUSCHALEN	116
5.1	Gesundheitspauschalen nach dem Vorschlag von Rürup und Wille 2004	116
5.1.1	Ziel und Anlass	116
5.1.2	Grundzüge	116
5.1.3	Finanzierung der Gesundheitspauschale für Kinder	118
5.1.4	Steuerfinanzierte Beitragszuschüsse für Erwachsene	118
5.1.5	Verteilungswirkungen	120
5.1.6	Zu Wettbewerb und Preisrelation zwischen GKV und PKV	136
5.2	Varianten	144
5.2.1	Anpassung der Modelle und Varianten kassenspezifischer Pauschalbeiträge	145
5.2.2	Abschätzung des erforderlichen Transferbedarfs	148
5.2.3	Transferbedarf und mögliche Finanzierungsalternativen	149
5.3	Zwischenfazit	151
6	DIE FINANZIERUNGSREFORM IM RAHMEN DES GKV-WETTBEWERBSSTÄRKUNGSGESETZ	157
6.1	Der Gesundheitsfonds	157
6.1.1	Quantifizierung möglicher Effekte	158
6.1.2	Einführung eines Freibetrages zur Dämpfung der Pauschalenspirale	162
6.1.3	Effekte einer Freigrenze zur Dämpfung der Pauschalenspirale	164
6.2	Ein Drei-Säulen-Modell mit konstitutiver Gesundheitspauschale	165
6.2.1	Das Modell	165
6.2.2	Quantifizierung des Modellvorschlags	167
6.2.3	Zusätzliche fiskalische Entlastung im Modell	170
6.3	Zwischenfazit und Bewertung des Modellvorschlags	172
7	REFORMOPTIONEN IM RAHMEN DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG	177
7.1	Die Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben	177
7.2	Ausgabenprofile	186
7.2.1	Spezifische Wahrscheinlichkeiten der Leistungsanspruchnahme	186
7.2.2	Ausgabenprofile in der SPV	190
7.3	Die Entwicklung der SPV bis zum Jahr 2050	193
7.3.1	Entwicklung der Bevölkerung und Versichertenpopulation	193
7.3.2	Modellparameter und Annahmen	199
7.3.3	Status quo-Prognose	201
7.4	Zentrale Schwachstellen der SPV	202
7.5	Quantitative Effekte möglicher Reformschritte	205
7.5.1	Berücksichtigung von Mehraufwendungen für Demenzkranke	205
7.5.2	Effekte einer Dynamisierung der Leistungssätze	206
7.5.3	Exkurs zu den fiskalischen Auswirkungen der geplanten Reform der SPV	208

7.6	Reformoptionen zur Finanzierung der SPV	215
7.7	Ein Drei-Säulen-Modell als Reformvorschlag	219
7.7.1	Modellstruktur	219
7.7.2	Möglichkeiten der Ausgestaltung des Kapitaldeckungselementes im Rahmen des Reformvorschlages	222
7.8	Zwischenfazit	225
8	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER ARBEIT	231
8.1	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung	231
8.2	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Reform der sozialen Pflegeversicherung	234
9	LITERATUR	239

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Beitragsatzprognose	24
Tabelle 2:	Steuern und Sozialabgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt im internationalen Vergleich	77
Tabelle 3:	Kombinationen aus Pflichtversichertenkreis und Bemessungsgrundlage	84
Tabelle 4:	Einkommensabhängige Bemessungsgrundlage: Kombination aus Einkunftsarten und Mitversicherung von Familienangehörigen	86
Tabelle 5:	Beschäftigte des öffentlichen Dienstes am 30.06.2004 nach Dienstverhältnis, Laufbahngruppen und Beschäftigungsbereichen	89
Tabelle 6:	Berücksichtigungsfähige Beschäftigte des öffentlichen Dienstes	90
Tabelle 7:	Berücksichtigungsfähige Vollzeitbeschäftigte	91
Tabelle 8:	Berücksichtigungsfähige Teilzeitbeschäftigte	92
Tabelle 9:	Berücksichtigungsfähige vollzeitäquivalente Beschäftigungsverhältnisse	93
Tabelle 10:	Durchschnittliche Stellengröße der Teilzeitbeschäftigten	94
Tabelle 11:	Empfänger von Versorgungsbezügen im unmittelbaren öffentlichen Dienst zum Stichtag 01.01.2005	96
Tabelle 12:	Schätzung der beitragspflichtigen Einnahmen der vollzeitbeschäftigten Beamten	98
Tabelle 13:	Schätzung der beitragspflichtigen Einnahmen der teilzeitbeschäftigten Beamten	99
Tabelle 14:	Abschätzung der Arbeitgeberanteile für aktive voll und Teilzeitbeschäftigte Beamte	101
Tabelle 15:	Beitragspflichtige Einnahmen der Ruhegehaltsempfänger	103
Tabelle 16:	Arbeitgeberanteile für Versorgungsempfänger	104
Tabelle 17:	Varianten kassenspezifischer Pauschalbeiträge	146
Tabelle 18:	Ableitung Belastungsgrenze und Gesundheitspauschale nach Modell „Rürup Wille“	147
Tabelle 19:	Deckungslücke nach Modell „Rürup Wille“	150
Tabelle 20:	Histogramm der Einkommensverteilung der Musterkasse	160

Tabelle 21:	Modellvorschlag: Fixierter Beitragssatz und ergänzende Pauschale	168
Tabelle 22:	Fixierter Beitragssatz und ergänzende Pauschale	173
Tabelle 23:	Annahmen und Varianten der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung	196
Tabelle 24:	Beabsichtige Veränderung der Hauptleistungssätze der SPV in Euro pro Monat	209
Tabelle 25:	Durchschnittliche jährliche Fortschreibungsraten der Leistungssätze durch Stufenanpassung	210
Tabelle 26:	Die voraussichtliche Entwicklung der SPV nach Umsetzung der geplanten Reform	214

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Die Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung	21
Abbildung 2:	Verhältnis von GKV- Leistungsausgaben zu BIP und beitragspflichtigen Einnahmen von 1970 bis 2005 (alte Bundesländer)	29
Abbildung 3:	Jährliche Veränderungsraten der GKV- Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen von 1970 bis 2005 (alte Bundesländer)	30
Abbildung 4:	Je Beitragszahler zu finanzierende Versicherte von 1990 bis 2006	33
Abbildung 5:	Anteil der Rentner an allen Mitgliedern der GKV von 1990 bis 2006	34
Abbildung 6:	Wachstum der Versichertengruppen von 1990 bis 2006 (alte Bundesländer)	37
Abbildung 7:	Wachstum der Versichertengruppen von 1991 bis 2006 (Deutschland)	38
Abbildung 8:	Anteil der Pflichtversicherten in der GKV von 1990 bis 2006	40
Abbildung 9:	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen und des BIP von 1980 bis 2006 (alte Bundesländer)	42
Abbildung 10:	Die Lohnquoten im Zeitablauf von 1970 bis 2004	44
Abbildung 11:	Wachstum der Beitragsbemessungsgrenze der GKV im Vergleich zur Lohnentwicklung zur Basis 1975 (alte Bundesländer)	48
Abbildung 12:	Jährliches Wachstum der Beitragsbemessungsgrenze der GKV im Vergleich zur Bruttolohn- und --gehaltssumme von 1970 bis 2000 (alte Bundesländer)	51
Abbildung 13:	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und des BIP je Erwerbstätigen von 1980 bis 2006 (alte Bundesländer)	53
Abbildung 14:	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und des BIP je Erwerbstätigen von 1994 bis 2006 (alte Bundesländer)	54
Abbildung 15:	Der Beitragstarif in der GKV	71
Abbildung 16:	Die Entwicklung der Abgabenquoten von Deutschland, der EU und den OECD- Staaten von 1965 bis 2005	76
Abbildung 17:	Krankenversicherungsbeitrag und Belastungsgrenze	120

Abbildung 18:	Vergleich von Brutto- und Nettolohn in der derzeitigen Regelung	122
Abbildung 19:	Veränderungen von Brutto- und Nettomonatslohn ohne Berücksichtigung einer Kompensation	124
Abbildung 20:	Die Vorsorgepauschale im derzeitigen System	125
Abbildung 21:	Entlastungswirkungen der Vorsorgepauschale	126
Abbildung 22:	Notwendigkeit und Wirkungsweise einer zusätzlichen Vorsorgepauschale	127
Abbildung 23:	Einkommenssituation nach Umstellung auf die Gesundheitspauschale	130
Abbildung 24:	Zuschussbedarf bzw. zusätzliche Steuerzahlung je Arbeitnehmer im Gesundheitspauschalenmodell mit Ausgleichsmechanismen	131
Abbildung 25:	Absolute und prozentuale Nettolohnveränderung bei Anwendung der Gesundheitspauschale	132
Abbildung 26:	Veränderung der Einkommenssituation nach Umstellung auf die Gesundheitspauschale (Familie mit 2 Kindern)	135
Abbildung 27:	Vergleich der derzeitigen Versicherungskosten von GKV- und PKV- Versicherten	140
Abbildung 28:	Vergleich der Versicherungskosten von GKV und PKV bei Familien	141
Abbildung 29:	Vergleich von Gesundheitspauschale und PKV- Prämie	143
Abbildung 30:	Modellvorschlag: Fixierter Beitragssatz und ergänzende Pauschale Variante 1: Fixierter Beitragssatz bei 10,6% / Rechnungsjahr 2005*	169
Abbildung 31:	Fixierter Beitragssatz und ergänzende Pauschale; Fixierter Beitragssatz bei 13,0% / Rechnungsjahr 2005*	171
Abbildung 32:	Fixierter Beitragssatz und ergänzende Pauschale Rechnungsjahr 2005	174
Abbildung 33:	Vergleich von Ausgaben und Einnahmen der SPV von 1995 bis 2006	179
Abbildung 34:	Wachstum relevanter Einnahmen und Ausgabengrößen der SPV von 1998 bis 2006	180
Abbildung 35:	Entwicklung von Leistungsausgaben und Leistungsempfängern je Beitragszahler von 1996 bis 2006	180

Abbildung 36:	Entwicklung von Beitragszahler und Versicherten von 1996 bis 2006	181
Abbildung 37:	Die Entwicklung des Anteils der Leistungsausgaben je Pflegestufe 1998 bis 2006	182
Abbildung 38:	Die Entwicklung des Anteils der Leistungsempfänger je Pflegestufe von 1998 bis 2006	183
Abbildung 39:	Verschiebungen zwischen ambulantem und stationärem Leistungsempfang von 1996 bis 2006	184
Abbildung 40:	Die Entwicklung des Anteils der Pflegesachleistungen je Pflegestufe von 1998 bis 2006	185
Abbildung 41:	Altersklassenspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten für Männer (2006)	187
Abbildung 42:	Altersklassenspezifische ambulante Pflegewahrscheinlichkeiten für Männer nach Pflegestufen (2006)	188
Abbildung 43:	Altersspezifische stationäre Pflegewahrscheinlichkeiten für Männer nach Pflegestufen (2006)	188
Abbildung 44:	Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten für Frauen (2006)	188
Abbildung 45:	Altersspezifische ambulante Pflegewahrscheinlichkeiten für Frauen nach Pflegestufen (2006)	190
Abbildung 46:	Altersspezifische stationäre Pflegewahrscheinlichkeiten für Frauen nach Pflegestufen (2006)	190
Abbildung 47:	Ausgabenprofile der SPV nach Alter, Geschlecht sowie ambulanter und stationärer Pflegeleistung	194
Abbildung 48:	Ausgabenprofile der SPV nach Alter, Geschlecht sowie ambulanter und stationärer Pflegeleistung bis zur Altersklasse 70-75	195
Abbildung 49:	Alterspyramide der SPV im Jahr 2005	197
Abbildung 50:	Alterspyramide der SPV im Jahr 2015	197
Abbildung 51:	Alterspyramide der SPV im Jahr 2030	198
Abbildung 52:	Alterspyramide der SPV im Jahr 2050	198
Abbildung 53:	Beitragssatzprognose bis zum Jahr 2050	202
Abbildung 54:	Entwicklung von Ausgaben, Einnahmen und Beitragssatz bis zum Jahr 2050 (inkl. 1,2 Mrd. Mehrleistungen für Demenz)	207

Abbildung 55:	Ausgaben und Beitragssatz der SPV bei Leistungsdynamisierung bis zum Jahr 2050	208
Abbildung 56:	Ausgabendeckender Beitragssatz der SPV bei Leistungsdynamisierung bis zum Jahr 2050	209
Abbildung 57:	Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes der SPV bis zum Jahr 2050	213

1 Fiskalische Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung

1.1 Der Trend steigender Beitragssätze

Die Beiträge zur Sozialversicherung erreichten inzwischen in der Bundesrepublik Deutschland mit über 40% ein Niveau, das sowohl in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) als auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und in der sozialen Pflegeversicherung Reformbestrebungen und -diskussionen auslöste. Die Sozialbeiträge, die Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Wesentlichen je zur Hälfte entrichten, belasten über die Lohnnebenkosten die Investitionen der Unternehmen und verringern ähnlich wie die Einkommensteuer das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte und damit die Nachfrage nach Konsumgütern. Eine hohe und steigende öffentliche Abgabenbelastung birgt daher für Beschäftigung und Wachstum einer Volkswirtschaft vor allem folgende Gefahren (vgl. Wille, E. 1999a, S. 9):

- Abwanderung von Produktionsfaktoren in die Schattenwirtschaft mit entsprechenden Beitragsverlusten für die Sozialversicherungsträger und die öffentlichen Haushalte,
- Minderung individueller Leistungsanreize infolge relativ geringer Zuwächse des Nettoeinkommens,
- Behinderung des Strukturwandels in Richtung des beschäftigungsinintensiven Dienstleistungssektors durch die starke Belastung personalintensiver Unternehmen mit Lohnnebenkosten (ähnlich Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit 2004, S. 40ff.),
- Abnahme der Einstellungsbereitschaft von Unternehmen wegen hoher Belastung des Faktors Arbeit (vgl. Farhauer, O. Borchardt, K. u. Stargardt, T. 2004, S. 4ff.),
- Verstärkung der Anreize zu einer exzessiven Nutzung der Leistungen sowohl bei den Versicherten als auch bei Unternehmen, bei letzteren u. a. durch die Abwälzung von Lohnleistungen auf die Sozialversicherung und
- Beeinträchtigung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft.

Vor diesem Hintergrund gewinnen das Postulat der Beitragssatzstabilität, das nach § 71 SGB V Krankenkassen und Leistungserbringer bei ihren Vereinbarungen beachten sollen, und die zu seiner Sicherung in den vergangenen 25

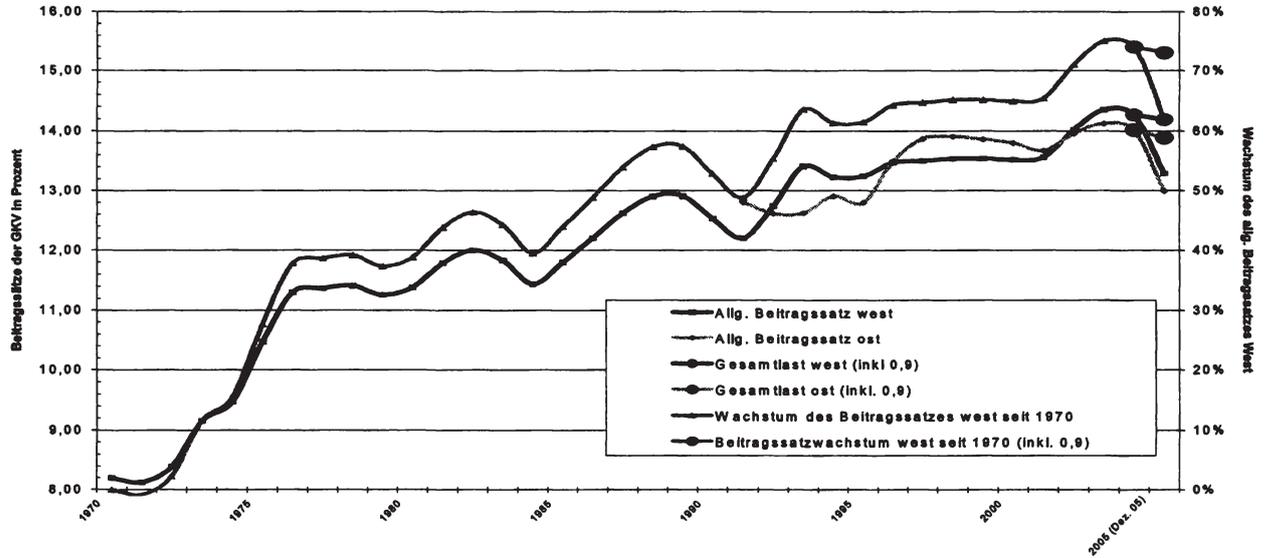
Jahren unternommenen sog. Kostendämpfungsmaßnahmen - zumindest von ihrer Intention her - eine gewisse Berechtigung.

1.2 Die bisherige Entwicklung und ihre Risiken

Die Beitragssätze in der GKV bleiben stabil, wenn die Ausgaben nicht stärker ansteigen als die beitragspflichtigen Einnahmen bzw. die Finanzierungsgrundlage der Beiträge. Der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV stieg allerdings trotz vielfältiger sog. Kostendämpfungsmaßnahmen von 8,2% im Jahre 1970 bis zum Jahr 2004 sowohl in den alten als auch später in den neuen Bundesländern auf über 14% an (vgl. Abbildung 1). Nach einer Phase mit annähernd stabilen Beitragssätzen von etwa 13,5% im Zeitraum von 1997 bis 2001 in den alten Bundesländern und sogar leicht sinkenden Beitragssätzen in den neuen Bundesländern setzt sich ab 2001 der Trend steigender Beitragssätze in den alten und neuen Bundesländern bis zum Jahr 2003 sogar verstärkt fort. Der Beitragssatzanstieg von knapp 0,8 Beitragssatzpunkten entspricht, gemessen an der Basis von 1970, etwa 10 Prozentpunkten im Wachstum. Im Untersuchungszeitraum ergibt sich für den Bereich der alten Bundesländer ein Beitragssatzwachstum bis zum Jahr 2003 von 75%.

Infolge der Entlastungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 (GMG) senkten bereits mehrere Kassen ihre Beitragssätze und einige kündigten für die nächsten Monate entsprechende Schritte an. Obgleich das GMG im Urteil von Experten deutlich besser abschneidet als in den Augen einer breiten Öffentlichkeit (siehe auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2003, Tz. 290ff.), vermag es den schon über drei Jahrzehnte währenden Trend steigender Beitragssätze allenfalls zu dämpfen. Das GMG konnte bzw. kann diese Beitragssatzsenkung auch nur dadurch erreichen, dass es bei den Krankenkassen den Schuldenabbau und die Auffüllung der Rücklagen hinten anstellte (vgl. Wille, E. 2003, S. 356). Unter Berücksichtigung der eigentlich, d. h. im Sinne des § 220 Abs. 2. SGB V, gesetzeswidrigen Verschuldung von schätzungsweise 5 Mrd. Euro sowie fehlender Rücklagen in einer ähnlichen Größenordnung lag der „ungeschönte“ Beitragssatz Ende 2003 bei gut 15%. Aus dieser Perspektive bedurfte es schon der fiskalischen Entlastungen durch das GMG, um den durchschnittlichen Beitragssatz nur stabil zu halten. Bedingt durch das GMG sank der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz im Jahr 2004 auf 14,27% in den alten und 14,02% in den neuen Bundesländern. Gemessen am Basiswert des Jahres 1970 ermöglichten die Reformen einen Beitragssatzrückgang für den Bereich der alten Bundesländer von lediglich einem Prozentpunkt.

Abbildung 1: Die Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung



Quelle: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte 2001, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005, Bundesministerium für Gesundheit 2006a, eigene Berechnungen.

Die ab Mitte 2005 geltende Verschiebung der paritätischen Finanzierung in der GKV sieht eine Beitragssatzreduktion um 0,9 Prozentpunkte, bei gleichzeitiger Erhebung bzw. Gegenfinanzierung dieser Maßnahme durch einen Sonderbeitrag i. H. v. 0,9 Prozentpunkten auf den abgesenkten Arbeitnehmeranteil vor. Die beschriebenen 0,9 Prozentpunkte setzen sich aus 2 Elementen zusammen:

- a) Einer Umfinanzierung des Zahnersatzes mit 0,4 Prozentpunkten und
- b) einem einheitlichen zusätzlichen Beitragssatz von weiteren 0,5 Prozentpunkten, jeweils auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder¹.

Im Ergebnis reduziert sich die direkte Beitragsbelastung des durchschnittlichen, ermäßigten und erhöhten Beitragssatzes um 0,9 Prozentpunkte. Gleichzeitig steigt die Belastung der Mitglieder um den Zusatzbeitrag von 0,9 Prozentpunkten an. Ausgehend von einer aufkommensneutralen Umschichtung bleibt entsprechend bei Mitgliedern ohne Arbeitgeberanteil die Belastung durch GKV-Beiträge unverändert².

Für Mitglieder mit Arbeitgeberanteil und deren Arbeitgeber gehen von dieser Maßnahme mehrere direkte Effekte aus:

- a) Eine Absenkung der Lohnzusatzkosten um 0,45 Prozentpunkte und damit eine Entlastung des Faktors Arbeit.
- b) Einen direkten Anstieg der nettolohnwirksamen Beitragsbelastung der Mitglieder durch die GKV von 0,45 Prozentpunkten.
- c) Eine Verschiebung der paritätischen Finanzierung um 0,9 Prozentpunkte.

¹ Im Rahmen dieser Neuregelung wurde von einer pauschalierten Finanzierung des Zahnersatzes zugunsten einer weiterhin Einkommensabhängigen abgesehen. Allfällige Begründungsansätze wie Erhebungsprobleme oder Erhebungskosten wurden hierbei bemüht. Die weiteren 0,5 Prozentpunkte entbehren gänzlich einem direkten Bezug auf einen spezifischen Ausgabenblock. Die in diesem Zusammenhang häufig genannte Umschichtung des Ausgabenblocks „Krankengeld“ auf die Arbeitnehmerseite entspricht nicht den tatsächlichen Gegebenheiten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2004b). M. E. wäre diese Maßnahme auch nicht systemkonform mit einer Erhebung eines zusätzlichen Beitragssatzes, einheitlich auf alle Mitgliedergruppen. Unterschiedliche Krankengeldansprüche bezogen auf den allgemeinen, ermäßigten und erhöhten Beitragssatz verhindern ein solches Vorgehen schon im Grundsatz.

² Dies gilt für selbständige ohne Arbeitgeberanteil auch bezogen auf die Einkommensteuerbelastung, da hier durch einen fehlenden, steuerfreien Arbeitgeberanteil eine erweiterte Abzugsfähigkeit der Versicherungskosten nach Maßgabe von Höchstbeträgen existiert (vgl. Bundesministerium der Finanzen, 2005, S. 44) .

Gleichzeitig ergeben sich auch indirekte Effekte:

Durch die Einführung des Sonderbeitrags zerbricht die Beitragserhebung in eine Zweischichtigkeit. Zunächst muss jedes Mitglied über den Sonderbeitrag für die Kosten des Zahnersatzes sowie etwa 5 Mrd. der GKV-Ausgaben aufkommen. Die diesen Sockel überschreitenden Aufwendungen werden, abhängig von Krankengeldanspruch, über die in Kassenhoheit gestellten Beitragssätze paritätisch finanziert. Neben der oben beschriebenen Reduktion des Arbeitgeberanteils wird somit indirekt deren Steuerbemessungsgrundlage erweitert. Durch die Verschiebung der Parität verändert sich das zu versteuernde Einkommen der Arbeitnehmer grundsätzlich nicht. Gleichzeitig sinkt der nicht der Besteuerung unterliegende –weil als Betriebsaufwendungen abzugsfähige- Arbeitgeberanteil um 0,45 Prozentpunkte. Im Vergleich zur Situation vor Einführung dieser Maßnahme unterliegen damit etwa zusätzliche 4,5 Mrd. Euro der Besteuerung da diese jetzt direkt als Gewinn bei den Unternehmen anfallen. Die beabsichtigten positiven Effekte auf Beschäftigung und Unternehmen müssen insofern nach Maßgabe der Grenzsteuersätze nach unten korrigiert werden.

Selbst wenn nach Maßgabe des o. a. zusätzlichen Beitragssatzes die in der Statistik ausgewiesenen Beitragssätze der GKV nach unten gingen, verzerrt diese Darstellung die eigentliche Entwicklung. Zwar sank in den alten Bundesländern der allgemeine Beitragssatz von 2004 bis zum Dezemberwert des Jahres 2005 von 14,27% auf 13,29 Prozent, also um insgesamt 0,98 Prozentpunkte. Die Abgabenquote der Krankenversicherung (allgemeiner Beitragssatz und zusätzlicher Beitragssatz) sank aber nur um 0,08 Prozentpunkte. Fasst man die Wirkungen des Jahres 2004 und 2005 zusammen ergeben sich Beitragssatzsenkungen von 0,16 Prozentpunkten für die alten Bundesländer und 0,23 Prozentpunkte für die neuen Bundesländer. Dem vorgestellten Wachstumstrend zur Basis 1970 folgend reduzierte sich der Beitragssatz von 2003 bis zum Dezember 2005 lediglich um knapp 2 Prozentpunkte.

Bereits angekündigte Beitragssatzsteigerungen zeigen an, dass die Reformwirkungen weder mit deutlichen Entlastungen einhergingen noch eine Dämpfung des oben beschriebenen Trends steigender Beitragssätze bewirken können.

1.3 Die voraussichtliche Beitragssatzentwicklung bis 2010

Die folgende Beitragssatzprognose für die GKV ermittelt auf Basis der Gesundheitsausgaben je Mitglied und ausgehend von deren Ausgabenwerten –getrennt nach Ausgabenarten - ab dem Jahr 1995 die entsprechenden Wachstumsraten und überträgt diese auf die korrespondierenden Mitgliederzahlen. Weiterhin verwendet die Prognose die beitragspflichtigen Einnahmen nach dem

Tabelle 1: Beitragssatzprognose

	Werte je Mitglied							
	2004	2005 [*]	WTR	2006	2007	2008	2009	2010
Gesamtausgaben	2.768,94	2.855,15	–	2.925,02	3.017,02	3.094,46	3.175,60	3.260,71
darunter u. a.								
Ärztliche Behandlung ¹⁾	453,42	457,96	2,00%	467,13	476,49	486,03	495,76	505,69
Zahnbehandlung	149,97	147,42	1,81%	150,09	152,81	155,57	158,39	161,26
Zahnersatz	72,52	49,09	0,32%	49,25	49,40	49,56	49,72	49,87
Arznei-,Verband- und Hilfsmittel aus								
Apotheken und von Sonstigen ²⁾	430,83	503,21	5,31%	529,90	572,45**	602,82**	634,80**	668,47**
Summe Heil- und Hilfsmittel	163,58	166,04	1,59%	168,68	175,80**	178,59**	181,44**	184,33**
Leistungsausgaben insgesamt	2.590,78	2.678,63	1,66%	2.741,99	2.827,24	2.897,66	2.971,53	3.049,10
Netto-Verwaltungskosten	160,28	161,56	3,57%	167,33	173,30	179,49	185,69	192,53
Sonstige Einnahmen³⁾	82,66	84,03	1,66%	85,43	86,85	88,30	89,77	91,26
Bundeszuschuß⁴⁾	35,75	49,78	–	83,10	29,53	0,00	0,00	0,00
Einnahmen 0,9% Zusatzb.	0	87,57	–	176,41	178,10	180,05	182,06	184,56
Saldo nach GKV Statistik	79,40	35,44		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Beitragspflichtige Einnahmen⁵⁾	19.287,29	19.460,88		19.601,58	19.789,20	20.005,42	20.228,44	20.507,02
AKV	22.873,74	23.255,79		23.573,68	23.895,92	24.222,56	24.553,66	24.889,30
KVDR	11.980,67	11.980,67		11.980,67	11.980,67	12.062,55	12.145,00	12.228,00
Über Beitragssatz zu decken	2.729,93	2.729,93		2.729,93	2.729,93	2.729,93	2.729,93	2.729,93
Beitragssatz (Ausgabendeckend)	14,15%	13,72%		13,16%	13,76%	14,13%	14,35%	14,56%
Gesamtbelastung inkl. Zusätzl. BS	14,15%	–HJ2		14,06%	14,66%	15,03%	15,25%	15,46%

WTR: Mittlere Wachstumsrate, Wert ergibt sich aus durchschnittlichem Wachstum p. a. ausgewählter Jahrgangsfolgen.

* Wert nach KV 45 2006, Saldo nach Pressemitteilung BMG von 03.03.06

** Ab 2007 Ust. 19% statt 16%

- 1) Mit Dialyse-Sachkosten
- 2) Ohne Effekte des AVWG
- 3) Darunter u. A. auch Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung
- 4) Bundeszuschuß: 2004: 1,8 Mrd.; 2005: 2,5 Mrd.; 2006: 4,2 Mrd.; 2007: 1,5 Mrd.; 2008: 0.
- 5) Beitragspflichtige Einnahmen nach RSA;

Wachstumsraten ab 2005 bei AKV Mittelwert gem. WTR Bei KVDR 0 bis 2007, ab 2008 50% der WTR der beitragspflichtigen Einnahmen der AKV.

Die Versicherten und Mitgliederwerte bis 2010 orientieren sich an der mittleren Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes.

Risikostrukturausgleich, wobei diejenigen der allgemeinen Krankenversicherung (AKV) mit den durchschnittlichen Steigerungsraten, diejenigen der Krankenversicherung der Rentner (KVDR) bis zum Jahr 2007 mit 0% Wachstum und ab dem Jahr 2007 mit 50% der Steigerungsraten den beitragspflichtigen Einnahmen der AKV fortgeschrieben werden.

Ab dem Jahr 2007 gehen Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken und von sonstigen mit dem erhöhten allgemeinen Mehrwertsteuersatz von 19% ein. Der Bundeszuschuss wurde für die Jahre 2004 bis 2007 mit 1,8 Mrd., 2,5 Mrd., 4,2 Mrd., und 1,5 Mrd. berücksichtigt. Ab dem Jahr 2008 wurde 0 Bundeszuschuss eingerechnet.

Integriert man den zusätzlichen und den allgemeinen Beitragssatz der GKV zum „Gesamtabgabensatz“ für die GKV, beläuft sich dieser – nach Maßgabe der Modellrechnung - für das Jahr 2006 auf 14,06% und erreicht bis zum Jahr 2010 15,46%. Der durchschnittliche Beitragssatz liegt somit spätestens ab dem Jahr 2009 höher als vor der Absenkung im Jahr 2004. Angesichts der bisherigen Entwicklung der Beitragssätze und der grundlegenden Determinanten, die in der Vergangenheit und auch künftig auf die Einnahmen- und Ausgabenseite der GKV einwirk(t)en, kann es letztlich nicht um das „Ob“, sondern nur um das „Wie“ von weiteren Reformen gehen. Diese können die Lücke zwischen der Ausgaben- und der Einnahmenentwicklung nur schließen, wenn sie neben Maßnahmen zur Ausschöpfung des Rationalisierungspotentials auch die Finanzierungsgrundlagen bzw. die Beitragsgestaltung in der GKV mit in die Überlegungen einbeziehen bzw. zur Diskussion stellen. Es herrscht in Politik und Wissenschaft heute weitgehend Einigkeit darüber, dass unbeschadet der noch vorhandenen Rationalisierungsreserven selbst eine konsequente und erfolgreiche Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei gegebenen Finanzierungsstrukturen schon mittelfristig nicht ausreicht, um die Beitragssätze in der GKV stabil zu halten (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit 2004, S. 42; Henke, K.-D. et al. 2004, S. 11).

1.4 Problemstellung und Aufbau der Arbeit

Die Einführung hat gezeigt, dass die GKV unter ständig steigenden Beitragssätzen und den damit verbundenen Wirkungen leidet. Da wie in der Medizin eine erfolversprechende Therapie eine zutreffende Diagnose voraussetzt, analysieren die folgenden Ausführungen in Kapitel 2 mögliche Gründe für den empirischen Trend steigender Beitragssätze in der GKV bzw. die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis. Dabei stehen die Versichertenstruktur, die Beitragsbemessungsgrundlage und das Wachstum der (Behandlungs-) Ausgaben der GKV im Mittelpunkt der Betrachtung.

Ausgehend von diesem Befund, stellt das Kapitel 3 ein Zielspektrum für eine Reform der Krankenversicherung auf und entwickelt Leitlinien einer zielorientierten Gesundheitspolitik. Nach Maßgabe des Zielspektrums und der Leitlinien werden als Abschluss des Kapitels Zielverfehlungen des geltenden Systems aufgezeigt. Diese Zielverfehlungen bilden gleichzeitig den Anknüpfungspunkt allfälliger Reformoptionen, die im 4. Kapitel aufgezeigt werden. Dabei werden neben grundsätzlichen Anknüpfungspunkten Versichertenkreis, Bemessungsgrundlage, Ausgabendeckung und Arbeitgeberbeteiligung diskutiert und als Systematisierungskriterien für bestehende Reformvorschläge vorgestellt. Vor dem Hintergrund der Diskussion einer Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung behandelt dieses Kapitel im Rahmen eines Exkurses auch quantitative Effekte einer Einbeziehung der Beamten in die GKV, allerdings liegt hier der Fokus auf den Auswirkungen dieser Maßnahme für öffentliche Arbeitgeber.

Das Fünfte Kapitel stellt als einen pragmatischen Ansatz zur Reform der GKV den im Jahr 2004 vorgestellten Ansatz einer Gesundheitspauschale nach Rürup und Wille vor. Dabei werden Ziel und Anlass ebenso wie allokativen, distributiven und fiskalischen Effekte diskutiert. Die mit dem Vorschlag einhergehende Veränderung der Preisrelation zwischen GKV und PKV und die damit einhergehenden Effekte bilden den Abschluss des Kapitels. Der Vorschlag nach Rürup und Wille wurde im Jahre 2005 präsentiert. Die Einführung eines zusätzlichen Beitragssatzes und sonstige Veränderungen lassen eine Anpassung der Ergebnisse und des Ansatzes notwendig erscheinen. Dieses 5. Kapitel modifiziert den Ansatz, wobei nicht nur die einfache Übertragung bzw. Aktualisierung, sondern auch veränderte Leistungsvolumina, Variationen zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Kinder oder Finanzierungsalternativen des Transferbedarfs vorgestellt werden.

Als Reaktion auf die vielfältigen Diskussionen wird im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes die Einführung eines Gesundheitsfonds vorgesehen. Die Vorstellung, die Bewertung und die Kritik zu den Ausgestaltungen dieses Vorschlages findet sich in Kapitel 6. Die bei der Bewertung des Vorschlages angesprochenen Mängel bilden den Ansatzpunkt für den im Anschluss präsentierten Reformvorschlag mit konstitutiver Gesundheitspauschale, der versucht die positiven Effekte des Vorschlags zur kassenindividuellen Gesundheitspauschale weitgehend zu erhalten, gleichzeitig wesentliche Elemente des Gesundheitsfonds beizubehalten, aber von Freigrenzen oder Belastungsobergrenzen zu abstrahieren.

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) und die GKV decken ähnliche Risiken ab und bedienen sich einer weitgehend identischen Finanzierungsgrundlage. Die SPV steht derzeit verstärkt im Mittelpunkt kontroverser gesundheitspolitischer Diskussionen. Das 7. Kapitel befasst sich mit diesem jüngsten Zweig der Sozialversicherung. Neben der Darstellung der Einnahmen und Ausgaben der SPV

werden ebenso Ausgabenprofile die die Versicherten der SPV entwickelt. Diese bilden die Basis für eine Prognose der Entwicklung der SPV bis zum Jahr 2050. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse werden zentrale Schwachstellen der SPV aufgezeigt und quantitative Effekte einer Leistungsdynamisierung sowie einer Leistungsausweitung für Demenzkranke dargestellt. Die dort aufgezeigten Ergebnisse zeigen den Bedarf einer Reform der Finanzierung der SPV auf, so dass Reformoptionen ebenso wie die qualitative Darstellung eines Reformvorschlages zur SPV den Abschluss bilden.

2 Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis

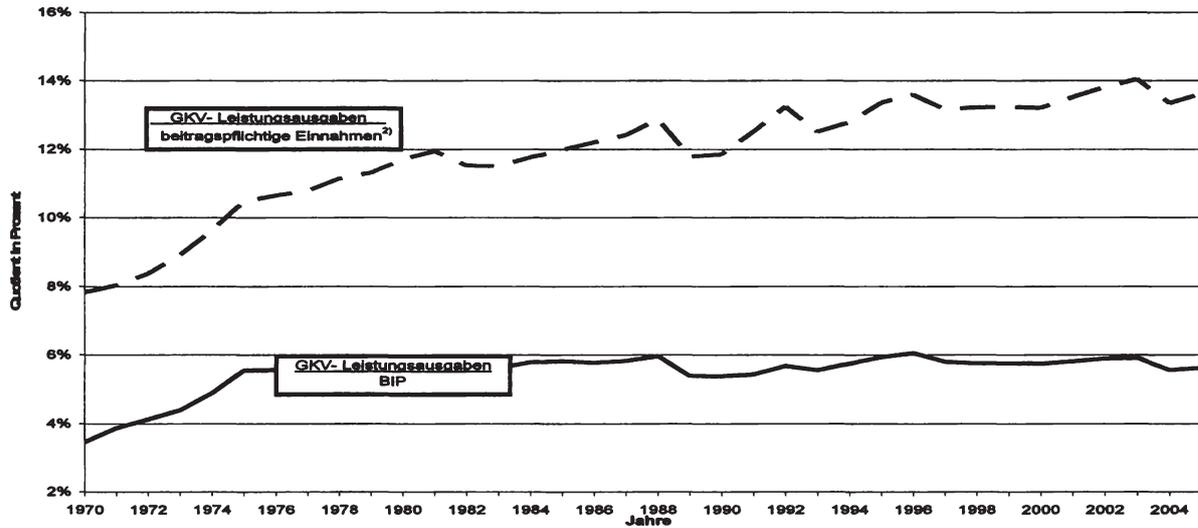
2.1 Ausgabenentwicklung und diskretionäre Eingriffe

Bemühungen um eine Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV setzten ein Ungleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgabenseite voraus. Wie Abbildung 2 für das Gebiet der alten Bundesländer veranschaulicht, kann der nur mäßige Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen nicht einmal mit einer moderaten Ausgabenentwicklung Schritt halten. Das Wachstum der Einnahmenbasis fiel zwischen 1975 und 2005 offensichtlich deutlich schwächer aus als die Steigerung des BIP. Im Gegensatz dazu blieb das Verhältnis zwischen den GKV-Leistungsausgaben und dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 1975 bis 2005 nahezu konstant. Die GKV-Leistungsausgaben nahmen bezogen auf die beitragspflichtigen Einnahmen in diesem Zeitraum um knapp 4 Prozentpunkte zu. Der plakative Begriff von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen trifft insofern für die Leistungsausgaben der GKV nur für die erste Hälfte der 70er Jahre zu. Ab diesem Zeitpunkt ging die Steigerung der Beitragssätze in erster Linie auf die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und nicht auf eine „Ausgabenexplosion“ zurück (siehe auch Breyer, F. et al. 2001, S. 25 und 195).

Die aus Abbildung 2 ersichtliche weitgehende Konstanz des Verhältnisses zwischen den GKV-Leistungsausgaben und dem BIP zwischen 1975 und 2005 trat aber nicht automatisch im Zuge einer endogenen Entwicklung ein, sondern bildet das Resultat zahlreicher diskretionärer staatlicher Eingriffe. Mit Hilfe von sog. Kostendämpfungsmaßnahmen bzw. Gesundheitsreformen gelang es - wenn auch jeweils nur für eine kurze Frist -, die Wachstumsrate der GKV-Ausgaben unter die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen zu drücken und so die Beitragssätze zeitweilig zu stabilisieren. Abbildung 3 veranschaulicht diesen Sachverhalt und deutet zugleich auf die zentralen diskretionären staatlichen Eingriffe hin:

- das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27.06.1977,
- das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22.12.1981,
- das Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988,
- das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992,
- das Beitragsentlastungsgesetz vom 1.1.1997,
- das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung vom 17.12.1999 und

Abbildung 2: Verhältnis von GKV- Leistungsausgaben zu BIP und beitragspflichtigen Einnahmen von 1970 bis 2005 (alte Bundesländer)



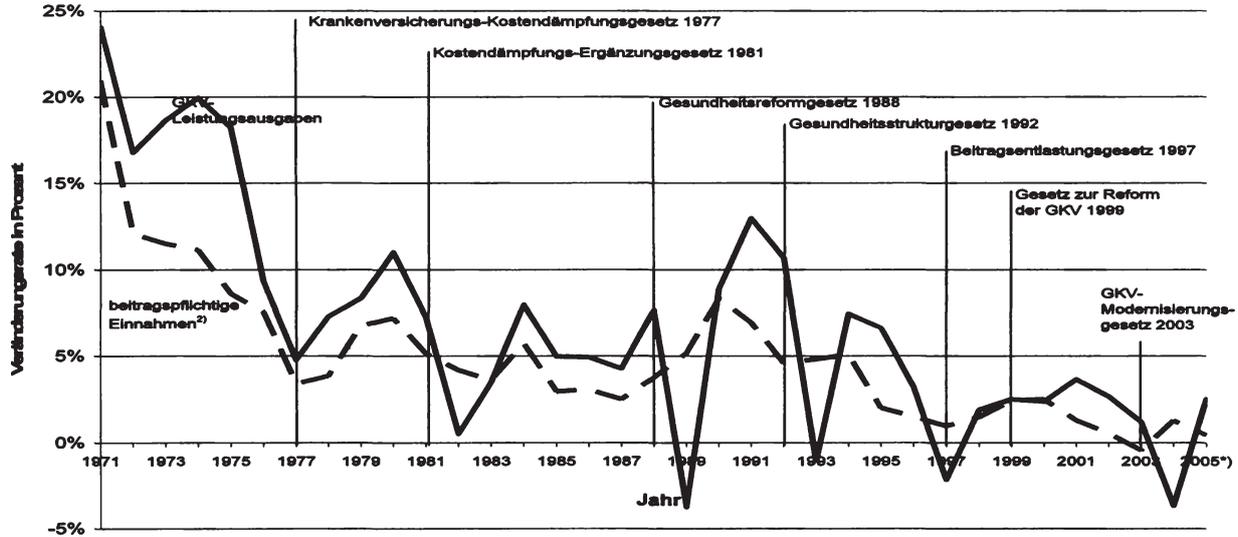
1) Ab 1978 geänderte Berechnungsmethode, schränkt die Vergleichbarkeit mit vorangehenden Jahren ein; ab 1991 wird Berlin- Ost den alten Bundesländern zugeordnet.

2) Die beitragspflichtigen Einnahmen beziehen sich auf Mitglieder und Rentner.

*) GKV- Leistungsausgaben für 2005 nach KV 45.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Gesundheit 2000-2006, Arbeitskreis VGR der Länder 2006a, eigene Berechnungen.

Abbildung 3: Jährliche Veränderungsraten der GKV- Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen von 1970 bis 2005 (alte Bundesländer)



1) Ab 1978 geänderte Berechnungsmethode, schränkt die Vergleichbarkeit mit vorangehenden Jahren ein; ab 1991 wird Berlin- Ost den alten Bundesländern zugeordnet.

2) Die beitragspflichtigen Einnahmen beziehen sich auf Mitglieder und Rentner.

*) Werte von 2005 nach KV 45

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Gesundheit 2000-2006, Arbeitskreis VGR der Länder 2006a, eigene Berechnungen.

- das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003.

Diese und weitere sog. Kostendämpfungsmaßnahmen trugen wesentlich dazu bei, für einen Zeitraum von über 20 Jahren die Wachstumsrate der GKV-Leistungsausgaben auf dem Niveau der Steigerungsrate des BIP zu halten bzw. zu stabilisieren. Die staatlichen Eingriffe vermochten die Wachstumsrate der Leistungsausgaben jedoch immer nur für einen relativ kurzen Zeitraum unter die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen zu drücken. Infolge der relativen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis reichte dieses vergleichsweise moderate Ausgabenwachstum aber nicht aus, um in diesem Zeitraum auch stabile Beitragssätze zu verwirklichen. Es liefe jedoch auf eine Fehlinterpretation hinaus, diesen Kostendämpfungsmaßnahmen jegliche fiskalischen Erfolge bzw. Effekte abzusprechen. Ohne diese diskretionären Eingriffe in die Ausgabenentwicklung wäre der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am BIP zweifellos deutlich angestiegen und damit das Ziel der Beitragssatzstabilität noch weit stärker verfehlt worden.

2.2 Mögliche Ursachen steigender Beitragssätze

2.2.1 Die Versichertenstruktur

Die GKV umfasst Pflichtmitglieder und freiwillige Mitglieder als beitragszahlende Versicherte sowie deren beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige. Nach § 5 SGB V unterliegen vor allem Arbeiter, Angestellte, Bezieher von Lohnersatzleistungen und Bezieher von Leistungen der GRV der Versicherungspflicht, sofern deren Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze von derzeit (2006) monatlich 3937,50 Euro nicht übersteigt. Freiwillig versicherte Mitglieder beziehen analog entweder ein Arbeitsentgelt, das oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt und damit keine Zwangsmitgliedschaft in der GKV begründet, oder es handelt sich um Angehörige anderer Berufsgruppen wie Selbständige und Unternehmer, für die generell keine Versicherungspflicht in der GKV existiert. Beziehen Familienangehörige von freiwillig oder pflichtversicherten Mitgliedern der GKV kein Einkommen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV³ bzw. im Fall von Minijobs 400 Euro pro Monat übersteigt⁴, erhalten sie den gleichen Versicherungsumfang wie die beitragszahlenden Mitglieder. Im Sinne des Solidarprinzips beinhaltet die GKV damit einen Familienlastenausgleich. Ein Steigen des Beitragssatzes in der GKV kann insofern *ceteris paribus* schon darauf zurückgehen, dass der Kreis der versicherten Leistungsempfänger bei konstanter Mitgliederzahl zunimmt.

³ Diese beträgt derzeit (2006) 350 Euro pro Monat.

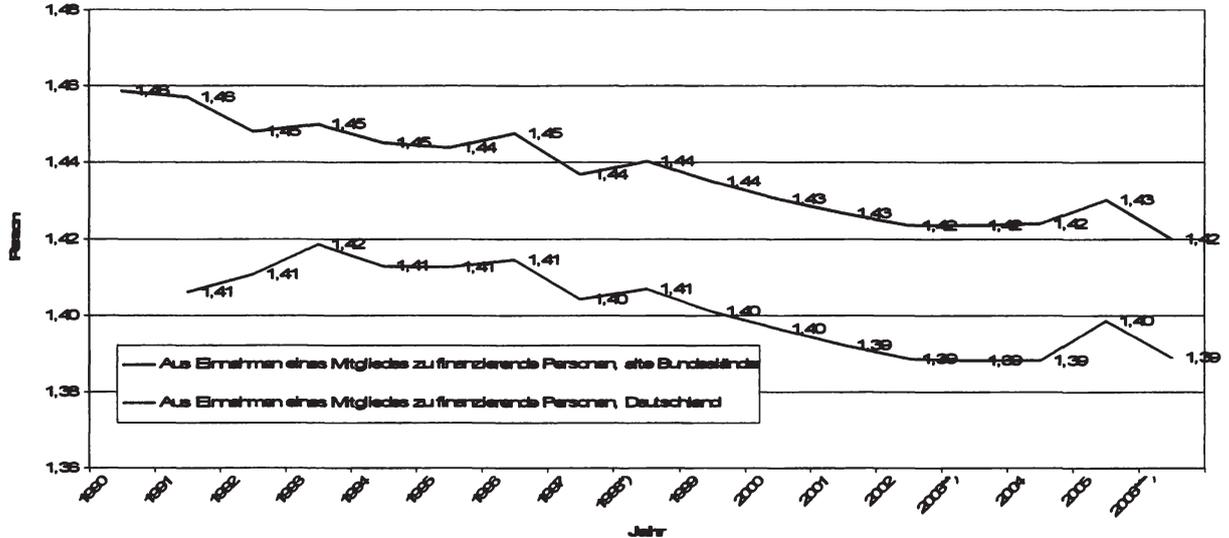
⁴ Weiterhin besteht eine Altersgrenze für beitragsfrei mitversicherte Kinder, die abhängig vom Ausbildungsweg eine Höchstgrenze für die Familienversicherung festschreibt.

Um die Anzahl der Personen darzustellen, die ein Beitragszahler (mit-) finanziert, dient in Abbildung 4 der Quotient aus der Zahl aller Versicherten der GKV, d.h. einschließlich der beitragsfrei mitversicherten Personen, und der Zahl der GKV-Mitglieder inklusive der Rentner. Dabei zeigt sich, dass zwischen 1990 bzw. 1991 und 2006 sowohl in den alten Bundesländern als auch im gesamten Bundesgebiet der Anteil an Personen, die ein Beitragszahler mitfinanziert, zurückgeht. Dabei verzeichnen die alten Bundesländer mit 0,04 Versicherten einen leicht stärkeren Rückgang als das gesamte Bundesgebiet mit 0,02 Versicherten. Der absolute Anteil liegt jedoch im gesamten Bundesgebiet mit 1,39 zu 1,42 etwas niedriger als in den alten Bundesländern, woraus folgt, dass die neuen Bundesländer einen unterdurchschnittlichen Anteil an beitragsfrei Mitversicherten aufweisen. Insgesamt gesehen scheidet die Veränderung des Anteils der beitragsfrei Mitversicherten als Einflussgröße bzw. Erklärungsfaktor für die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV aus.

Im Hinblick auf die Versichertenstruktur kann eine Wachstumsschwäche der Einnahmenseite im Vergleich zur Ausgabenentwicklung auch dadurch begründet sein, dass innerhalb des Versichertenkreises der Anteil von Personengruppen zunimmt, die über geringe bzw. unterdurchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen verfügen. Hier kommen in erster Linie Rentner und Arbeitslose in Frage.

Da Rentner in der Regel ein geringeres beitragspflichtiges Durchschnittseinkommen aufweisen als der erwerbstätige Teil der Mitglieder, schwächt ein steigender Anteil dieser Bevölkerungsgruppe unter den Beitragszahlern die Finanzierungsbasis der GKV. Abbildung 5 zeigt, dass in den alten Bundesländern von 1990 bis 2001 zwar ein nahezu konstanter Anteil der Mitglieder aus pflichtversicherten Rentnern bestand, diese Quote jedoch im gesamten Bundesgebiet zwischen 1991 und 2001 um 1,2 Prozentpunkte zunahm. Dieser gestiegene Anteil der pflichtversicherten Rentner an allen Mitgliedern der GKV geht offensichtlich auf das deutlich überproportionale Wachstum des entsprechenden Anteils in den neuen Bundesländern zurück. Die Entwicklung des Rentneranteils in den neuen Bundesländern spiegelt u. a. die dortige Situation auf dem Arbeitsmarkt mit ihren Tendenzen zur Frühverrentung wider. In Abbildung 5 fällt der überproportionale Anstieg des Rentneranteils in den Jahren 2002 und 2003 auf. In den alten Bundesländern steigt der Anteil der Rentner unter den Mitgliedern der GKV in diesem Zeitraum sprunghaft um mehr als 3 Prozentpunkte an. In der Betrachtung dieses Indikators für das gesamte Bundesgebiet zeigt sich ein ähnliches Bild, wenngleich der Anstieg hier mit ca. 2,8 Prozentpunkten etwas moderater ausfällt. Verantwortlich dafür zeichnet aber keine plötzliche Veränderung

Abbildung 4: Je Beitragszahler zu finanzierende Versicherte von 1990 bis 2006



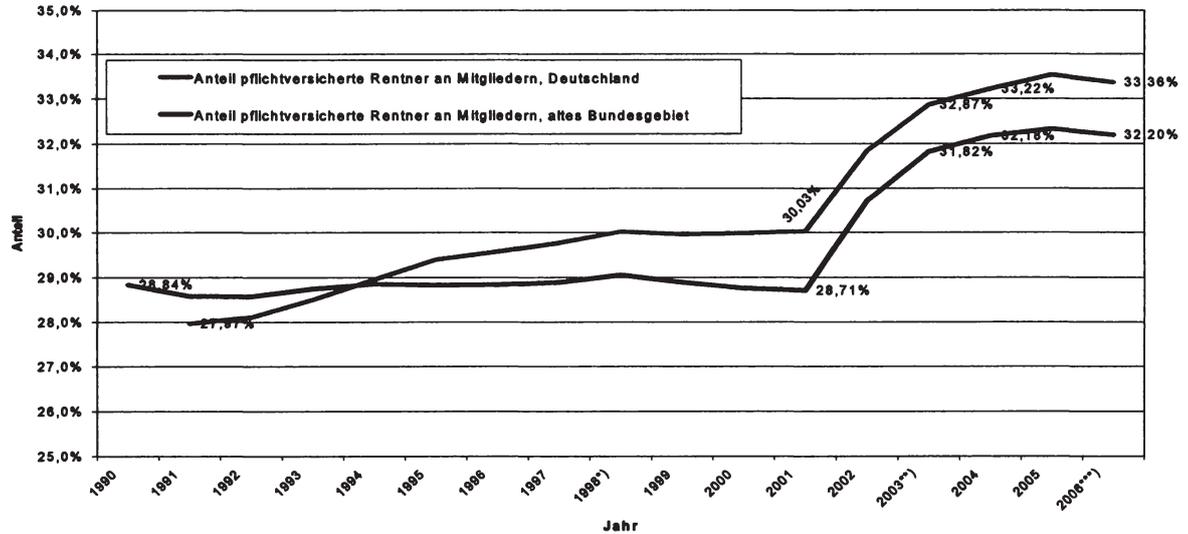
*) Bis 1998 Stichtagswerte zum 1. 10.; ab 1998 Jahresdurchschnitte.

**) Ab dem Jahr 2003 fallen Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze auseinander.

***) Für das Jahr 2006 Stichtagswerte 1.10. nach KMI

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000-2001, 2004, 2005, 2006b, 2007b eigene Berechnungen.

Abbildung 5: Anteil der Rentner an allen Mitgliedern der GKV von 1990 bis 2006



*) Bis 1998 Stichtagswerte zum 1. 10.; ab 1998 Jahresdurchschnitte.

**) Ab dem Jahr 2003 fallen Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze auseinander.

***) Für das Jahr 2006 Stichtagswerte 1.10. nach KM1

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000-2001, 2004, 2005, 2006b, 2007b eigene Berechnungen.

der demographischen Struktur, sondern vielmehr eine gesetzliche Maßnahme, die einen Verstoß gegen das Prinzip der horizontalen Gerechtigkeit beseitigte. Während pflichtversicherte Rentner im Wesentlichen nur mit dem Zahlbetrag der Rente der Beitragspflicht in der GKV unterliegen, werden freiwillig versicherte Mitglieder mit der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (bis zur Beitragsbemessungsgrenze der GKV) belastet. Zum Abbau dieser Ungleichbehandlung erhielten freiwillig versicherte Rentner die Option, den Versichertenstatus zu wechseln und die Mitgliedschaft in der GKV als pflichtversicherte Rentner zu erhalten. Durch diese Option stieg im gesamten Bundesgebiet die Zahl der pflichtversicherten Rentner ab 60 Jahren von 2001 bis 2003 um etwa 1,3 Millionen an. Gleichzeitig reduzierte sich die Zahl der freiwilligen Mitglieder dieser Gruppe um etwa 1 Million (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2003). Sieht man von Effekten einer u. U. reduzierten Beitragsbemessungsgrundlage ab, dürfte der ab dem Jahr 2002 zu beobachtende sprunghafte Anstieg des Anteils der pflichtversicherten Rentner die Beitragsbasis nicht zusätzlich geschwächt haben. Ausgehend vom erhöhten Niveau des Jahres 2003 zeigt der weitere Verlauf ein allenfalls moderates ansteigen des Anteils der pflichtversicherten Rentner.

Unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen dürfte die Entwicklung der demographischen Struktur, wenn auch zunächst noch moderat, künftig auf einen weiteren Anstieg des Rentneranteils hinwirken. Gegenläufige Effekte könnten neben einer Prolongation des Renteneintrittsalters von einer nachhaltigen Entspannung am Arbeitsmarkt ausgehen.

Bei Personen, die Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe beziehen, gelten nach § 232a SGB V als beitragspflichtige Einnahmen 80% des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Arbeitslosengeldes oder der Arbeitslosenhilfe zugrunde liegt. Infolge dieser verminderten Beitragsbemessungsgrundlage führt ein steigender Anteil von Arbeitslosen zur einer sinkenden Einnahmenbasis und damit geringeren Einnahmen der GKV bei ceteris paribus unverändertem Behandlungs- bzw. Ausgabenbedarf. Dieser Rückgang der beitragspflichtigen Einnahmen setzt allerdings voraus, dass es sich bei den Arbeitslosen um zuvor erwerbstätige Personen handelt. Treten dagegen beitragsfrei mitversicherte Personen in die Gruppe der Erwerbspersonen ein und bewerben sich als Arbeitssuchende, so erweitern sie als neue Beitragszahler die Finanzierungsbasis der GKV (vgl. Boetius, J. u. Wiesemann, H.-O. 1998, S. 26f.). Es kommt somit im Hinblick auf die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen darauf an, ob ein Arbeitsloser zuvor der Gruppe der Beschäftigten oder dem Kreis der beitragsfrei mitversicherten Personen angehörte.

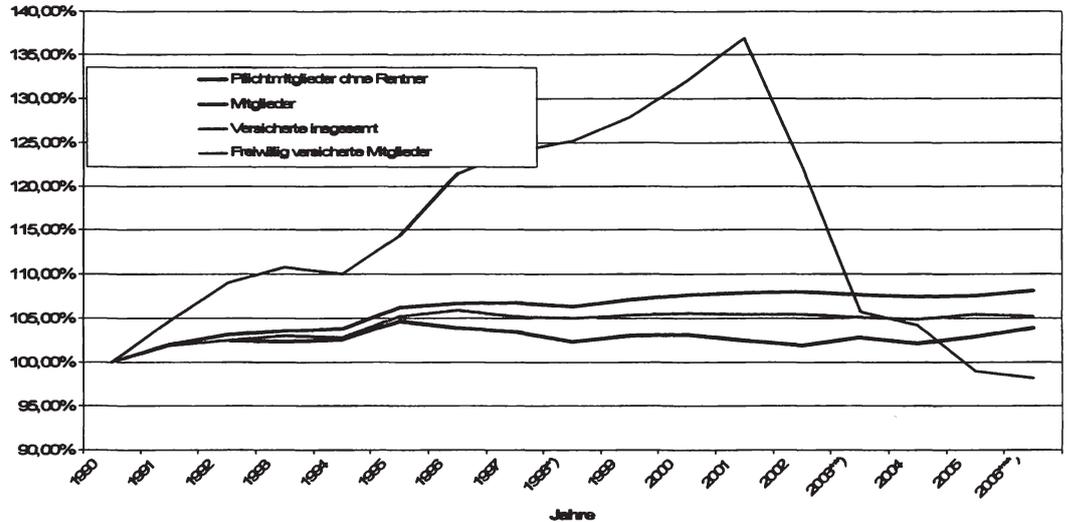
Sofern Arbeitslose keine Befreiung von der Versicherungspflicht beantragt haben, zählen sie zum Kreis der pflichtversicherten Mitglieder. Rekrutieren sich Arbeitslose aus der Gruppe der vormals beitragsfrei mitversicherten Familien-

angehörigen und führen somit zu einer Stärkung der Gruppe der Beitragszahler, müsste mit einer steigenden Arbeitslosenquote bzw. -zahl auch der Anteil der Pflichtversicherten zunehmen. Abbildung 6 zeigt das Wachstum der Pflichtmitglieder ohne Rentner zur Basis des Jahres 1990 für die alten Bundesländer mit einem annähernd konstanten Verlauf. Bis zum Jahr 1995 steigt die Zahl der pflichtversicherten Mitglieder ohne Rentner analog der Gruppe der Versicherten insgesamt um etwa 5 Prozentpunkte. Bei im weiteren Verlauf annähernd konstanter Zahl der Versicherten bis zum Jahr 2006 reduziert sich das Wachstum der Pflichtmitglieder ohne Rentner auf gut 3 Prozentpunkte über dem Niveau des Basisjahres. Diese Entwicklung widerspricht, zumindest für die neunziger Jahre, der These, die steigende Arbeitslosigkeit habe zu einer Zunahme an Beitragszahlern und damit per saldo zu einem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen geführt, indem sie vorher beitragsfrei mitversicherte Personen in pflichtversicherte Beitragszahler umwandelte. Wie in der Untersuchung der Mitversichertenquote bereits angedeutet, stieg ab dem Jahr 1995 bei konstanter Versichertenzahl die Zahl beitragszahlender Mitglieder in der GKV an. Während im Jahr 1995 diese Gruppe im Wachstum nur unwesentlich über dem Anstieg der Versicherten insgesamt und der Mitglieder ohne Rentner lag, übersteigt ihr Wachstum den Anstieg der Versicherten im Jahr 2004 um etwa 3 Prozentpunkte. Das deutlichste Wachstum verzeichnet zumindest bis zum Jahr 2001 die Gruppe der freiwillig versicherten Mitglieder mit einem Zuwachs von ca. 37%. Bedingt durch die o. a. Veränderung des Versichertenstatus der freiwillig versicherten Rentner fällt dieser Wert anschließend etwa auf das Niveau des Jahres 1991 zurück. Der in diesem Zeitraum dennoch leichte Anstieg der Mitglieder insgesamt verdeutlicht noch einmal, dass der hier festzustellende Rückgang der freiwillig Versicherten zugunsten der Gruppe der pflichtversicherten Rentner stattfand.

Der in den Jahren 2004 – 2006 zu beobachtende, weitere Rückgang der freiwillig versicherten Mitglieder - sogar unter das Ausgangsniveau der Darstellung - geht maßgeblich auf die diskretionäre Anhebung der Versicherungspflichtgrenze und das geringe Wachstum der Löhne zurück.

Die gleiche Analyse bezogen auf das gesamte Bundesgebiet zeigt ein ähnliches Ergebnis (vgl. Abbildung 7). Die sinkende Zahl der pflichtversicherten Mitglieder ohne Rentner spricht auch hier gegen die These, dass eine wachsende Zahl von Arbeitslosen zu einer Stärkung der Finanzierungsbasis der GKV infolge einer erweiterten Zahl von Beitragszahlern führte. Die Zahl der Versicherten insgesamt sowie die Zahl der Mitglieder insgesamt verlaufen von 1991 bis 2006 auf annähernd konstantem Niveau. Die Gruppe der freiwilligen Mitglieder steigt bis zum Jahr 2001 ebenfalls überproportional an, um infolge der oben angeführten Gründe in den Folgejahren deutlich abzufallen.

Abbildung 6: Wachstum der Versichertengruppen von 1990 bis 2006 (alte Bundesländer)



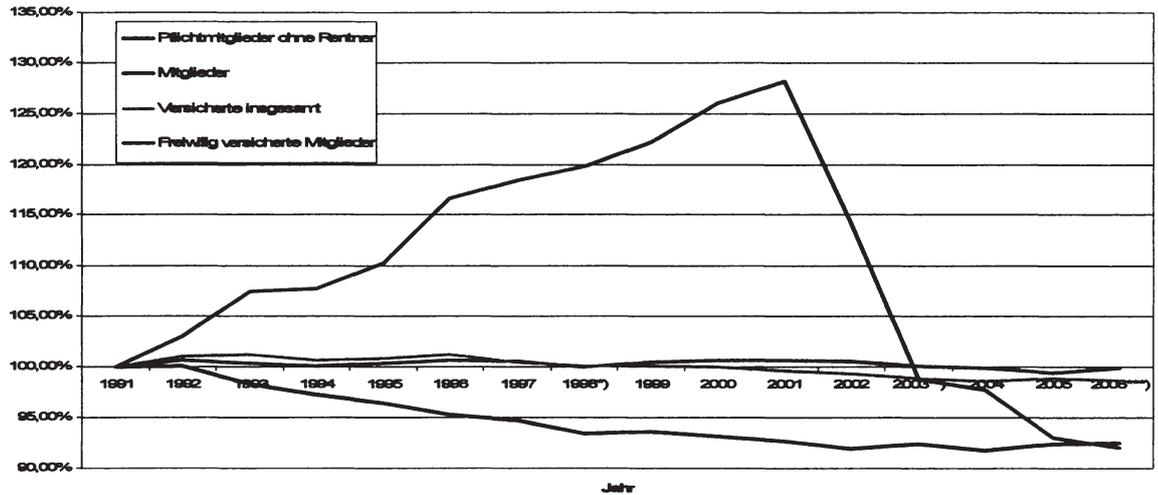
*) Bis 1998 Stichtagswerte zum 1. 10.; ab 1998 Jahresdurchschnitte.

***) Ab dem Jahr 2003 fallen Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze auseinander.

****) Für das Jahr 2006 Stichtagswerte 1.10. nach KM1

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000-2001, 2004, 2005, 2006b, 2007b eigene Berechnungen.

Abbildung 7: Wachstum der Versichertengruppen von 1991 bis 2006 (Deutschland)



*) Bis 1998 Stichtagswerte zum 1. 10.; ab 1998 Jahresdurchschnitte.

**) Ab dem Jahr 2003 fallen Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze auseinander.

***) Für das Jahr 2006 Stichtagswerte 1.10. nach KM1

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000-2001, 2004, 2005, 2006b, 2007b eigene Berechnungen.

Mit Ausnahme der Rentner beziehen freiwillig versicherte Mitglieder im Allgemeinen beitragspflichtige bzw. beitragsrelevante Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze und gehören zumindest von der Finanzierungsseite her zu dem Versichertenkreis, der per Saldo einen positiven Solidarbeitrag verspricht. Angesichts des aber immer noch relativ geringen Anteils der freiwillig versicherten Mitglieder dürften die beobachteten Veränderungen dieser Gruppe jedoch nicht ausreichen um eine deutliche Beeinflussung der Beitragsbasis zu erreichen.

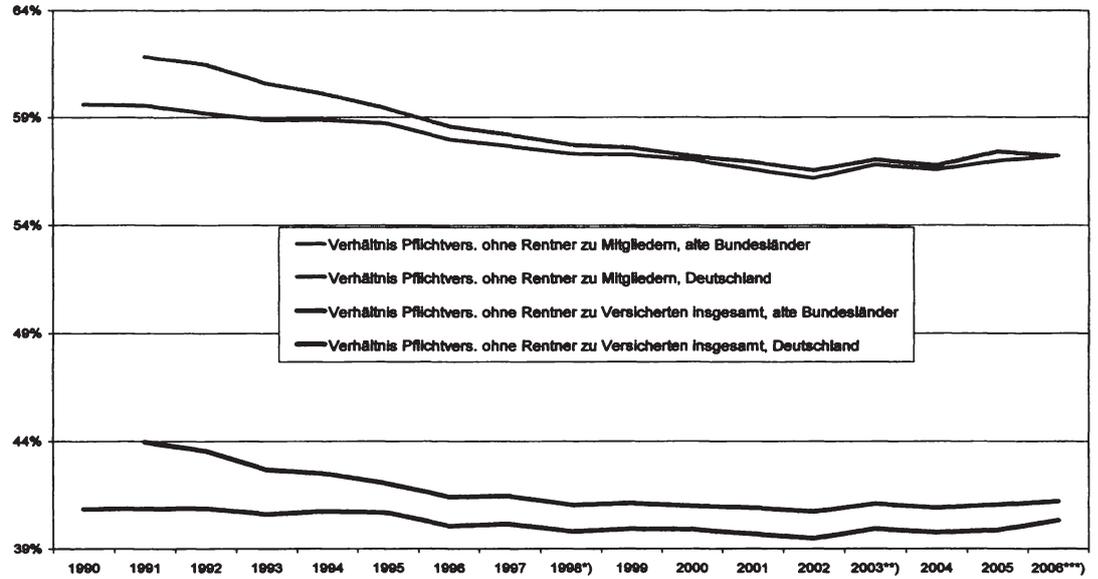
Die diskretionäre Anhebung der Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2003 auf 3825 Euro und damit 375 Euro über das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze zielte darauf ab, den Kreis der Mitglieder auszuweiten, die infolge von Maximalbeiträgen zumindest aus der Einnahmenperspektive den größten Solidarbeitrag in der GKV leisten. Abbildung 8 versucht die damit verbundene Wirkung zu illustrieren. Für das Gebiet der alten Bundesländer ab 1990 und für das gesamte Bundesgebiet ab 1991 ergibt sich ein leicht sinkender Anteil der pflichtversicherten Mitglieder ohne Rentner an allen Mitgliedern, sowie an allen Versicherten. Mit Einsetzen der diskretionären Ausweitung der Pflichtversicherungsgrenze im Jahr 2003 tritt ein leichter Anstieg dieses Anteils ein, der quasi die Konsequenz der oben beschriebenen Entwicklung der freiwillig versicherten Mitglieder darstellt.

Das gleiche Ergebnis zeigt sich für den Anteil der Pflichtversicherten ohne Rentner an allen Mitgliedern. Es bleibt hier jedoch noch offen, in wie weit diese Erhöhung mehr Versicherte in der GKV hielt bzw. ihr zuführte. Der gestiegene Anteil der Pflichtversicherten geht einher mit einem gestiegenen Anteil von Mitgliedern, die nicht die Möglichkeit besitzen aus der GKV in die PKV zu wechseln. Ob diese zusätzlich Pflichtversicherten allerdings die Absicht besaßen, aus der GKV auszutreten, lässt sich nicht nachweisen. Diese Pflichtversicherten konnten u. U. schon vor der Reform als freiwillige Mitglieder der GKV angehören, d. h. von einem Wechsel in die PKV absehen. Eine Stärkung der Mitgliederbasis tritt durch diese Maßnahme nur insoweit ein, als die neu pflichtversicherten Mitglieder andernfalls in die PKV abgewandert wären.

2.2.2 Die Beitragsbemessungsgrundlage

Die Finanzierungsbasis der GKV bilden im Wesentlichen die gesetzlichen Renten und die Arbeitseinkommen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Der Anstieg der Beitragssätze bei gleichzeitig fiskalisch eher geringfügigen Veränderungen der Versichertenstruktur deuten bereits auf ein mangelndes Wachstum der Beitragsbemessungsgrundlage, d. h. der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV, hin. Die Multiplikation aus beitragspflichtigen Einnahmen mit dem Beitragssatz ergibt dann, unter Beachtung der Beitragsbemessungs-

Abbildung 8: Anteil der Pflichtversicherten in der GKV von 1990 bis 2006



*) Bis 1998 Stichtagswerte zum 1. 10.; ab 1998 Jahresdurchschnitte.

***) Ab dem Jahr 2003 fallen Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze auseinander.

****) Für das Jahr 2006 Stichtagswerte 1.10. nach KM1

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000-2001, 2004, 2005, 2006b, 2007b eigene Berechnungen.

grenze, den zu entrichtenden Beitrag. Diesen Beitrag tragen der versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer und sein Arbeitgeber im Allgemeinen zur Hälfte⁵.

Die beitragspflichtigen Einnahmen lassen sich somit errechnen als:

$$\text{Beitragspflichtige Einnahmen} = \frac{\text{Summe der Einnahmen der GKV}}{\text{Durchschnittlicher allg. Beitragssatz}} * 100.$$

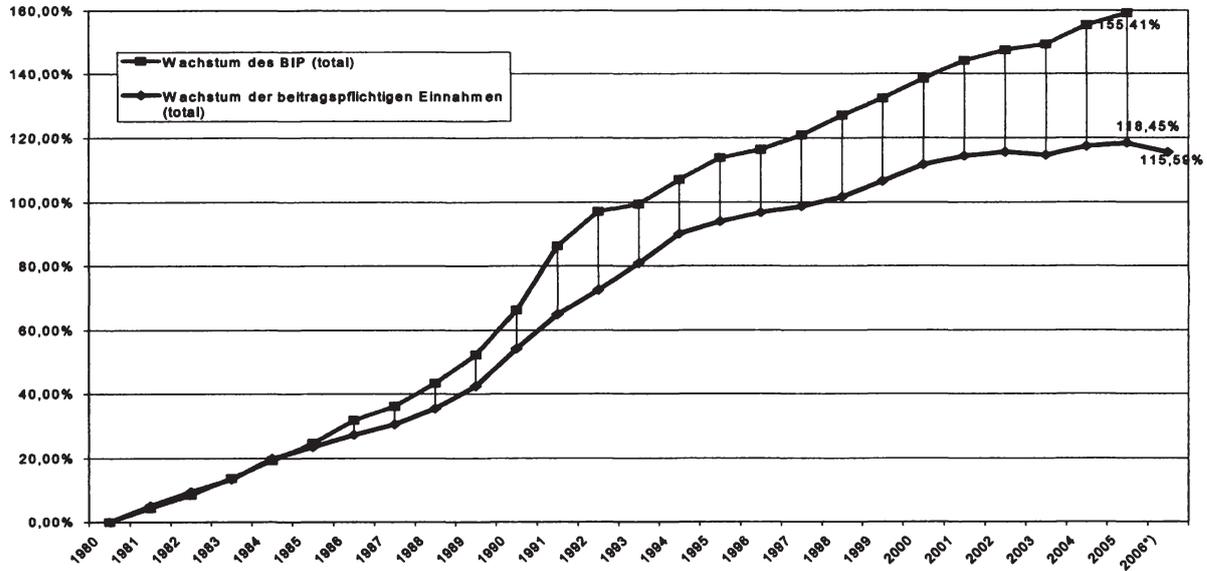
Die folgende empirische Untersuchung der beitragspflichtigen Einnahmen stützt sich für die Jahre vor 1996 nicht auf die Daten der amtlichen Statistik, sondern auf selbst ermittelte Werte. Dies erscheint in sofern erforderlich, als die Einbeziehung der Einnahmen von Rentnern in die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen ab 1996 einen Strukturbruch darstellt und eine Bereinigung bzw. Ergänzung der entsprechenden Zeitreihe erforderlich macht. Die Bereinigung der beitragspflichtigen Einnahmen erfolgte nach der obigen Formel durch Addition der Einnahmen der GKV von Pflichtmitgliedern, freiwilligen Mitgliedern und Rentnern sowie unter Berücksichtigung des jeweils geltenden durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes. Auf diese Weise beinhalten die beitragspflichtigen Einnahmen nun auch die Einnahmen von Rentnern.

Trägt man das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen bezogen auf die alten Bundesländer zur Basis des Jahres 1980 ab (vgl. Abbildung 9) und vergleicht dieses mit der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes (BIP), so zeigt sich bis zum Jahr 2005 eine Wachstumsdifferenz zu Ungunsten der GKV von fast 37 Prozentpunkten. Schon ab dem Jahr 1985 nehmen die beitragspflichtigen Einnahmen schwächer zu als das BIP.

Sofern die Entwicklung der im Gesundheitswesen produzierten Güter und Dienstleistungen und auch die Leistungen der GKV mit dem Wachstum der Güterproduktion in der gesamten Volkswirtschaft Schritt halten sollen, erscheint diese Wachstumsdifferenz zwischen dem BIP und den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV bedenklich, denn bei gleichem Wertewachstum bleibt die

⁵ Dabei bleibt an dieser Stelle noch offen, wer die ökonomische Last im Sinne der Inzidenz letztlich trägt, d. h. ob und inwieweit es dem Arbeitgeber gelingt, seinen Beitragsanteil über den Marktpreis auf die Konsumenten zu überwälzen.

Abbildung 9: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen und des BIP von 1980 bis 2006 (alte Bundesländer)



*) Die Werte des Jahres 2006 sind vorläufige Ergebnisse nach KV 45.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, 1999, 2000, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000-2007a, Institut der deutschen Wirtschaft 1998, 1999, 2000, 2001, Statistisches Bundesamt 2000, 2002, Arbeitskreis VGR 2004-2006a u. b, 2007a u. b, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

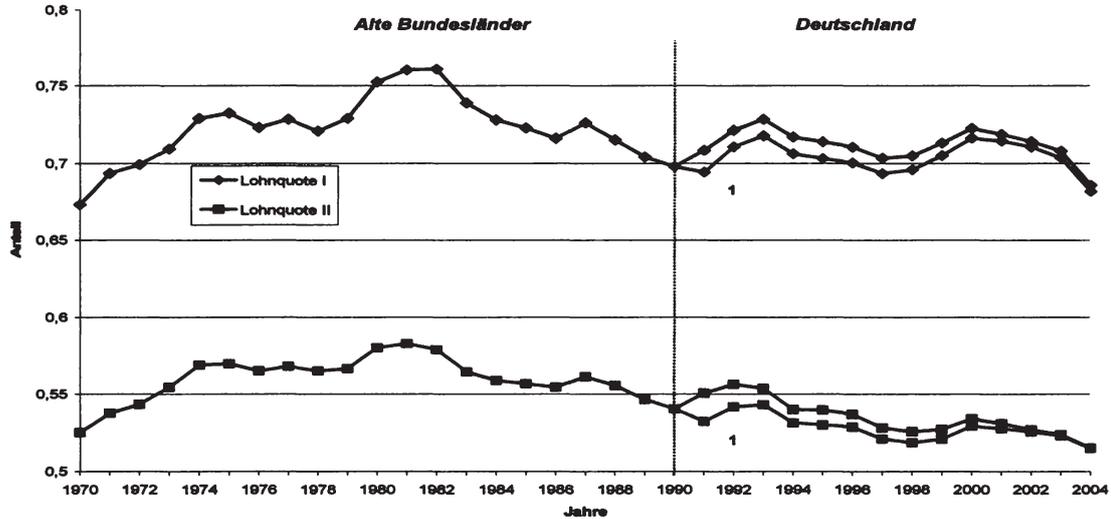
Finanzierungsbasis der GKV hinter der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung zurück. Dieser empirische Befund gewinnt im Zusammenhang mit dem Postulat der Beitragssatzstabilität insofern an Bedeutung, als er impliziert, dass die Beitragssätze in der GKV bereits zunehmen, wenn die Ausgaben mit einer ähnlichen Rate wie das BIP wachsen.

2.2.3 Die Lohnquote als Indikator der Beitragsbemessungsgrundlage

Die Lohnquote gilt in diesem Kontext häufig als Indikator für den Anteil, den die Arbeitnehmer am wirtschaftlichen Erfolg einer Volkswirtschaft für sich verbuchen können und dient damit in der politischen Diskussion häufig auch als Kennzahl für die Entwicklung der Beitragsgrundlage (vgl. dazu auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002/2003, Ziffer 242ff.). Die Lohnquote bezieht die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit entweder auf das Volkseinkommen bzw. Netto-Sozialprodukt zu Faktorkosten (sog. Lohnquote I) oder auf das Bruttoinlandsprodukt (sog. Lohnquote II). Die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit (Arbeitnehmerentgelt) umfassen die Bruttolohn- und -gehaltssumme, die gesetzlich vorgeschriebenen Sozialkosten und die sonstigen Sozialkosten der Arbeitgeber (vgl. Statistisches Bundesamt 2001a, S. 1 und Arbeitskreis VGR 2004b). Die Bruttolohn- und -gehaltssumme bildet die Summe der Löhne und Gehälter, die den Arbeitern, Angestellten, Beamten, Soldaten einschließlich der Wehrpflichtigen, Volontären und ähnlichen Arbeitnehmergruppen vor Abzug von Sozialbeiträgen der Arbeitnehmer und der Lohnsteuer zufließen (vgl. Statistisches Bundesamt 2001b, S. 1). Die gesetzlich vorgeschriebenen Sozialkosten beinhalten im Wesentlichen Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen und Beiträge zu Berufsgenossenschaften. Bei den sonstigen Sozialkosten handelt es sich um freiwillige Zuwendungen an die Arbeitnehmer oder deren Familienangehörige, die u. a. einer zusätzlichen Altersversorgung, einem verbesserten Krankenschutz sowie der Aus- und Fortbildung dienen.

Bei einem Vergleich der Wachstumsdifferenzen zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen und dem BIP in Abbildung 9 und dem Verlauf der Lohnquoten in Abbildung 10 fällt auf, dass sich die Schere zwischen dem Wachstum des BIP und dem der beitragspflichtigen Einnahmen mit einer zeitlichen Verzögerung von ca. 3 Jahren zum Absinken der Lohnquoten öffnete. Eine weitere Parallelität zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen und den Lohnquoten besteht darin, dass das Ansteigen der Lohnquoten in den Jahren 1992 und 1993 auch zu einer Verringerung der Wachstumsdifferenzen zwischen dem BIP und den beitragspflichtigen Einnahmen führte. Mit dem Rückgang der Lohnquoten ab 1993 nehmen auch die Wachstumsdifferenzen zwischen dem BIP und den beitragspflichtigen Einnahmen wieder zu.

Abbildung 10: Die Lohnquoten im Zeitablauf von 1970 bis 2004



1) Fortsetzung der Reihe für die alten Bundesländer, soweit die erforderlichen Daten vom Statistischen Bundesamt publiziert wurden. Die Werte basieren bereits auf den im Zuge der Revision der VGR 2005 angepassten Werte.

Lohnquote I: Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit / Volkseinkommen

Lohnquote II: Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit / Bruttoinlandsprodukt.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005, Arbeitskreis VGR 2006a u. b, 2007a u. b, eigene Berechnungen.

Unabhängig davon, dass das Absinken der Lohnquoten einen Teil der relativen Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen erklärt, existieren zwischen dem Zähler der Lohnquote, d. h. dem Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit und den beitragspflichtigen Einnahmen als Finanzierungsbasis der GKV mehrere relevante Unterschiede:

- Die beitragspflichtigen Einnahmen enthalten die Renten und hängen damit auch von deren Anteil und Entwicklung ab.
- Die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit schließen dagegen auch die Arbeitsentgelte von Beamten und Soldaten ein.
- Die beitragspflichtigen Einnahmen weisen eine Beitragsbemessungsgrenze auf, so dass im Rahmen der Beitragserhebung nicht nur die absolute Höhe und das Wachstum der Arbeitsentgelte, sondern auch die Lohnstruktur eine Rolle spielt.

Die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit (= Arbeitnehmerentgelt) schließen auch die gesetzlich vorgeschriebenen und freiwilligen Sozialkosten der Arbeitgeber ein. Steigende Beitragssätze im Bereich der Sozialversicherung gehen damit in vollem Umfange in die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit ein. Verschiebepunkte innerhalb von Teilsystemen der Sozialversicherung, die in der Vergangenheit zumeist fiskalisch zu Lasten der GKV gingen (siehe hierzu Beske, F., Drabinsky, T. und Michel, C. 2002 sowie Beske, F. 2002a), besitzen infolge ihrer Kompensation keinen Einfluss auf diese Größe⁶. Dagegen mindern diese Umschichtungen die beitragspflichtigen Einnahmen und schwächen damit die Finanzierungsbasis der GKV.

Eine steigende (sinkende) Lohnquote zeigt im Sinne der funktionalen Verteilung⁷ eine relative Zunahme (Abnahme) der Arbeitseinkommen gegenüber der Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen an (ähnlich Institut der Deutschen Wirtschaft 1998a, S. 1). Die Lohnquote I sank in den alten Bundesländern von ca. 76% im Jahre 1982 auf knapp 70% im Jahre 1991 ab und fiel nach einem Zwischenhoch in den Jahren 1992 und 1993 bis 1997 wieder unter die 70%-Marke. Für das gesamte Bundesgebiet bewegt sich die Lohnquote I, wie auch die Lohnquote II, durchgängig auf einem höheren Niveau, was zum größten Teil auf die besondere wirtschaftliche Situation in den neuen Bundesländern und den dort relativ geringen Einkommen aus Unternehmertätigkeit und

⁶ Dies gilt allerdings nicht gleichermaßen für entsprechende Umschichtungen zwischen Teilsystemen der Sozialversicherung und den Haushalten der Gebietskörperschaften.

⁷ Da die Arbeitnehmer über Dividenden und Zinsen auch Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen erwerben können, besitzt die Lohnquote im Hinblick auf die personelle Verteilung nur eine beschränkte Aussagefähigkeit. (Vgl. auch Spree, H.U. 2000, S. 57).

Vermögen zurückgeht. Gleichwohl verzeichnen beide Lohnquoten ab 1993 für die alten Bundesländer wie auch für das gesamte Bundesgebiet einen fallenden Verlauf. Die Lohnquote II unterschreitet ab dem Jahr sogar das Niveau des Jahres 1970.

Das Volkseinkommen, als Divisor der Lohnquote I, umfasst das von den Inländern empfangene Arbeitnehmerentgelt - als Summe der Bruttolöhne- und -gehälter zuzüglich der tatsächlichen und unterstellten Sozialbeiträge der Arbeitgeber - sowie die Unternehmens- und Vermögenseinkommen, die Selbständigen oder Arbeitnehmern zufließen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2004, S. 580 u. 593). Soll die Entwicklung der Finanzierungsgrundlage der GKV gegenüber der allgemeinen Entwicklung einer Volkswirtschaft abgetragen werden scheidet die Größe „Volkseinkommen“ als Benchmark gänzlich aus.

Denn:

- Das Volkseinkommen stellt nicht die Entwicklung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft dar sondern lediglich die Summe der „Einkommen“, von abhängig Beschäftigten und Selbständigen.
- Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV- Mitglieder sind bis zur Beitragsbemessungsgrenze im Allgemeinen vergleichbar zu deren Einkommen. Bei Verwendung der Größe Volkseinkommen würden so über weite Teile der Einkommensverteilung ähnliche Indikatoren miteinander verglichen, die keine Rückschlüsse auf Fehlentwicklungen zulassen.
- Der wesentliche Bestandteil des Volkseinkommens ist das Arbeitnehmerentgelt (vgl. Lohnquote I) welches sich durch steigende Sozialversicherungsbeiträge ebenfalls im Umfang des dadurch erhöhten Arbeitgeberanteils erweitert. Insofern bewirkt jede Erhöhung der Lohnnebenkosten, die u. U. auf eine Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis zurückzuführen ist, eine Erhöhung des Volkseinkommens und verzerrt damit die Vergleichsgröße. Weiterhin sind damit alle Kritikpunkte, die im Zusammenhang mit der Lohnquote als Indikator angeführt wurden, auch auf die Verwendung des Volkseinkommens als Indikator übertragbar.

2.2.4 Zur Höhe der Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze⁸

Bis zum Jahr 2003 stellte die Pflichtversicherungsgrenze der GKV in Höhe von 75% der Beitragsbemessungsgrenze der GRV die Beitragsbemessungsgrenze der GKV dar und definiert damit nicht nur die Zugehörigkeit der Arbeiter und Angestellten zum Kreis der Pflichtversicherten, sondern auch das maximale beitragspflichtige Einkommen für alle Mitglieder der GKV (§ 6 und § 223 SGB

⁸ Vergleiche hierzu auch Wille, E und Igel, C. 2002.

V (Stand 2002)). Für den Kreis der abhängig Beschäftigten, die generell einer Versicherungspflicht unterliegen, besteht erst ab dem Überschreiten dieser Einkommensgrenze die Möglichkeit einer privaten Vollversicherung. Die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze der GKV unterlag dabei als dynamisierte Größe einer jährlichen Anpassung bzw. Fortschreibung. Nach § 159 SGB IV wurde diese Grenze zum ersten Januar eines jeden Jahres entsprechend der Relation von Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigtem Arbeitnehmer des vergangenen Jahres und des vorvergangenen Jahres verändert. Aus Gründen der einfacheren Handhabung erfolgt anschließend eine Aufrundung auf den nächsten durch 1200 teilbaren Betrag.⁹

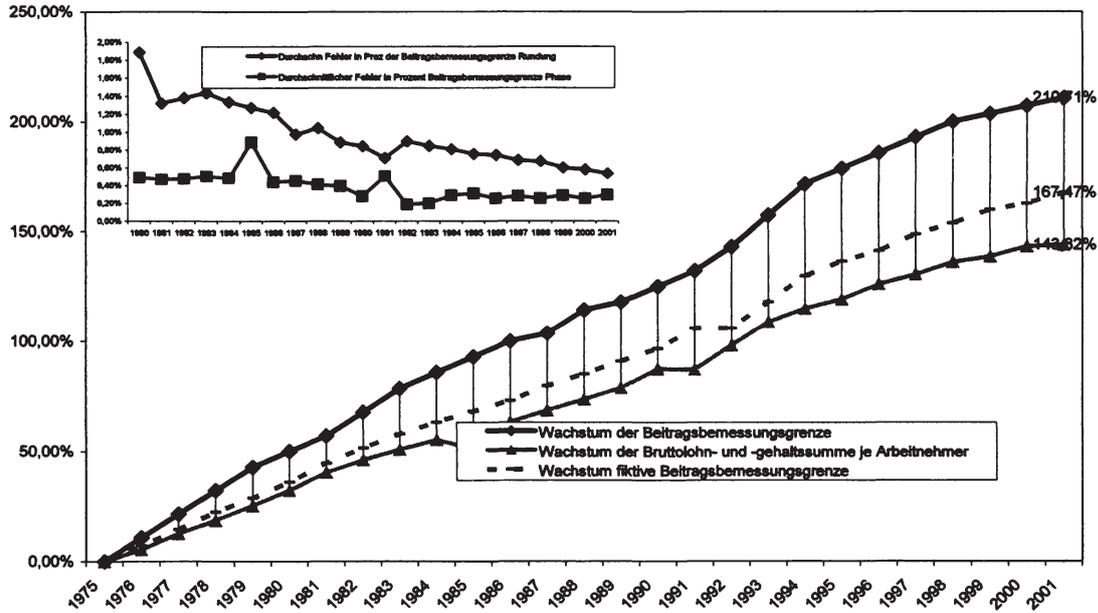
Das Wachstum der Pflichtversicherungsgrenze übertraf, wie Abbildung 11 verdeutlicht, von 1975 bis 2001 das Wachstum der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigtem Arbeitnehmer um knapp 67 Prozentpunkte. In einem Zeitraum von 26 Jahren überstieg die Pflichtversicherungsgrenze die ihr zugrundeliegende Lohngröße derart, dass bei äquivalentem Wachstum und aufrundungsfrei die Pflichtversicherungsgrenze des Jahres 2001 statt 6525 DM ca. 5120 DM betragen und damit knapp 1405 DM unter dem tatsächlichen Wert liegen würde.

Die im Gesetz verankerte Vorschrift zur Aufrundung der veränderten Beitragsbemessungsgrenze der GRV bildet eine Ursache für ihr relativ hohes Wachstum. Abbildung 11 zeigt zusätzlich den Verlauf einer solchen, fiktiven Pflichtversicherungsgrenze ohne Rundung. Daraus geht hervor, dass die vorgeschriebene Aufrundung zwar als wesentliche Ursache für die aufgezeigte Wachstumsdifferenz verantwortlich zeichnet, aber keineswegs den einzigen Grund dieser Wachstumsschere darstellt.

Die Bedeutung der rundungsbedingten Lücke nimmt allerdings über die Zeit hinweg durch die absolut steigenden Beträge der Pflichtversicherungsgrenze ab.

⁹ Seit der Umstellung der DM Werte auf Euro wurde diese Aufrundungsgröße von 1200 durch den Wert 600 ersetzt. Da in der dargestellten Untersuchung der vergangenen Jahre DM Werte verwendet wurden, erfolgte die Anpassung weiterhin unter Verwendung des Wertes 1200.

Abbildung 11: Wachstum der Beitragsbemessungsgrenze der GKV im Vergleich zur Lohnentwicklung zur Basis 1975 (alte Bundesländer)



1) Die Entwicklung der Bruttolohn- und -gehaltssumme wird durch die Entwicklung des Bruttoarbeitsentgeltes approximiert.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000, 2001; Statistisches Bundesamt 2000, Institut der deutschen Wirtschaft 1998, 1999, 2000, 2001, eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Wie aus Abbildung 11 links oben erkennbar, sinkt der prozentuale Anteil der durchschnittlichen jährlichen Lücke im Zeitablauf und dies ohne erkennbare Tendenz einer Unterbrechung. Der Grund für diesen fallenden Verlauf liegt in der abnehmenden relativen Bedeutung des konstanten Anpassungswertes (1200) im Vergleich zu den nominal ständig steigenden Lohngrößen¹⁰. Während durch den Vergleich der fiktiven Pflichtversicherungsgrenze ohne Rundung mit der Entwicklung des Bruttolohn- und -gehalts ca. 43 Prozentpunkte der Wachstumsdifferenz auf die Aufrundung zurückgeht, entzieht sich ein Rest von knapp 24 Prozentpunkten dieser Erklärung.

Ein Vergleich der jährlichen Veränderungsraten von fiktiver, ungerundeter Pflichtversicherungsgrenze und Bruttolohn- und -gehalt je durchschnittlich beschäftigtem Arbeitnehmer (vgl. Abbildung 11) zeigt für die Pflichtversicherungsgrenze ohne Rundung erwartungsgemäß den durch die Anpassungsverzögerung verschobenen Verlauf der jährlichen Veränderung der Referenzgröße. Die jährlichen Lohnsteigerungen unterliegen jedoch, wie durch den eingezeichneten Trend zu erkennen, über den Beobachtungszeitraum seit 1970 hinweg beinahe durchgängig einem fallenden Verlauf.

Durch den fallenden Verlauf der Lohnsteigerungen erfolgte damit die Anpassung der Pflichtversicherungsgrenze für den überwiegenden Teil der Untersuchungsjahre verzögerungsbedingt zu hoch.

Der in Abbildung 11 links oben abgetragene Anteil der Wachstumslücke, die auf die Phasenverschiebung zurückgeht zeigt, dass mit Ausnahme eines Niveausprungs zu Beginn der 90er Jahre die durchschnittliche prozentuale Lücke dieser Lageverschiebung einen fast linearen Verlauf einnimmt ohne eine erkennbare Tendenz, in der Zukunft eine geringere Bedeutung einzunehmen.

Sofern die Anpassung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze analog der Lohnsteigerung erfolgen sollte ergab sich ein überhöhtes Wachstum durch die Ausgestaltung der gesetzlichen Regelung, die die aufgerundeten Werte weiter verwendete, bei gleichzeitig systematisch zu hoch ausgewiesenen Wachstumsraten infolge konstant rückläufiger Lohnsteigerungen (vgl. Abbildung 12). Die Dynamisierung erfolgte so – bezogen auf das Anpassungsjahr – systematisch mit zu hohen Steigerungsraten der Vorjahre.

Das zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt erhöhte die Beitragsbemessungsgrenze der GRV. Die Beitragsbemessungsgrenze der GKV sollte allerdings bestehen bleiben., mit der Folge: Die Beitragsbemessungsgrenze (jetzt Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 (7) SGB V bezeichnet) und Versiche-

¹⁰ Die Umstellung der Geldgrößen in die geringeren Eurowerte führt nicht zu einer Bedeutungsverdopplung des Aufrundungsfaktors, da im Rahmen der Währungsumstellung eine Reduktion dieser Größe auf 600 vorgenommen wurde.

rungspflichtgrenze (jetzt Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 (6) SGB V bezeichnet) der GKV fallen seit 01.01.2003 auseinander. Für Altversicherte existiert die frühere Regelung weiterhin, Neuversicherte unterliegen einer erweiterten Versicherungspflichtgrenze, die über der gültigen Beitragsbemessungsgrenze liegt. Die neue Versicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V) wurde für das Jahr 2003 auf 45.900 Euro festgesetzt, = 3825 Euro pro Monat. Sie gilt für alle die am 31.12. 2002 Versicherte der GKV waren bzw. nach diesem Zeitpunkt noch werden.

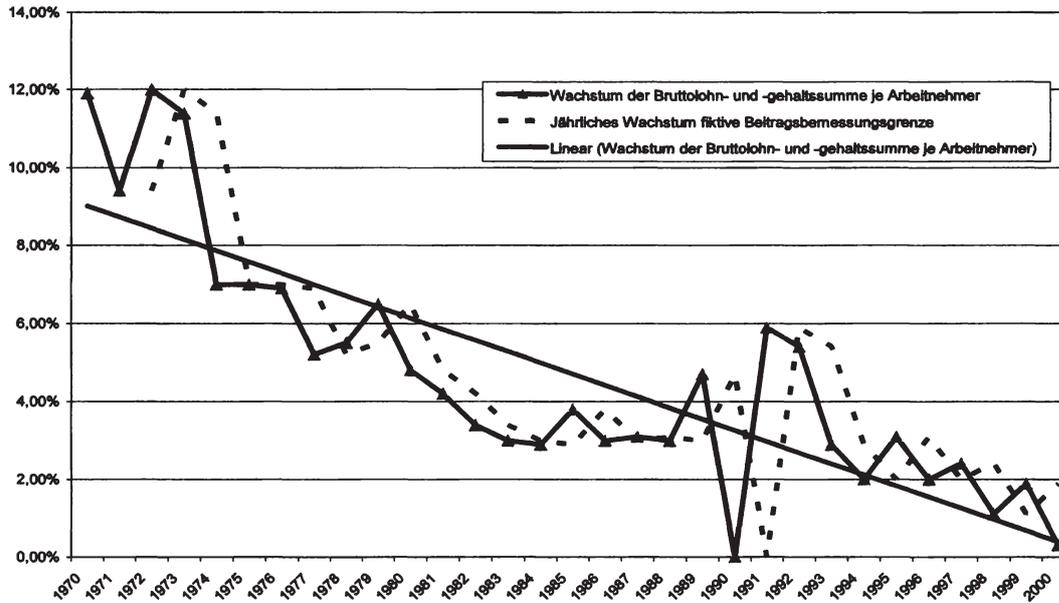
Die Beitragsbemessungsgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V) wurde für das Jahr 2003 auf 41.400 Euro festgesetzt, = 3450 Euro pro Monat. Sie gilt als Beitragsbemessungsgrenze für alle Mitglieder der GKV. Gleichzeitig gilt sie als Versicherungspflichtgrenze für alle, die am 31.12.2002 nicht bei der GKV versichert waren und damit versicherungsfrei wegen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Die Dynamisierung beider Grenzen regelt §6 Abs. 6 Satz 2 bis 4 SGB V wie folgt:

„.....Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vergangenen Kalenderjahr zur entsprechenden Bruttolohn- und -gehaltssumme im vorvergangenen Kalenderjahr steht. Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet.....“. Im Ergebnis bewirkt die Neuregelung der jährlichen Fortschreibung, dass der Lagefehler bleibt, der Rundungsfehler wurde von im Grenzfall 600 Euro auf 450 Euro reduziert. Die Fortschreibung des Rundungsfehlers durch Weiterverwendung ungerundeter Werte ist gänzlich ausgeschlossen.

Die geltende Pflichtversicherungs- bzw. die sog. Friedensgrenze lässt sich weder aus gesamtwirtschaftlichen Zielen ableiten, noch kann sie sich auf eine andere erkennbare sachlogische Begründung stützen. Sie erscheint im Sinne des Solidarprinzip zu niedrig und unter Subsidiaritätsaspekten zu hoch. Bei einer pragmatischen Auslegung der Intention des Gesetzestextes beabsichtigt der Gesetzgeber eine Veränderung dieser Grenze entsprechend der Lohnentwicklung. Vor dem Hintergrund der vorgestellten Ergebnisse fällt das Wachstum dieser Grenze eher zu hoch als zu niedrig aus und diese Feststellung gilt damit auch für ihr Niveau.

Abbildung 12: Jährliches Wachstum der Beitragsbemessungsgrenze der GKV im Vergleich zur Bruttolohn- und -gehaltssumme von 1970 bis 2000 (alte Bundesländer)



1) Die Entwicklung der Bruttolohn- und -gehaltssumme wird durch die Entwicklung des Bruttoarbeitsentgeltes approximiert.
 Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2000, 2001, Statistisches Bundesamt 2000, Institut der deutschen Wirtschaft 1998, 1999, 2000, 2001, eigene Berechnung, eigene Darstellung.

2.2.5 Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied

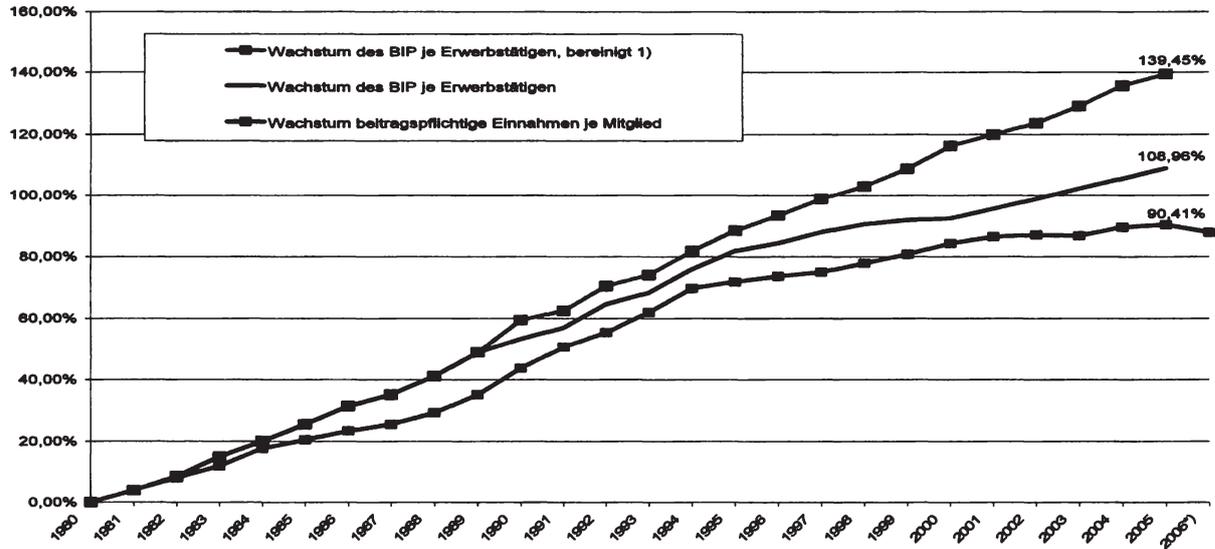
Um auch die Effekte von Veränderungen in der Mitgliederzahl der GKV zu berücksichtigen, geht die folgende Betrachtung von den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aus. Abbildung 13 zeigt einen Wachstumsvergleich der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit dem BIP je Erwerbstätigen und bestätigt tendenziell die bisherigen Ergebnisse. Im Vergleich zu den Wachstumsdifferenzen zwischen BIP und beitragspflichtigen Einnahmen in der Totalbetrachtung (Abbildung 9) fällt die Wachstumsschere in der Pro-Kopf-Betrachtung (Abbildung 13) geringer aus. Bis zum Jahr 2005 liegt das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen lediglich 18,5 Prozentpunkte unterhalb des Wachstums von BIP je Erwerbstätigen. Verantwortlich dafür zeichnet eine Anpassung der Statistik der Erwerbstätigen. Die Neubewertung von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen bewirkt eine erhebliche Ausweitung der Erwerbstätigenzahl (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 2003, S. 5ff). Wenngleich der Sozialversicherung seit jüngster Zeit geringe Beiträge aus solchen Beschäftigungsverhältnissen zufließen, ändert die bloße Existenz einer solchen Tätigkeit i. Allg. nichts am Versicherungsverhältnis als beitragsfrei mitversichertes Familienmitglied. Die Zahl der Mitglieder bleibt damit unberührt, was zu einer Unterzeichnung der relativen Wachstumsschwäche führt.

Bereinigt man die Erwerbstätigenzahl und damit das BIP je Erwerbstätigen um die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse tritt die Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis der GKV umso deutlicher hervor¹¹. Wie Abbildung 13 zeigt, übersteigt das bereinigte BIP je Erwerbstätigen die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV von 1980 bis 2005 um über 49 Prozentpunkte.

Um zu belegen, dass die aufgezeigte erhebliche Wachstumsschwäche der Einnahmebasis der GKV im Wesentlichen kein Relikt aus der Vergangenheit darstellt, sondern gerade in der jüngsten Vergangenheit verstärkt auftritt, stellt die folgende Abbildung 14 einen Wachstumsvergleich von BIP je Erwerbstätigen und beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ab 1994 dar. Die Darstellung bezieht sich auf die alten Bundesländer. In den neuen Bundesländern fanden im Untersuchungszeitraum immer noch Lohnanpassungen und diskretionäre Veränderungen der Beitragsbemessungsgrenze statt, welche die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und der Bruttolohn- und -gehaltssumme als Strukturbrüche verzerren.

¹¹ Beim bereinigten BIP wurde die Erwerbstätigenzahl um die ausschließlich geringfügig Beschäftigten korrigiert. Die Korrekturwerte für den Zeitraum von 1990 bis 1998 orientieren sich an den Ergebnissen des Mikrozensus. Ab dem Jahr 1998 erfolgt die Korrektur nach der BA-Statistik. Grundsätzlich wurde die Erwerbstätigenstatistik nur um ausschließlich geringfügig Beschäftigte bereinigt, da es auch Erwerbstätige gibt, die neben einer geringfügigen auch eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausüben.

Abbildung 13: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und des BIP je Erwerbstätigen von 1980 bis 2006 (alte Bundesländer)

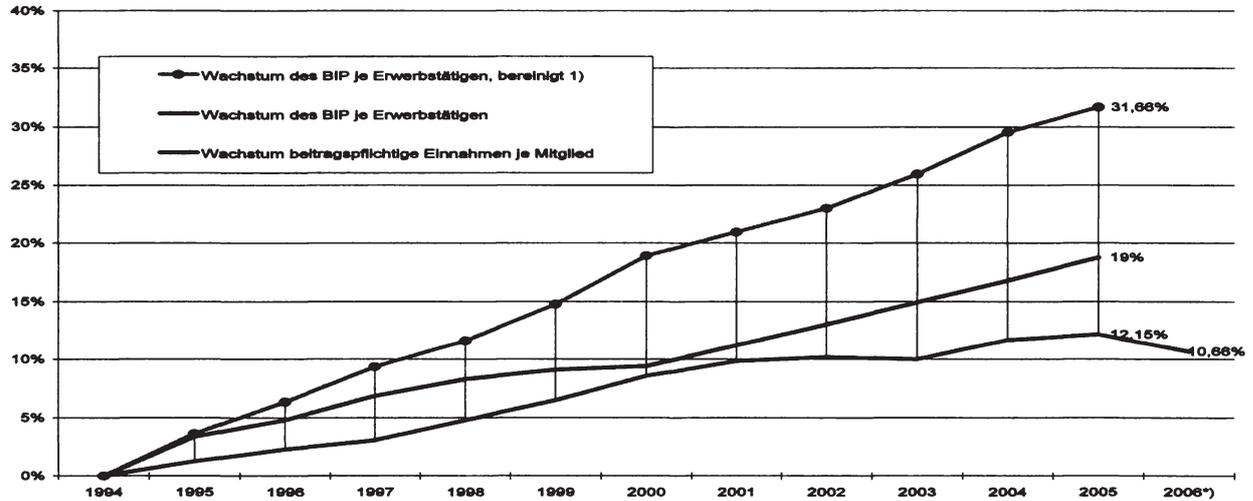


*) Die Werte des Jahres 2006 sind vorläufige Ergebnisse.

1) Die Zahl der Erwerbstätigen hat sich durch die Neubewertung gegenüber den früheren Werten erhöht. Beim bereinigten BIP wurde die Erwerbstätigenzahl um die ausschließlich geringfügig Beschäftigten korrigiert. Korrekturwerte 1990 bis 1998 nach Mikrozensus ab 1998 nach BA-Statistik.

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, 1999, 2000, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000-2007, Institut der deutschen Wirtschaft 1998, 1999, 2000, 2001, Statistisches Bundesamt 2000, 2002, 2006a, Arbeitskreis VGR 2004-2006, 2007 a u. b, BKK-Statistik 2006, Mikrozensus nach IAB Werkstattbereich 2003, Bundesagentur für Arbeit 2006, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Abbildung 14: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und des BIP je Erwerbstätigen von 1994 bis 2006 (alte Bundesländer)



*) Die Werte des Jahres 2006 sind vorläufige Ergebnisse.

1) Die Zahl der Erwerbstätigen hat sich durch die Neubewertung gegenüber den früheren Werten erhöht. Beim bereinigten BIP wurde die Erwerbstätigenzahl um die ausschließlich geringfügig Beschäftigten korrigiert. Korrekturwerte 1990 bis 1998 nach Mikrozensus ab 1998 nach BA-Statistik

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998, 1999, 2000, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2000-2007, Institut der deutschen Wirtschaft 1998, 1999, 2000, 2001, Statistisches Bundesamt 2000a, 2002, 2006a, Arbeitskreis VGR 2004-2006, 2007 a u. b, BKK-Statistik 2006, Mikrozensus nach IAB Werkstattbereich 2003, Bundesagentur für Arbeit 2006, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Auch hier zeigt sich, dass von 1994 bis 2005 sowohl das unbereinigte, als auch das bereinigte BIP je Erwerbstätigen die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV im Wachstum übertrifft. Im Falle des unbereinigten BIP je Erwerbstätigen ergibt sich bis zum Jahr 2005 eine Wachstumsdifferenz von knapp 7 Prozentpunkten. Abstrahiert man gänzlich von ausschließlich geringfügig Beschäftigten in der Erwerbstätigenzählung, überschreitet das BIP je Erwerbstätigen die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Untersuchungszeitraum um etwa 19,5 Prozentpunkte.

Ein Blick auf die dominanten Einflussgrößen, die auf die Einnahmenbasis der GKV einwirken, führt zu der Feststellung, dass das relativ bescheidene, d. h. zur Steigerung des BIP unterproportionale, Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bei gegebener Beitragsgestaltung noch auf absehbare Zeit anhält. Zunächst übt die Globalisierung einen Druck auf die Arbeitsentgelte aus, der sich bei den mittleren und unteren Lohngruppen und damit wegen der Beitragsbemessungsgrenze fiskalisch in besonders starkem Maße auswirkt. Insbesondere die Öffnung der osteuropäischen Staaten, die über relativ wenig Kapital aber reichlich Arbeitskräfte verfügen, und die Erweiterung der Europäischen Gemeinschaft verschieben die Knappheitsverhältnisse zwischen den Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital zu Ungunsten der Arbeitskraft. Dieser Trend lässt sich durch eine kurzfristige Behinderung der Mobilität von Arbeitskräften lediglich abbremsen, aber keineswegs aufhalten, denn die inländischen Löhne geraten auch durch den internationalen Handel mit arbeitsintensiv produzierten Gütern unter Druck. Die daraus resultierenden Preis-, Lohn- und Mengeneffekte tangieren umlagefinanzierte Versicherungssysteme, deren Beiträge sich primär auf Arbeitsentgelte stützen, weitaus stärker als kapitalgedeckte Versicherungen¹².

Für das schwache Wachstum der Finanzierungsbasis bzw. der Beitragseinnahmen in der GKV zeichnen noch folgende überwiegend strukturelle Einflussfaktoren verantwortlich, die auch künftig restriktiv auf die Steigerungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen bzw. Beiträge je Mitglied einwirken (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, Tz. 69):

- mäßiges Wachstum der Arbeitsentgelte, u. a. durch veränderte Arbeitsverhältnisse bzw. Berufskarrieren (z. B. unstete Beschäftigung, nicht versicherungspflichtige Werkverträge),

¹² Die beitragsfinanzierten sozialen Krankenversicherungssysteme anderer Länder, wie z. B. diejenigen Frankreichs und Österreichs, sehen sich derzeit mit ähnlichen fiskalischen Problemen konfrontiert (siehe FAZ vom 23.01.2004, vom 17.05.2004 und vom 19.05.2004).

- Zunahme von nicht versicherungspflichtigen Teilen des Arbeitsentgeltes, vor allem durch Entgeltumwandlung von Weihnachtsgeld im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge¹³,
- weitere Flucht in die illegale Schattenwirtschaft und Intensivierung der (legalen) Eigenwirtschaft bzw. Haushaltsproduktion sowie

vorgezogene Verrentungen¹⁴ und längere Lebens- und Verrentungszeit

2.3 Zwischenfazit

Die GKV verzeichnete in den letzten drei Jahrzehnten einen im Prinzip ungebrochenen Trend steigender Beitragssätze. Dabei litt ihre finanzielle Situation bei einem moderaten Wachstum der Leistungsausgaben vor allem unter einer Erosion der Finanzierungsbasis. Eine empirische Analyse der Einnahmementwicklung in der GKV zeigt, dass die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in erster Linie auf die mäßige Steigerung der Arbeitsentgelte zurückgeht. Die entsprechenden Wachstumsdifferenzen zum BIP treten in der Gruppe der GKV-Versicherten sogar noch in besonders ausgeprägter Form auf. Daneben trugen ein zunehmender Anteil von Rentnern, eine steigende Arbeitslosenzahl und diverse Verlagerungen von Defiziten zwischen den Teilen der sozialen Sicherung, die fiskalisch fast immer zu Lasten der GKV gingen, dazu bei, dass die beitragspflichtigen Einnahmen im Wachstum deutlich hinter dem BIP zurückblieben. Die Entwicklung der beitragsfrei Mitversicherten, d. h. die je Beitragszahler zu finanzierenden Versicherten, zeichnete dagegen für die relative Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV nicht verantwortlich und vom zunehmenden Anteil der freiwillig versicherten Mitglieder gingen eher leicht gegenläufige Effekte aus. Der Fortschreibemodus von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in Kombination mit ständig rückläufigen Lohnsteigerungsraten bewirkte zu dem, dass diese Grenzen zumindest bis zum Jahr 2002 durch ein überhöhtes Wachstum gegenüber der Realentwicklung gekennzeichnet sind. Bezogen auf den Kreis der Pflichtmitglieder ergeben sich so auch hier eher entlastende Effekte.

¹³ Das Altersvermögensgesetz (AvmG) vom 26.06.2001, das den Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Altersvorsorge vorsieht, gewährt den Arbeitnehmern einen individuellen Anspruch auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung. Es stellt bis Ende 2008 bei einer entsprechenden Entgeltumwandlung bis zu 4% der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV (altes Bundesgebiet) außerhalb des Arbeitsentgeltes und damit beitragsfrei.

¹⁴ Eine starke Entlastung des Arbeitsmarktes könnte die Anreize zur vorgezogenen Verrentung abschwächen.

Die GKV befindet sich in fiskalischer Hinsicht insofern in einem Dilemma zwischen einer Wachstumsschwäche ihrer Finanzierungsbasis und einer Dynamik der Gesundheitsausgaben, als das bisher moderate Wachstum ihrer Leistungsausgaben nicht im Zuge einer automatischen Entwicklung eintrat. Die weitgehend konstante Relation zwischen den Leistungsausgaben der GKV und dem BIP bildet vielmehr das Resultat zahlreicher staatlicher Kostendämpfungsmaßnahmen. Ohne diese diskretionären Eingriffe in die Ausgabenentwicklung wäre der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am BIP zweifellos deutlich angestiegen und damit das Ziel der Beitragssatzstabilität noch stärker verfehlt worden. Da sich derzeit kein Ende dieser Lücke zwischen Ausgabenentwicklung und Wachstum der Finanzierungsbasis abzeichnet, reicht auch eine – in normativer Hinsicht fraglos gebotene – Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht aus, um die künftigen ausgabenseitigen Herausforderungen, wie z. B. die fiskalischen Effekte des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts, zu bewältigen. Ohne eine Finanzierungsreform der GKV drohen schon mittelfristig entweder weiter steigende Beitragssätze oder empfindliche Leistungsausgrenzungen bzw. Rationierungen.

3 Ziele und Prinzipien einer Finanzierungsreform

Aufbauend auf den im vorherigen Kapitel dargelegten Schwächen der Finanzierungsbasis wird im folgenden Abschnitt die Möglichkeit einer Finanzierungsreform spezifiziert. Um ein ziel- und problemorientiertes Vorgehen zu ermöglichen wird ein Zielspektrum für Reformmaßnahmen aufgezeigt und darauf aufbauend Leitlinien festgelegt. Auf deren Grundlage wird im Anschluss das derzeitige System analysiert und allfällige Zielverfehlungen aufgezeigt, welche gleichzeitig Ansatzpunkte für Reformmaßnahmen bieten.

3.1 Das Zielspektrum

Um zu vermeiden, dass sich die Reformvorschläge bzw. -ansätze, wie in der Vergangenheit häufiger der Fall, einseitig auf fiskalisch orientierte Kostendämpfungsmaßnahmen beschränken, erscheint es hilfreich, den weiteren Ausführungen einige Überlegungen zu den grundlegenden Zielen der Gesundheitsversorgung voranzustellen (ähnlich Glaeske, G. et al. 2001, S. 12 ff.; Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme 2003, S. 146 f.; Breyer, F. et al. 2004, S. 79 ff.). Zentrales Anliegen einer zielorientierten Gesundheitspolitik bildet „die Sicherstellung der Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen, d. h. die Gewährleistung einer medizinisch hochstehenden Versorgung für alle Versicherten“ (Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme 2003, S. 146). Die Erfüllung dieses grundlegenden Zieles bedingt zunächst eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Bürger und in der GKV bzw. in einer sozialen Krankenversicherung Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot. Damit scheidet in einer sozialen Krankenversicherung sowohl finanzielle Selektion nach dem Gesundheitszustand bzw. dem prognostizierten Krankheitsrisiko¹⁵ als auch Behandlungsunterschiede nach dem Einkommen und / oder dem sozialen Stand der Patienten aus.

Unbeschadet der Bedeutung fiskalischer Aspekte, die ein nachhaltiges und stabiles Gesundheits- bzw. Krankenversicherungssystem postulieren, stehen im Rahmen der Gesundheitsversorgung aus normativer Sicht zunächst allokativen und distributiven Ziele im Vordergrund. Das Allokationsziel fordert eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung, die sich an den Präferenzen der Versicherten sowie den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten orientiert. Dies setzt eine Stärkung der Autonomie und Eigenverantwortung von Versicherten und Patienten sowie einen Verzicht auf paternalistische Bevormundungen vor-

¹⁵ Es sei denn, es erfolgt ein einkommensabhängiger Ausgleich von anderer Stelle, wie z. B. aus dem Steuer- und Transfersystem.

aus. Entsprechend nimmt auch staatliches Handeln über die Schaffung des notwendigen institutionellen Rahmens hinaus eine subsidiäre Funktion wahr. Ein Gesundheitssystem, das allen Bürgern unabhängig von deren Einkommen und sozialem Status eine hinreichende, qualitativ hochstehende Versorgung garantieren möchte, erfordert Zwangsläufig eine Kombination mit Umverteilungsmechanismen. Vor dem Hintergrund des zu erwartenden Wandels der demographischen Struktur schließt das Verteilungsziel, vor allem bei einer Finanzierung nach dem Umlageverfahren, die Berücksichtigung nicht nur intra-, sondern auch intergenerativer Distributionseffekte ein. Schließlich strebt die Gesundheitsversorgung zwar nicht primär Stabilisierungsziele an, sollte aber einer erfolgreichen Wachstums- und Beschäftigungspolitik auch nicht im Wege stehen.

Aus diesen kursorischen Überlegungen lassen sich für eine zielorientierte Gesundheitsreform im Einzelnen vor allem folgende konkrete Prinzipien bzw. Leitlinien ableiten (vgl. Breyer, F. et al. 2004, S. 11 ff.):

- Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung,
- Autonomie und Eigenverantwortung von Versicherten und Patienten sowie Subsidiarität staatlichen Handelns,
- Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit in intra- und intergenerativer Hinsicht,
- Verträglichkeit mit Wachstums- und Beschäftigungszielen,
- Nachhaltigkeit und Stabilität des Gesundheits- bzw. Krankenversicherungssystems und
- Transparenz sowie Rechts- und Planungssicherheit.

3.2 Leitlinien einer zielorientierten Gesundheitspolitik¹⁶

Obgleich Indizes der Lebenserwartung und Morbiditätsindikatoren wohlfahrtsrelevante Tatbestände anzeigen, spiegeln sie das Zielspektrum der Gesundheitsversorgung nur zu einem Teil bzw. lückenhaft wider. Zu den Zieleffekten gehören daneben auch Funktionseinbußen, Leidgedühle und Verunsicherungen der Patienten, wobei sich die physischen, psychischen, kognitiven und sozialen Dimensionen der Lebensqualität teilweise mit Hilfe von objektiven, teilweise aber nur mittels subjektiver Indikatoren messen lassen. Eine Orientierungshilfe für den Outcomecharakter der Gesundheitsversorgung bieten die „medizinischen

¹⁶ Vgl. hierzu auch Igel, C. und Wille, E. 2007.

Orientierungsdaten“. Danach zielen die gesundheitliche Betreuung, medizinische Behandlung und Pflege vorrangig darauf ab (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997/1998, Ziffer 12),

- den vermeidbaren Tod zu verhindern bzw. das Leben möglichst zu verlängern,
- Krankheit und die mit ihr verbundenen Schmerzen sowie Befindlichkeitsstörungen zu verhüten, zu heilen und zu lindern,
- die körperliche und psychische Funktionstüchtigkeit wiederherzustellen,
- die menschliche Würde und Freiheit auch in Krankheit und Tod zu wahren sowie
- die jederzeitige Verfügbarkeit einer Behandlung im Eventualfall zur Vermeidung von Angstgefühlen als Optionsnutzen zu gewährleisten.

Gesundheitsleistungen können nicht nur die gesundheitlichen Wirkungsziele erhöhen, indem sie die Lebenserwartung und/oder -qualität steigern, sondern auch Produktivitäts- und Kapazitätseffekte erzeugen und damit das Humankapital quantitativ und qualitativ erweitern. Sie tragen damit dazu bei, die internationale Wettbewerbsfähigkeit eines Landes zu verbessern. Vor dem Hintergrund eines auch auf den Gesundheitsmärkten zunehmenden internationalen Wettbewerbs kommt der Effektivität und Effizienz der inländischen Anbieter von Gesundheitsleistungen eine immer stärkere Bedeutung zu. Die internationale Wettbewerbsfähigkeit der inländischen Leistungsanbieter gewinnt hier insofern noch eine beschäftigungspolitische Relevanz, als das Gesundheitswesen fast weltweit einen Wachstumsmarkt darstellt.

Ein umfassendes und konsistentes System der sozialen Sicherung sollte in normativer Hinsicht auf einheitlichen Maximen bzw. Leitlinien aufbauen, zumindest deren Realisierung anstreben. Die folgenden Leitlinien dienen dazu, der konkreten Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme eine übergeordnete, normative Orientierung zu bieten (vgl. Breyer, F. et al. 2004, S. 11ff.).

I. Souveränität und Eigenverantwortung des Individuums

Mit der Möglichkeit, eine Krankenkasse und u. U. auch bestimmte Versorgungsformen (z.B. Hausarztmodelle, Disease Management Programme) wählen zu können, gewährt die GKV ihren Versicherten Freiheitsspielräume. Die Nutzung dieser Freiheitsspielräume setzt neben der Existenz von Wahlmöglichkeiten auch die Fähigkeit voraus, „wählen zu können“. Dies bedingt, dass die Versicherten bzw. Patienten eine hinreichende Transparenz über die Versicherungs-

leistungen sowie über die Behandlungsabläufe und allfällige Leistungsqualitäten besitzen. Unabhängig davon stellt die Möglichkeit der Kassenwahl, die eine Einheitsversicherung nicht bietet, unter Wohlfahrtsaspekten einen „Wert an sich“ dar (vgl. Jacobs, K. und Reschke, P. 1992, S. 15ff).

II. Subsidiarität staatlichen Handelns

Das Subsidiaritätsprinzip fordert, dass Entscheidungen über die Verwendung knapper Ressourcen zunächst bzw. grundsätzlich auf Mikroebene dem Individuum oder dem Haushalt bzw. der Familie obliegen. Eine darüber liegende gesellschaftliche Ebene kommt als Entscheidungsinstanz erst dann in Frage, wenn sie sich im Sinne gesamtwirtschaftlicher Ziele hierfür nachweislich besser eignet, d.h. dass die Entscheidungen auf der unteren Ebene zu vermeidbaren Fehlallokationen führen würden. Das Subsidiaritätsprinzip weist den höheren Ebenen darüber hinaus die Aufgabe zu, nach Möglichkeit die Voraussetzungen für Allokationsentscheidungen auf den unteren Ebenen zu schaffen, d.h. die dort agierenden Instanzen und Individuen entsprechend zu unterstützen.

Die Postulate Souveränität und Eigenverantwortung erlauben in Verbindung mit dem Subsidiaritätsprinzip auch bereits eine Tendenzaussage zum ordnungspolitischen Unterschied zwischen steuer- und beitragsfinanzierten sozialen Krankenversicherungssystemen. In steuerfinanzierten Systemen besitzt der Bürger bzw. Patient keinerlei Versicherungsrechte bzw. -ansprüche, denn das Wesen einer Steuer besteht darin, dass der Steuerpflichtige mit seiner Abgabe keinen Anspruch auf irgendeine staatliche (Gegen-) Leistung erwirbt. Unter diesem Aspekt spielt es keine Rolle, ob diese Finanzierung organisatorisch über öffentliche Budgets oder eine ausgegliederte Einheitskasse erfolgt. In beitragsfinanzierten sozialen Krankenversicherungssystemen erhält der Patient dagegen eine mit spezifischen Abgaben bezahlte Versicherungsleistung, die sich insofern von monetären oder realen staatlichen Transfers deutlich unterscheidet. Im Vergleich zu steuerfinanzierten eröffnen beitragsfinanzierte Krankenversicherungssysteme den Versicherten über die prinzipielle Möglichkeit der Krankenkassenwahl nicht nur mehr Freiheitsrechte, ihre Versicherten besitzen darüber hinaus auch einen souveräneren Leistungsanspruch, was vor allem bei erheblichen Finanzierungsengpässen in den öffentlichen Haushalten und den dann drohenden Leistungsrationierungen Relevanz erlangen kann. Dies schließt im Zeitablauf bestimmte Leistungskürzungen auch in beitragsfinanzierten Systemen nicht aus, das Versicherungsprinzip zieht diesen jedoch eine – wenn auch nicht im Detail trennscharfe – gewisse Grenze.

III. Effektivität und Effizienz

Die Effizienz misst das Verhältnis zwischen der fertiggestellten Gesundheitsleistung bzw. dem Behandlungsangebot und den zu ihrer Erstellung eingesetzten

finanziellen Mitteln bzw. Ausgaben. Die Effektivität (im engeren Sinne) stellt die gesundheitlichen Wirkungsziele bzw. Outcomeveränderungen der betreffenden Gesundheitsleistung gegenüber. Die Effektivität (im weiteren Sinne) spiegelt dann die Relation zwischen den gesundheitlichen Outcomes und den zugehörigen Ausgaben wider. Im Sinne dieser Terminologie setzt die optimale Effektivität (im weiteren Sinne) die optimale Effizienz voraus, was aber nicht umgekehrt gilt. Zur Erreichung der optimalen Effektivität bildet die optimale Effizienz nur eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung.

Obleich Indizes der Lebenserwartung und Morbiditätsindikatoren wohlfahrtsrelevante Tatbestände anzeigen, spiegeln sie das Outcomespektrum der Gesundheitsversorgung nur zu einem Teil bzw. lückenhaft wider. Zu den Outcomeeffekten gehören daneben auch Funktionseinbußen, Leidgedühle und Verunsicherungen der Patienten, wobei sich die physischen, psychischen, kognitiven und sozialen Dimensionen der Lebensqualität teilweise mit Hilfe von objektiven, teilweise aber nur mittels subjektiver Indikatoren messen lassen. Eine Orientierungshilfe für den Outcomecharakter der Gesundheitsversorgung bieten die sog. medizinischen Orientierungsdaten. Aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive können Gesundheitsleistungen aber nicht nur die gesundheitlichen Outcomes verbessern und damit die Lebenserwartung und –qualität steigern, sondern auch

- Arbeitsplätze schaffen,
- das Wachstum des realen Sozialproduktes erhöhen sowie
- Produktivitäts- und Kapazitätseffekte erzeugen und damit das Humankapital quantitativ und qualitativ erweitern.

Dabei hängen die jeweiligen Beschäftigungs-, Wachstums-, Produktivitäts- und Kapazitätseffekte von der Konjunktur und Arbeitsmarktlage ab. Bei hoher Arbeitslosigkeit kann eine Expansion von Gesundheitsausgaben und –leistungen mit erheblichen positiven Beschäftigungs- und Wachstumswirkungen einhergehen. Umgekehrt verhält es sich mit den Kapazitätseffekten, die bei hoher Arbeitslosigkeit in wesentlich geringerem Ausmaß als bei Vollbeschäftigung anfallen.

IV. Verteilungsgerechtigkeit

Die GKV und die SPV versuchen dem Postulat der Verteilungsgerechtigkeit durch ihre Orientierung am sog. Solidarprinzip zu entsprechen. Die entsprechende Ausrichtung zielt primär zeitlich horizontal auf die intragenerative Gerechtigkeit und enthält explizit kaum intergenerative oder auch nur intertemporale Verteilungselemente. Der Begriff „Solidarität“ unterliegt ähnlich wie jener der „Gerechtigkeit“ oder andere moralische Wertbegriffe, wie Fairness, Eigenverantwortung und Mündigkeit; „gemeinhin einem Leerformelverdacht“ (Akademie für Ethik in der Medizin e.V. 1994, S. 9). Der Versuch einer gewissen

Konkretisierung kann zum einen an der Ausgaben- bzw. Leistungsseite und zum anderen an der Einnahmenseite bzw. der Beitragsgestaltung ansetzen. Ein Element des Solidarprinzips auf der Ausgaben- bzw. Leistungsseite von GKV und SPV besteht zunächst darin, dass die Leistungsgewährung, mit Ausnahme des Krankengeldes, völlig unabhängig von den Beitragszahlungen der Versicherten erfolgt. Dieses Solidarelement nimmt mit einer Einengung des Leistungskataloges im Prinzip ab, denn Versicherte mit höherem Einkommen können ausgeschlossene Leistungen, auf die sie nicht verzichten möchten, leichter als solche mit niedrigerem Einkommen im Rahmen der Selbstmedikation oder mit Hilfe einer privaten prämierten Zusatzversicherung erwerben.

Ogleich auch die GKV den Versicherten keine für alle Zeit verbindliche Leistungszusagen im Sinne eines sakrosankten Kataloges zu geben vermag, da der Leistungskatalog im Zeitablauf vielmehr durch Zu- und Abgänge variabel bleibt, zieht der Versicherungscharakter der GKV in Verbindung mit dem Umlageverfahren einer diskretionären Niveauabsenkung gewisse, wenn auch im Detail nicht trennscharfe, Untergrenzen. Im Umlageverfahren der GKV alimentieren zeitlich horizontal betrachtet junge Versicherte, die – von anderen Umverteilungskomponenten abgesehen – höhere als altersadäquate Beiträge entrichten, ältere Versicherte. Die jungen Versicherten gewinnen durch diese Unterstützungsleistung einen Anspruch auf eine entsprechende Entlastung im Alter, d.h. auf niedrigere als altersadäquate Beiträge, durch die dann junge Generation. Eine radikale Einengung des Leistungskataloges der GKV würde, sofern keine Kompensation stattfindet, diesen im Umlageverfahren angelegten Generationenvertrag zu Lasten einer Generation verletzen. Eine solche Maßnahme diskriminiert in intertemporaler und intergenerativer Hinsicht die heute ältere Generation zugunsten der heutigen Beitragszahler. Da die heute älteren Versicherten früher der damals alten Generation im Zuge des Umlageverfahrens ein bestimmtes Versorgungsniveau ermöglichten, stehen einer radikalen Absenkung des Versorgungsniveaus Versicherungs- und intergenerative Gerechtigkeitsaspekte entgegen. Dies schließt auch aus intergenerativer Sicht maßvolle Abstriche beim Leistungskatalog und/oder höhere Beiträge bzw. Zuzahlungen insofern nicht aus, als die heute ältere Generation wegen der längeren Lebenserwartung und infolge der veränderten demographischen Struktur unter Status quo-Bedingungen relative Vorteile gegenüber der vorangegangenen Generation besitzt. Die heute ältere Generation als eine relativ große Gruppe erbrachte für die vorangegangene eine pro Versicherten geringere intertemporale Unterstützungsleistung, als sie von der nachfolgenden unter Status quo Bedingungen erhalten würde.

Das Schwergewicht des Solidarprinzips in der GKV und der SPV liegt jedoch auf der Finanzierungsseite, d.h. in der Beitragsgestaltung. Das Solidarprinzip bildet kein theoretisch fundiertes Paradigma, aus dessen Normen sich schlüssige

Aussagen über die „optimale Beitragsgestaltung“ ableiten lassen. Eine „Solidargemeinschaft“ stellt in gewisser Weise jede Versicherung dar, denn auch in der privaten Krankenversicherung erfolgt ex post betrachtet immer eine Umverteilung von schadensfreien Mitgliedern zu solchen, die einen Schaden erlitten.

Die spezifisch solidarische Finanzierung der GKV, die in distributiver Hinsicht über eine private Versicherung mit risikoäquivalenten Prämien hinausgeht, besteht in Form einer ex ante-Umverteilung von

- Versicherten mit geringem zu solchen mit hohem Krankheitsrisiko (Risikoausgleich),
- von Beziehern höherer Arbeitsentgelte zu solchen mit niedrigeren Löhnen und Gehältern (Einkommensumverteilung),
- von Alleinstehenden zu kinderreichen Familien (Familienlastenausgleich) sowie
- von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich).

Zudem gibt es in der GKV im Unterschied zu privaten Krankenversicherungen für alle Krankenkassen unabhängig vom jeweiligen Krankheitsrisiko des Nachfragers grundsätzlich Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot. Das solidarische Finanzierungselement erfuhr darüber hinaus noch durch den bundesweiten, kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (RSA) eine Ausdehnung bzw. Intensivierung, denn er führte zu einer deutlichen Reduktion des Beitragsatzunterschiedes zwischen den einzelnen Krankenkassen.

Die ex ante-Umverteilungswirkungen, die das Solidarprinzip im Rahmen der Beitragsgestaltung charakterisieren, überlagern sich allerdings meistens bei einem Versicherten bzw. Haushalt und können in ihren Effekten auch teilweise gegenläufige Tendenzen aufweisen. So befindet sich auch bei horizontaler zeitlicher Betrachtung ein relativ gesunder Familienvater mit überdurchschnittlichem Arbeitsentgelt und einer kinderreichen Familie mit einem kranken Kind im Hinblick auf den persönlichen Risikoausgleich und die Einkommensumverteilung in der Position des Nettozahlers, hinsichtlich des „Familienlastenausgleichs“ in der des Nettoempfängers. Angesichts der vier Umverteilungselemente, die in unterschiedlichen Richtungen wirken können, bleibt der distributive Saldo eines Versicherten quantitativ intransparent und häufig auch in seinem Vorzeichen unklar. So kann ein Versicherter mit mittlerem Arbeitsentgelt und sehr guter Gesundheit die Position eines Nettozahlers und ein Versicherter mit hohem Arbeitsentgelt aber schlechter Gesundheit diejenige eines Nettoempfängers einnehmen. In intertemporaler Hinsicht können sich die Vorzeichen der distributiven Effekte für einen Versicherten im Zeitablauf sogar bei jedem der vier Umverteilungselemente ändern. Beim Generationen- und Familienlastenausgleich geschieht dies sogar zwangsläufig bzw. häufig.

V. Nachhaltigkeit und Stabilität sowie Rechts- und Planungssicherheit

Die Nachhaltigkeit¹⁷ betrifft in der gesetzlichen Rentenversicherung vor allem das Verhältnis zwischen den heute lebenden und den nachfolgenden Generationen. In der GKV gewinnt dieses Postulat aber auch schon eine beachtliche Relevanz, wenn man es intragenerativ nur auf die heutige Generation bezieht. Sofern sich der Leistungskatalog der GKV bei für akzeptabel erachteten Beitragssätzen schon auf mittlere Frist nicht mehr auf dem heutigen Niveau aufrechterhalten lässt, drohen u. U. empfindliche Leistungseinschränkungen. Bei einer plötzlichen diskretionären Einengung des Leistungskataloges der GKV könnte die Mehrheit der älteren Versicherten die entsprechenden Risiken nicht mehr zu finanzierbaren Prämien mit Hilfe einer privaten Zusatzversicherung absichern. Sofern die Politik diese Einengung aber schon heute, z.B. beim Zahnersatz für bestimmte Altersgruppen, einleitet, verfügen die Betroffenen über die nötige Transparenz, um je nach Präferenzen private Zusatzversicherungen abzuschließen. Unter diesem Aspekt bedingen sich Nachhaltigkeit, Planungssicherheit und Transparenz.

VI. Transparenz

Im Gesundheitswesen bietet es sich an, zwischen einer Transparenz auf Mikroebene, d.h. den Informationen, die ein Versicherter bzw. Patient über Behandlungsmöglichkeiten und Leistungsqualitäten besitzt, und auf Systemebene zu unterscheiden. Die Transparenz auf Mikroebene bildet eine Voraussetzung für ein eigenverantwortliches Handeln bzw. (Mit-) Entscheiden der Versicherten und Patienten und kann insofern auch die Effizienz und Effektivität der Leistungserstellung fördern. Auf der Makro- bzw. Systemebene geht es um eine möglichst transparente Informationsbasis über die gesamtwirtschaftlichen Effekte von Kranken- und Pflegeversicherungssystemen. Dies gilt insbesondere für die entsprechenden Wirkungen von zur Diskussion stehenden Reformmaßnahmen. Die Transparenz auf der Makro- bzw. Systemebene leidet vor allem dann, wenn sich alloкатive und distributive Effekte fast untrennbar, d.h. für einen äußeren Beobachter nicht mehr erkennbar, vermischen. Diese Gefahr besteht besonders, wenn mehrere öffentliche und/oder öffentlich-rechtliche Institutionen alloкатive und distributive Funktionen zugleich übernehmen. Eine klare Trennung, die bestimmte Funktionen und Instrumente jeweils speziellen Organisationen zuordnet, besitzt hier nicht nur im Hinblick auf die Transparenz, sondern auch bezüglich der Effizienz eindeutige Vorzüge.

¹⁷ Unter der Nachhaltigkeit eines sozialen Sicherungszweiges versteht man seine Fähigkeit, bei gegebenen Rahmenbedingungen trotz exogener Einflüsse wie z. B. dem demographischen Wandel oder dem medizinisch-technischen Fortschritt, dauerhaft funktionsfähig zu bleiben.

VII. Zielbeziehungen

Die Ziele Eigenverantwortung und Wahlfreiheit einerseits sowie Solidarität bzw. Verteilungsgerechtigkeit andererseits können, müssen aber nicht zwangsläufig in einem konfliktären Verhältnis stehen. „Wahlfreiheit des Versicherungsnehmers kann man sich auch durch Wahlmöglichkeiten in der Sozialversicherung realisiert denken“ (Akademie für Ethik in der Medizin e.V. 1994, S. 31). Eine eigenverantwortliche Lebensweise liegt nicht nur im Interesse des einzelnen Individuums, sondern bildet insofern für ihn auch eine Verpflichtung, als im Falle von (vermeidbarer) Krankheit die Solidargemeinschaft den überwiegenden Teil der dann anfallenden Kosten trägt.

Zwischen der fiskalischen und der allokativen Zielsetzung besteht im Rahmen von Reformoptionen insofern eine komplementäre Beziehung, als fiskalisch ergiebige Maßnahmen gleichzeitig eine spürbare Beitragssatzsenkung und damit eine Entlastung der Lohnnebenkosten der Unternehmen und der Sozialabgaben der privaten Haushalte ermöglichen. Es liegt jedoch nahe, dass diskretionäre Ausgaben- und Leistungskürzungen wie auch Einnahmenerhöhungen mit dem Solidarprinzip in Konflikt geraten können.

In ordnungspolitischer Hinsicht sieht sich die GKV mit dem Problem konfrontiert, das Allokationsziel einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung sowie das Verteilungspostulat - das im Solidaritätsprinzip zum Ausdruck kommt - gleichzeitig zu verwirklichen. Hieraus ergeben sich insofern Zielkonflikte, als bestimmte Instrumente – wie z.B. Selbstbeteiligungen, Boni, aber auch Präventionsmaßnahmen, die eine gewisse Compliance voraussetzen -, die zur besseren Realisierung des einen Zieles geeignet erscheinen, mit dem anderen nicht konform gehen. Auch aus dieser Perspektive stellt sich die Frage nach dem Pro und Contra einer Übertragung verteilungspolitischer Aufgaben von der GKV sowie der SPV auf andere öffentliche (Ausgaben-) Träger und damit unabhängig vom Leistungsumfang nach der generellen Struktur des sozialpolitischen Systems.

Gegen eine dezentrale, marktwirtschaftliche Steuerung des Gesundheitswesens könnten jene Argumente sprechen, die üblicherweise zur Begründung von *allokativem Marktversagen* dienen. Unter Einbeziehung der Versicherungsmärkte lassen sich hier vor allem folgende Aspekte anführen:

- externe Effekte und Eigenschaften von Kollektivgütern,
- Optionsgutcharakter medizinischer Leistungen,
- zunehmende Skalenerträge,
- mangelnde Konsumentensouveränität und unvollkommene Information sowie

- asymmetrische Information auf dem Versicherungsmarkt.

Es gibt im Gesundheitswesen nur wenige Güter und Dienste, die Kollektivgütereigenschaften oder in nennenswertem Umfang externe Effekte aufweisen; hierzu zählen Impfungen gegen ansteckende Krankheiten, Vorhaltung von Kapazitäten und Informationsleistungen. Der asymmetrischen Information auf dem Versicherungsmarkt kann – ebenso wie dem Trittbrettfahrerverhalten – eine umfassende Versicherungspflicht mit einer öffentlichen Bezuschussung des Beitrages von Beziehern niedriger Einkommen bzw. Transfers vorbeugen. Um der mangelnden Konsumentensouveränität, soweit diese nicht auf einer die geistige Kapazität beeinträchtigenden Krankheit beruht und den Informationsdefiziten von Patienten und Versicherten hinsichtlich der Angebotsqualität entgegenzuwirken, bieten sich auch eine intensive Qualitätssicherung durch staatliche oder öffentlich-rechtliche Institutionen sowie eine entsprechende Informationspolitik an.

3.3 Zielverfehlungen des geltenden Systems

3.3.1 Versicherungspflicht und Versicherungspflichtgrenze

Wie bereits erwähnt, unterliegen unselbständig Beschäftigte, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze von derzeit (2007) monatlich 3.975 Euro nicht übersteigt, und nicht versicherungsfreie Rentner der Versicherungspflicht in der GKV. Angestellte und Arbeiter mit einem höheren Arbeitsentgelt besitzen die Wahl, entweder als freiwillige Mitglieder in der GKV zu bleiben, in die private Krankenversicherung (PKV) zu wechseln oder auf eine Krankenversicherung zu verzichten. Für Selbständige und Unternehmer besteht ebenfalls keine Versicherungspflicht in der GKV und für Beamte existiert mit dem staatlichen Beihilfesystem in Verbindung mit einer komplementären PKV eine zusätzliche Sonderregelung. Dies bedeutet, dass sich die PKV-Versicherten, die überwiegend ein höheres Arbeitsentgelt beziehen, nicht an der beitragsfinanzierten Einkommensumverteilung in der GKV beteiligen.

Die Versicherungspflichtgrenze, die im Jahre 2003 von monatlich 3.450 Euro auf 3.825 Euro diskretionär angehoben wurde, lässt sich weder aus gesamtwirtschaftlichen Zielen ableiten, noch kann sie sich auf eine andere erkennbare sachlogische Begründung stützen. Sie erscheint im Sinne des Solidarprinzips zu niedrig und unter dem Aspekt der sozialen Schutzbedürftigkeit, die bei Gründung der GKV im Mittelpunkt stand, zu hoch. Außer in den Niederlanden, die

eine spürbar niedrigere Versicherungspflichtgrenze aufweisen¹⁸, existiert in den übrigen europäischen Ländern keine Versicherungspflichtgrenze und damit auch keine substitutive private Vollversicherung für Arbeiter und Angestellte. Diese Segmentierung in zwei verschiedene Versicherungsmärkte beeinträchtigt zunächst die alloкатive Effizienz, denn der Wettbewerb zwischen GKV und PKV erfolgt unter ungleichen Rahmenbedingungen und nur oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Dabei besitzt die GKV bei einem ledigen Arbeitnehmer, der keine relevanten Vorerkrankungen aufweist, mit einem Gesamtbeitrag von fast 500 Euro pro Monat hinsichtlich der Preis-Leistungsrelation kaum eine reelle Wettbewerbschance.

Die funktional willkürliche Trennung in ein Versichertensegment, das einer im Prinzip redistributiven Beitragsfinanzierung unterliegt, und in einen anderen Teil, der sich für eine risikoäquivalente Prämienfinanzierung entscheiden kann, verletzt die Verteilungsgerechtigkeit durch eine zweifache Risikoselektion¹⁹. Zunächst stellen Personen mit einem Arbeitsentgelt über der geltenden Versicherungspflichtgrenze und der Neigung zum Wechsel in eine Versicherung mit risikoäquivalenten Beiträgen in den Kategorien der GKV nicht nur einnahmenseitig, sondern auch hinsichtlich ihrer Ausgabenprofile niedrige bzw. gute Risiken dar. Eine weitere Risikoselektion erfolgt hier noch dadurch, dass diese Beschäftigten ein Wahlrecht besitzen, das ihnen erlaubt, sich je nach Krankheitsrisiko und Familiensituation für die GKV oder die PKV zu entscheiden. Ein chronisch Kranker, der mit seinem Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze überschreitet, dürfte sich kaum für eine Versicherung mit risikoäquivalenten Beiträgen entscheiden, sondern es gezwungenermaßen vorziehen, in der GKV zu bleiben.

Der Verzicht auf eine generelle Versicherungspflicht kann zu unnötigen Belastungen öffentlicher Haushalte führen. Dieser Fall tritt dann ein, wenn ein Bürger, sei es aufgrund eines Trittbrettfahrerverhaltens oder wegen Unterschätzung künftiger Krankheitsrisiken, gänzlich auf Krankenversicherungsschutz verzichtet und später gleichwohl schwer erkrankt. Die bei einer schweren oder im Verlauf einer chronischen Krankheit heute – und künftig wohl noch vermehrt – anfallenden Kosten vermögen auch viele Arbeitnehmer mit überdurchschnittlichem Einkommen ebenso wie Selbständige oder Unternehmer nicht mehr zu tragen. Insofern erscheint eine generelle Versicherungspflicht unabhängig von allen anderen, teilweise stark divergierenden Reformvorschlägen geboten. Dies

¹⁸ Zudem besitzt der Versicherte in den Niederlanden bei Überschreiten dieser Grenze kein Wahlrecht, sondern muss die gesetzliche bzw. soziale Krankenversicherung verlassen.

¹⁹ Versicherte in der PKV zahlen zwar vielfach für weitgehend gleiche Leistungen höhere Entgelte als die GKV, was den Leistungserbringern zugute kommt, aber hier handelt es sich um eine ordnungspolitisch unbefriedigende Kompensation.

gilt unbeschadet der gewählten Versicherungsform auf Grundlage von GKV oder PKV- Modalitäten.

3.3.2 Beitragsbemessungsgrundlage und Tarif unter Verteilungsaspekten

Die GKV versucht, dem Postulat der Verteilungsgerechtigkeit durch ihre Orientierung am sog. *Solidarprinzip* zu entsprechen. Die resultierende Ausrichtung zielt primär in zeitlich horizontaler Betrachtung auf die intragenerative Gerechtigkeit und enthält explizit kaum intergenerative oder auch nur intertemporale, d. h. auf die gesamte Lebenszeit eines Individuums bezogene, Verteilungselemente. Der Begriff „Solidarität“ unterliegt ähnlich wie jener der „Gerechtigkeit“ oder andere moralische Wertbegriffe wie Fairness, Eigenverantwortung und Mündigkeit, „gemeinhin einem Leerformelverdacht“ (Akademie für Ethik in der Medizin e.V. 1994, S. 9). Der Versuch einer gewissen Konkretisierung kann zum einen an der Ausgaben- bzw. Leistungsseite und zum anderen an der Einnahmenseite bzw. der Beitragsgestaltung ansetzen. Die Ausgabenseite der GKV trägt dem Solidarprinzip insofern Rechnung, als die Versicherten unabhängig von ihrer Beitragszahlung – und damit von ihrem Arbeitsentgelt und ihrem beruflichen Stand – den gleichen Anspruch auf gesundheitliche Leistungen besitzen²⁰.

Das Schwergewicht des Solidarprinzips in der GKV liegt auf der Finanzierungsseite, d. h. in der Beitragsgestaltung. Die geltende solidarische Finanzierung vermag sich im Unterschied zum Äquivalenz- und Leistungsfähigkeitsprinzip aber nicht auf eine konsistente ökonomische Theorie zu stützen. Sie stellt vielmehr ein historisch gewachsenes Mixtum aus Elementen der individuellen Äquivalenz (z. B. Krankengeld, Beitragsbemessungsgrenze), der gruppenmäßigen Äquivalenz (Beiträge statt risikoäquivalenter Prämien oder allgemeiner Steuern) und des Leistungsfähigkeitsprinzips (einkommens- bzw. entgeltabhängige Beiträge) dar. Das Solidarprinzip, an dem sich die Finanzierung in der GKV orientiert, bildet kein theoretisch fundiertes Paradigma, aus dessen Normen sich zwingende oder schlüssige Aussagen über die „optimale Beitragsgestaltung“ ableiten lassen.

Die spezifisch solidarische Finanzierung der GKV, die sich in distributiver Hinsicht von einer privaten Versicherung mit risikoäquivalenten Prämien unterscheidet, besteht in Form einer ex ante- Umverteilung von

- niedrigen zu hohen Gesundheitsrisiken (Risikoausgleich),

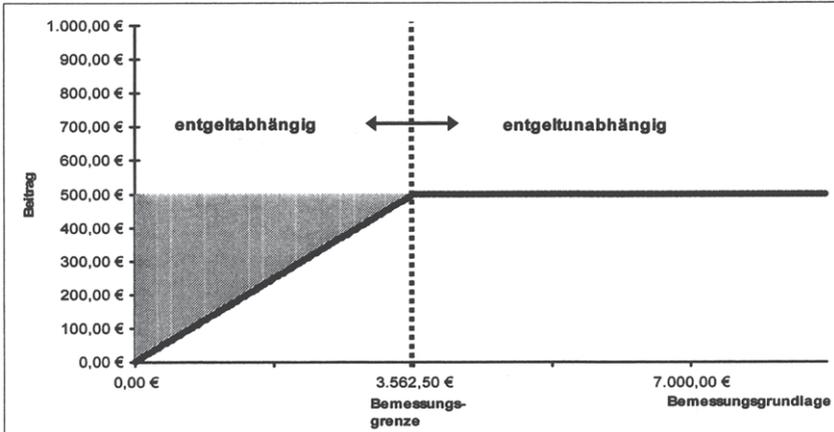
²⁰ Eine Ausnahme bildet das Krankengeld, das aber nicht in die gesundheitliche Leistungserstellung fließt, sondern dazu dient, als Krankheitsfolgeleistung den krankheitsbedingten Ausfall des Arbeitsentgeltes zu kompensieren.

- von Beziehern höherer Arbeitsentgelte zu solchen mit niedrigeren Löhnen und Gehältern (Einkommensumverteilung),
- von Alleinstehenden zu kinderreichen Familien (Familienlastenausgleich) sowie
- von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich)

Zudem unterliegen bei der GKV im Unterschied zur PKV alle Krankenkassen einem Kontrahierungszwang und einem Diskriminierungsverbot. Das solidarische Finanzierungselement erfuhr darüber hinaus noch durch den bundesweiten, kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (RSA) eine Ausdehnung bzw. Intensivierung, denn dieser führte zu einer deutlichen Reduktion der Beitragssatzunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen und damit auch zwischen Wirtschaftsbranchen und Regionen. Der RSA und die unterschiedlichen Beitragssätze der einzelnen Krankenkasse grenzen auf zwei unterschiedlichen, vertikal verschachtelten Ebenen verschiedene Solidargemeinschaften voneinander ab. Die GKV bildet dabei insofern die übergreifende Solidargemeinschaft, als der Verlust eines guten bzw. niedrigen Gesundheitsrisikos, z. B. durch Wechsel in die PKV, nicht nur der abgebenden Krankenkasse, sondern infolge des RSA der gesamten GKV, d. h. allen Krankenkassen, finanziell schadet. Unterhalb dieser übergreifenden Solidargemeinschaft stellen dann die einzelnen Krankenkassen eigene Solidargemeinschaften dar, die sich derzeit im Wesentlichen durch unterschiedliche Beitragssätze und einige wenige Satzungsleistungen voneinander abgrenzen.

Während bei Pflichtmitgliedern die Beitragsbemessungsgrundlage in der Regel nur aus dem Arbeitsentgelt und dem Zahlbetrag der Rente besteht, setzt die Beitragsbemessung bei freiwilligen Mitgliedern an der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit an, d. h. die beitragspflichtigen Einnahmen bilden hier alle Einkunftsarten. Der Beitragstarif verläuft bis zur Beitragsbemessungsgrenze von derzeit (2007) 3.562,50 Euro pro Monat linear. Die Beitragsbemessungsgrenze teilt, wie Abbildung 15 illustriert, den Tarif in einen entgelt- bzw. einkommensabhängigen Teil, der Entgelte bis zu dieser Grenze umfasst, und einen entgeltunabhängigen Teil jenseits dieser Grenze. Bei allen Entgelten, die sich über dieser Grenze befinden, entrichtet das Mitglied (einschließlich seines Arbeitgeberanteils) einen Pauschalbeitrag, der sich als Produkt aus Beitragssatz und Bemessungsgrenze ergibt.

Abbildung 15: Der Beitragstarif in der GKV



Quelle: Eigene Darstellung.

Das Solidarprinzip äußert sich hier darin, dass Mitglieder mit einem höheren Entgelt solche mit einem niedrigeren unterstützen. Diese Unterstützung erfolgt allerdings ab der Beitragsbemessungsgrenze²¹ nicht mehr entgelt- bzw. einkommensabhängig, denn ein Mitglied mit beitragspflichtigen Einnahmen von monatlich 7.000,00 Euro oder mehr leistet ceteris paribus den gleichen Solidarbeitrag wie ein Mitglied mit einem Entgelt von 3.562,50 Euro pro Monat. Die verschiedenen Umverteilungsprozesse erfolgen innerhalb der GKV derzeit im Prinzip über eine lineare Lohnsteuer mit Bemessungsgrenze.

Die eingegrenzte sowie für Pflicht- und freiwillige Versicherte der GKV unterschiedliche Beitragsbemessungsgrundlage kann zu klaren Verstößen sowohl gegen das Äquivalenz-, als auch gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip führen. Der folgende Vergleich unterstellt, dass drei Mitglieder über ein jeweiliges monatliches Gesamteinkommen von 3.400,00 Euro verfügen und einem Beitragsatz von 14% (einschließlich Arbeitgeberanteil) unterliegen. Mitglied A erziele in dieser Höhe ein Arbeitseinkommen und entrichtet somit einen monatlichen Beitrag von 476,00 Euro. Mitglied B verfügt nur über ein entsprechendes Arbeitseinkommen von 1.700,00 Euro, erhält aber aus Zins- und Mieteinnahmen, die aus einer Erbschaft stammen, weitere 1.700,00 Euro pro Monat. Bei gleichem Gesamteinkommen wie Mitglied A zahlt Mitglied B nur einen Monatsbeitrag von 238,00 Euro. Mitglied C weise mit ebenfalls 1.700,00 Euro Zinsen pro

²¹ Diese Feststellung spricht nicht gegen diese Grenze, denn ohne sie mündet der Beitragstarif in eine lineare Lohn- bzw. Einkommensteuer und neben der hohen Grenzabgabenbelastung der Betroffenen ginge die GKV ihres Versicherungscharakters verlustig.

Monat dieselbe Einkommensstruktur wie Mitglied B auf, unterliegt aber infolge seiner Selbständigkeit als freiwillig Versicherter mit allen Einkünften der Beitragspflicht, d. h. sein monatlicher Beitrag beläuft sich wie bei Mitglied A auf 476,00 Euro pro Monat.

Neben der Fassung der Beitragsbemessungsgrundlage kann auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen zu distributiven Verwerfungen führen, die sowohl dem Äquivalenz- als auch dem Leistungsfähigkeitsprinzip zuwiderlaufen. Eine Familie A, in der beide Partner ein monatliches Arbeitsentgelt in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze erzielen, entrichtet bei einem Beitragssatz von 14% mit 997,50 Euro pro Monat doppelt so hohe Beiträge wie eine Familie B, in der ein Partner monatlich 7.125,00 Euro - oder sogar erheblich mehr - verdient und der andere Partner kein beitragspflichtiges Einkommen bezieht. Verteilungspolitische Verwerfungen können sogar dann auftreten, wenn bei Familien mit gleichem Gesamtentgelt beide Partner einer beruflichen Tätigkeit nachgehen. Liegt z. B. bei Familie C das Arbeitsentgelt des einen Partners mit 5.500,00 Euro deutlich über und das des anderen Partners mit 1.475,00 Euro spürbar unter der Beitragsbemessungsgrenze, so erfährt diese Familie trotz gleichem Gesamtentgelt mit monatlich 705,25 Euro eine spürbar niedrigere Beitragsbelastung als Familie A. Da beide Familien bezogen auf die Arbeitsentgelte die gleiche finanzielle Leistungsfähigkeit und mit Ausnahme des Krankengelds auch den gleichen Anspruch auf medizinische Leistungen besitzen, liegt hier ebenfalls ein Verstoß gegen das Leistungsfähigkeits- und das Äquivalenzprinzip vor, der vor allem durch die Kombination mit der Beitragsbemessungsgrenze zum Tragen kommt.

Da Kinder, und hier insbesondere Jugendliche, im Durchschnitt relativ geringe Krankheitskosten verursachen, begünstigt der Familienlastenausgleich in der GKV Familien mit Kindern in geringerem Maße als ältere Ehepaare ohne Kinder, bei denen nur ein Partner das Haushaltseinkommen verdient (vgl. Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung sozialer Sicherungssysteme 2003, S. 145). Der Familienlastenausgleich in der GKV wirkt intransparent, fördert in verteilungspolitischer Hinsicht nicht zielgenau, sondern teilweise zielkonform und stellt letztlich „kein effizientes Mittel zur gesamtgesellschaftlichen Familienpolitik dar“ (ebenda, S. 144).

3.3.3 Die Intransparenz der Verteilungseffekte

Wie bereits erwähnt, konzentriert sich das Solidarprinzip in der GKV nur auf die intragenerativen Verteilungseffekte. Diese weisen jedoch schon bei zeitlich horizontaler Betrachtung insofern eine hohe Intransparenz auf, als sich die Umverteilungswirkungen, die vom Risikoausgleich, von der Einkommensumverteilung, vom Familienlastenausgleich und dem Generationenausgleich ausgehen,

vielfach unüberschaubar überlagern (vgl. Breyer, F. et al. 2004, S. 88). Dabei können diese (ex ante) - Umverteilungseffekte auch teilweise gegenläufige Tendenzen aufweisen. So befindet sich ein Familienvater mit geringem Krankheitsrisiko und überdurchschnittlichem Arbeitsentgelt sowie einer kinderreichen Familie mit einem kranken Kind im Hinblick auf den persönlichen Risikoausgleich und die Einkommensumverteilung in der Position des Nettozahlers, hinsichtlich des „Familienlastenausgleichs“ in der des Nettoempfängers. Angesichts der vier Umverteilungselemente, die in unterschiedliche Richtungen wirken können, bleibt der distributive Saldo eines Versicherten quantitativ intransparent und häufig auch in seinem Vorzeichen unklar. So kann ein Versicherter mit mittlerem Arbeitsentgelt und niedrigem Krankheitsrisiko die Position eines Nettozahlers und ein Versicherter mit hohem Arbeitsentgelt aber hohem Krankheitsrisiko diejenige eines Nettoempfängers einnehmen.

Diese Intransparenz verstärkt sich noch bei einer intertemporalen Betrachtung, die auf die gesamte Lebenszeit eines Individuums abstellt. Aus dieser Perspektive können sich im Zeitablauf für einen Versicherten sogar die Vorzeichen der distributiven Effekte bei jedem der vier Umverteilungselemente ändern. Beim Generationen- und Familienlastenausgleich geschieht dies fast zwangsläufig. So entrichtet ein junges Mitglied in der GKV einen höheren als altersadäquaten Beitrag, um im Alter einen niedrigeren als altersspezifischen zu zahlen. Sofern dieses Mitglied zeitlebens in der GKV bleibt und als normales Risiko eine durchschnittliche Lebenserwartung aufweist, treten hier bei gegebener demographischer Struktur im Hinblick auf das Umverteilungselement Generationenausgleich aus intertemporaler Sicht kaum distributive Effekte auf. Auch beim Familienlastenausgleich nimmt ein Versicherter bzw. Haushalt oft nur temporär die Position eines Nettoempfängers ein, um danach, d. h. wenn die Kinder den elterlichen Haushalt verlassen, wieder in die des Nettozahlers zu wechseln. In deutlich abgeschwächter Form kann dies auch beim Risikoausgleich und der Einkommensumverteilung geschehen, obgleich ein Vorzeichenwechsel der distributiven Effekte hier nicht den Regelfall bilden dürfte. Insgesamt gesehen fallen die Umverteilungswirkungen der solidarischen Finanzierung im Längsschnitt deutlich schwächer aus, als dies bei horizontaler Betrachtung den Anschein besitzt.

Diese Intransparenz über die intragenerativen Umverteilungswirkungen der Beitragsgestaltung erfahren neben den zusätzlichen intergenerativen Effekten vor allem noch dadurch eine erhebliche Verstärkung, dass im deutschen Sozialsystem die distributiven Wirkungen der einzelnen Sozialversicherungszweige in nicht erkenntlicher Koordination neben jene des Steuer- und Transfersystems treten. So besitzt z. B. ein Versicherter mit einem Arbeitsentgelt von monatlich 3.450,00 Euro, durch Kumulation von Sozialversicherungsbeiträgen und Einkommensteuer, eine höhere Grenzabgabenbelastung als ein Individuum mit einem monatlichen Einkommen von über 7.000,00 Euro oder darüber. Im Sinne

einer transparenten öffentlichen Aufgabenerfüllung fehlt es an einer klaren Trennung zwischen der allokativen Zielsetzung, das Krankheitsrisiko für jeden Bürger abzusichern und verteilungspolitischen Funktionen. Diese können mit spezifischen Instrumenten der Steuer- und Transferpolitik integriert, d. h. institutionell konzentriert, zielgenauer erfüllt werden. Es bestünde dann auch Klarheit darüber, wieviel Ressourcen in die Gesundheitsversorgung fließen und welche Aufwendungen die Realisierung von Verteilungszielen verursacht. Schließlich bewahrt eine Aufgabentrennung, bei der Institutionen entweder allokativ oder distributive Ziele anvisieren, eine Krankenversicherung vor einigen Zielkonflikten, mit denen sich die GKV im geltenden System konfrontiert sieht.

Die Feststellung, dass die Verteilungswirkungen der GKV wie des gesamten deutschen Sozialsystems ein hohes Maß an Intransparenz aufweisen, gilt unbeschadet des Umstandes, dass das Solidarprinzip der GKV, wie mehrere Umfragen belegen (siehe Wasem, J. 1999, S. 62ff.; Zok, K. 1999 und 2003, S. 37ff.; Böcken, J. 2002, S. 150), immer noch auf eine hohe Akzeptanz stößt²². Zunächst beinhalten diese Umfragen nur die Ergebnisse genereller, qualitativer Aussagen zum Pro und Contra der jeweiligen Umverteilungselemente und erlauben keine Rückschlüsse auf die quantitativen Effekte. Zudem impliziert die Forderung nach einer transparenten Trennung von Gesundheitsversorgung und Distribution, keine Suspendierung, sondern nur eine organisatorische und instrumentale Verlagerung der Verteilungspolitik.

3.3.4 Fehlende Nachhaltigkeit mit negativen Beschäftigungs- und Wachstumswirkungen

Das bestehende System der GKV besitzt keine Nachhaltigkeit, denn es vermag, wie oben ausführlich dargelegt, aufgrund der Wachstumsschwäche seiner Einnahmehasis schon bei gegebenen Rahmenbedingungen die erforderlichen Gesundheitsausgaben, unter Wahrung des Postulates der Beitragssatzstabilität, nicht zu finanzieren. Die fehlende Nachhaltigkeit führte, um den Anstieg der Beitragssätze abzubremsen, zu fast fortwährenden diskretionären Eingriffen mit Einschränkungen des Leistungskataloges und Erhöhungen von Selbstbeteiligungen der Versicherten bzw. Patienten. Da diese Leistungskürzungen die unteren Einkommenschichten – teilweise auch absolut, aber sicher relativ – stärker treffen, bestehen hier auch Wechselwirkungen zwischen Nachhaltigkeit und Verteilungszielen. Fehlende Nachhaltigkeit induziert in der Regel verteilungspolitisch problematische Eingriffe auf der Leistungs- und/oder Finanzierungsseite. Da die

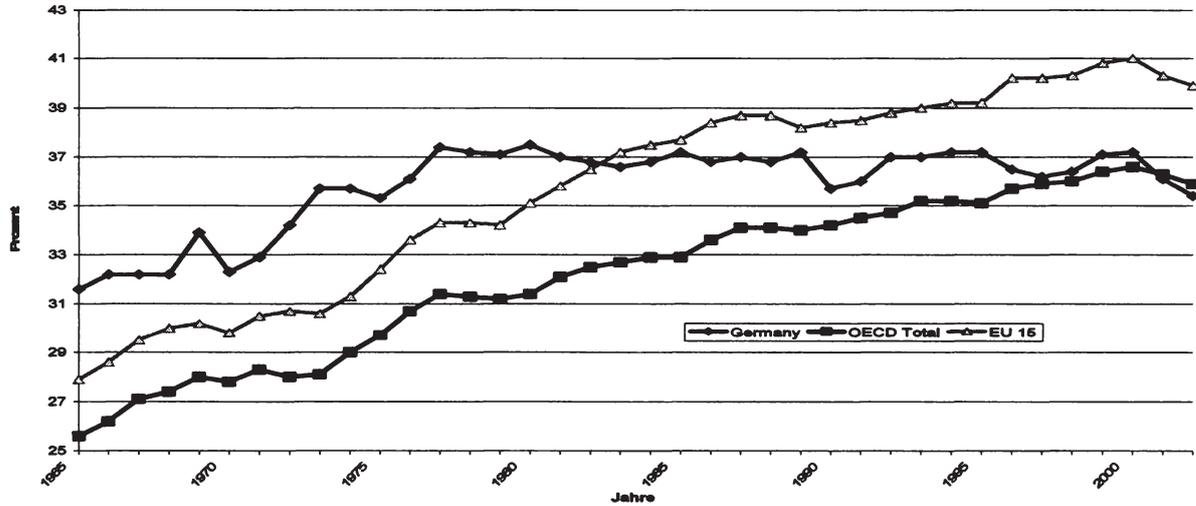
²² Dabei deutet sich allerdings im Hinblick auf die Unterstützung von Familien durch Alleinstehende bzw. den Familienlastenausgleich, den in der neuesten Umfrage (vgl. Böcken, J. 2002, S. 152) nur noch 55% der Befragten befürworten, eine abnehmende Akzeptanz an.

Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis auf absehbare Zeit anhalten dürfte und bei sich ändernden Rahmenbedingungen mit den Effekten, die aus dem demographischen Wandel und möglicherweise aus einem sich intensivierenden medizinischen Fortschritt erwachsen, weitere fiskalische Belastungen hinzutreten, erscheint keine finanzielle Stabilisierung des geltenden Systems absehbar. Bei gegebenen Finanzierungsstrukturen drohen entweder stark steigende Beitragssätze und/oder empfindliche Rationierungen auf der Leistungsseite.

Von Rationierungen auf der Leistungsseite der GKV gehen nicht nur negative Verteilungseffekte aus, sie beeinträchtigen auch die Wachstums- und Beschäftigungschancen, die das arbeitsintensive Gesundheitswesen bietet. Steigende Beitragssätze belasten den Arbeitsmarkt und entfalten dort negative Beschäftigungswirkungen. Sie treiben einen Keil zwischen die realen Bruttolohnkosten, die für die Entscheidungen der Unternehmen Relevanz besitzen und die realen Nettoverdienste der Arbeitnehmer, an denen sich die Forderungen der Gewerkschaften orientieren (vgl. Farhauer, O., Borchardt, K. und Stargardt, T. 2004, S. 5ff.). Auf diese Entwicklung reagieren die Unternehmungen mit einer verstärkten Kapitalintensivierung sowie einer Verlagerung der Produktion ins Ausland und die Arbeitnehmer mit einer Reduktion des Arbeitsangebotes sowie einem Ausweichen in die Schattenwirtschaft. Diese Kluft zwischen den Nettolöhnen, die ein Beschäftigter erhält und dem Bruttolohn, den ein Nachfrager verdienen muss, um eine Arbeitsstunde zu finanzieren, hemmt vor allem die Nachfrage privater Haushalte nach Dienstleistungen. Dies betrifft die unteren Lohnsegmente besonders stark. An die Stelle einer Ausweitung des offiziellen Dienstleistungssektors tritt dann eine Intensivierung der Schattenwirtschaft. Diese Reaktionen führen wiederum ihrerseits im Sinne eines *circulus vitiosus* zu Steuer- und Beitragsmindereinnahmen und damit *ceteris paribus* zu Beitragssatzerhöhungen. Über die negativen Wachstums- und Beschäftigungswirkungen steigender Beitragssätze sollte auch der empirische Befund nicht hinwegtäuschen, dass die Abgabenquote, d. h. die Summe aus Steuern und Sozialabgaben in Relation zum BIP²³, aus internationaler Perspektive in Deutschland eher moderat anstieg (siehe Wille, E. 2001a, S. 4ff.; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, Ziffer 86ff.). Wie Abbildung 16 illustriert, liegt die deutsche Abgabenquote, die im Unterschied zu den meisten anderen Ländern

²³ Ein Vergleich der gesamten öffentlichen Abgaben bietet sich hier zunächst insofern an, als die Mehrzahl der früheren bzw. alten EU-Staaten ihre Gesundheitsausgaben im Unterschied zu Deutschland weniger durch Sozialabgaben als durch allgemeine oder spezifische Steuern finanziert. Ein isoliertes Benchmarking jener Sozialabgaben, die auf das Gesundheitswesen entfallen, würde insofern zu Fehlschlüssen über die jeweilige Belastung von Unternehmen und Haushalten sowie über die internationale Wettbewerbsfähigkeit führen.

Abbildung 16: Die Entwicklung der Abgabenquoten von Deutschland, der EU und den OECD- Staaten von 1965 bis 2005



(1) Ab 1991 Werte für Gesamtdeutschland; (p) prognostizierte Werte.
Erstellt nach OECD, Revenue Statistics 1965 - 2005, Paris 2006, S. 70ff, 100ff.

Tabelle 2: Steuern und Sozialabgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt im internationalen Vergleich

Jahr	Land												EU 15 ²⁾		OECD ²⁾	
	FRA		GER		AT		JAP		UK		USA		ST ³⁾	SO ⁴⁾	ST ³⁾	SO ⁴⁾
	ST ³⁾	SO ⁴⁾														
1965	22,7	11,8	23,1	8,5	25,5	8,4	14,2	4,0	25,7	4,7	21,4	3,3	21,6	6,3	20,9	4,7
1970	21,5	12,2	22,5	9,8	25,3	8,6	15,2	4,4	31,8	5,2	22,7	4,3	22,9	6,9	22,5	5,3
1975	21,1	14,4	23,3	12,0	26,6	10,1	14,8	6,1	29,1	6,2	20,4	5,2	23,5	8,9	23,1	6,6
1980	23,0	17,2	24,6	12,9	26,9	12,1	18,0	7,4	29,3	5,9	20,6	5,8	25,1	10,0	24,2	7,2
1985	24,1	18,3	23,6	13,6	27,9	13,0	19,1	8,3	31,0	6,7	19,2	6,4	27,0	10,7	25,2	7,7
1990	23,6	18,6	22,3	13,4	26,6	13,0	21,4	7,7	30,3	6,2	20,4	6,9	27,6	10,8	26,3	7,9
1995	24,5	18,4	22,7	14,5	26,3	14,8	17,9	9,0	28,8	6,2	21,0	6,9	27,7	11,5	26,1	9,0
2000	28,4	16,0	22,7	14,5	28,0	14,6	17,6	9,5	30,9	6,3	23,0	6,9	29,7	11,3	27,5	9,1
2003	26,8	16,3	21,1	14,4	28,4	14,5	15,8	9,9	28,9	6,5	18,9	6,8	28,3	11,4	26,3	9,5
2004	27,3	16,1	20,6	14,1	28,2	14,4	16,4	10,0	29,2	6,8	18,8	6,7	28,4	11,3	26,5	9,4
2005 ¹⁾	28,0	16,3	20,8	13,9	27,5	14,4			30,2	7,0	20,2	6,6				

1) Schätzungen.

2) Ungewichtetes Mittel.

3) Steuereinnahmen in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (in Prozent).

4) Sozialabgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (in Prozent).

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus OECD, Revenue Statistics 1965-2005, Paris 2006, S. 70ff, 100ff.

zwischen 1975 und 1990 kaum anstieg, nach einer vornehmlich vereinigungsbedingten Zunahme inzwischen wieder auf OECD-Niveau und deutlich unter dem Durchschnitt der alten EU-Länder. Während im Zeitraum von 1965 bis 2002 die Steuerquote in Deutschland annähernd konstant blieb, nahm, wie Tabelle 2 ausweist, die Sozialabgabenquote von 8,5% auf 13,9% deutlich zu. Das im Vergleich zu den Steuern stärkere Wachstum der Sozialabgaben findet sich zwar tendenziell auch im EU- und OECD-Bereich, fällt aber in Deutschland besonders stark aus. So verzeichnet Deutschland im Vergleich zum Durchschnitt von EU- und OECD-Ländern zwar eine deutlich niedrigere Steuerquote, aber eine spürbar höhere Sozialabgabenquote. Als allgemeine Gründe für den vergleichsweise stärkeren Anstieg der Sozialabgaben lassen sich – auch im internationalen Kontext – anführen:

- eine stärkere Finanzierung der sozialen Sicherung über Sozialabgaben und weniger über Steuern,
- die Gewährung zusätzlicher sozialer Leistungen und/oder die Einführung neuer Zweige in die Sozialversicherung, wie z. B. die Pflegeversicherung,
- die Erweiterung des Versichertenkreises um fiskalisch schlechte Risiken, wie z. B. selbständige Landwirte und deren mitarbeitende Familienangehörige sowie Schwerbehinderte und
- die zunehmende Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen über Sozialabgaben statt über Steuern und die intensivere Nutzung der Kreditfinanzierung zur Deckung der Staatsausgaben.

Entwicklung und derzeitiges Niveau der öffentlichen Gesamtabgaben sprechen im internationalen Vergleich zunächst nicht für Wettbewerbsnachteile deutscher Unternehmen. Bei diesem Vergleich fällt jedoch auf, dass Deutschland, wie auch Frankreich, einen hohen Anteil von Sozialabgaben an den öffentlichen Gesamtausgaben besitzt. Die Relation von Sozialabgaben- zu Steuerquote beträgt in Deutschland 68,4%, während diese (unechte) Quote im Bereich der EU nur bei 39,8% und in der OECD bei 35,5% liegt. Um vergleichende Aussagen über die Wirkungen, die von den jeweiligen nationalen Abgabensystemen auf Wachstum und Beschäftigung ausgehen, ableiten zu können, bedarf es zweifellos detaillierter Informationen und Analysen über die Steuerstrukturen, das Lohnniveau und seine Struktur sowie die Flexibilität bzw. Rigidität der Arbeitsmärkte. Mit Blick auf die künftige Entwicklung spielen auch die unterschiedlichen Herausforderungen, die aus dem demographischen Wandel erwachsen, eine relevante Rolle. Vor dem Hintergrund einer hohen Arbeitslosigkeit und eines bescheidenen Wirtschaftswachstums sowie von Prognosen, nach

denen unter Status quo-Bedingungen Beitragssätze in der Sozialversicherung bis zum Jahre 2025 (2050) von über 51% (65%) drohen (vgl. Breyer, F. et al. 2004, S. 148), steht die Gesundheitspolitik auch vor der Aufgabe, die Finanzierung der GKV wachstums- und beschäftigungskonform zu gestalten

3.4 Zwischenfazit

Um einer kasuistischen Argumentation vorzubeugen, sollten an den Beginn von Überlegungen zur Reform der Krankenversicherung bzw. zur Finanzierungsreform der GKV explizite Zielvorstellungen treten. Die Beachtung des weiten Zielspektrums der Gesundheitsversorgung dient auch dazu, zu vermeiden, dass sich die Analyse allzu einseitig auf fiskalische Ziele und die Empfehlungen entsprechend auf Kostendämpfungsmaßnahmen beschränken. Aus der allokativen, distributiven und fiskalischen Zielsetzung lassen sich die Leitlinien Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung, Autonomie und Eigenverantwortung von Versicherten und Patienten, Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Stabilität und Transparenz sowie Rechts- und Planungssicherheit ableiten. Vor dem Hintergrund einer hohen Arbeitslosigkeit und einer schwach wachsenden Wirtschaft tritt die Konformität mit Wachstums- und Beschäftigungszielen hinzu.

Die Realisierung dieser Ziele und Leitlinien verfehlt das geltende System der GKV in vielerlei Hinsicht. Es fehlt zunächst eine allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung, die verhindert, dass der Gesellschaft durch Trittbrettfahrerverhalten und/oder Unterschätzung des zukünftigen Krankheitsrisikos finanzielle Belastungen entstehen. Die willkürliche Versicherungspflichtgrenze führt dazu, dass sich die PKV-Versicherten, die überwiegend ein höheres Arbeitsentgelt beziehen, nicht an der Umverteilung in der GKV beteiligen. Da Versicherte mit einem Arbeitsentgelt oberhalb dieser Grenze ein Wahlrecht besitzen, erfolgt hier zudem eine Risikoselektion zu Ungunsten der GKV. Die Segmentierung in zwei verschiedene Versicherungsmärkte beeinträchtigt auch den Wettbewerb, denn dieser erfolgt zwischen GKV und PKV unter ungleichen Rahmenbedingungen und nur oberhalb der Versicherungspflichtgrenze.

Die Beitragsbemessung orientiert sich in der GKV am theoretisch wie inhaltlich äußerst unscharfen Solidarprinzip und weist eine Vielzahl verteilungspolitischer Verwerfungen auf. Der Beitragstarif entspricht einer linearen Lohnsteuer mit Bemessungsgrenze. Abgesehen davon, dass jenseits dieser Grenze alle Versicherten unabhängig von ihrem Arbeitsentgelt den gleichen Solidarbeitrag leisten, diskriminiert die Beitragsbemessung Bezieher von Arbeitsentgelten gegenüber Versicherten, die andere Einkünfte, wie z. B. Zinsen und Mieten, beziehen. Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen begünstigt, teilweise in krasser Form, Einverdienerehepaare gegenüber Zweiverdienerehepaaren, die im Extremfall bei gleichem oder geringerem Haushaltseinkommen doppelt so

hohe Beiträge entrichten. Selbst bei gleichem Haushaltseinkommen bzw. Arbeitsentgelt können für verschiedene Zweiverdienerehepaare unterschiedliche Beiträge anfallen, sofern das Entgelt eines Partners oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

Die Verteilungseffekte, die vom Risikoausgleich, von der Einkommensumverteilung, vom Familienlastenausgleich und dem Generationenausgleich ausgehen, überlagern sich schon bei horizontaler Betrachtung vielfach in höchst intransparenter Weise. Dabei können auch vom Vorzeichen her gegenläufige Effekte auftreten. Diese intransparenten Effekte, die auch eine effektive Verteilungspolitik verhindern, resultieren letztlich aus der mangelnden instrumentalen Trennung einer allokativ orientierten Gesundheitspolitik und einer Verteilungspolitik, die im Rahmen von Steuern und Transfers transparenter und gerechter erfolgen kann. Es geht dabei nicht um den Verzicht auf distributive Elemente, sondern um ihre adäquate, d. h. zielbezogene, Finanzierung.

Das geltende System der GKV vermag keine Nachhaltigkeit und schon gar keine Stabilität zu gewährleisten. Selbst bei gegebenen Rahmenbedingungen gelang es trotz zahlreicher diskretionärer Eingriffe nicht, den anvisierten Leistungsumfang bei stabilen Beitragssätzen zu finanzieren. Die fehlende Nachhaltigkeit löste u. a. Einschränkungen des Leistungskataloges und Erhöhungen von Selbstbeteiligungen aus und führte somit mittelbar zu verteilungspolitisch problematischen Eingriffen. Steigende Beitragssätze, die ebenfalls aus einer mangelnden Nachhaltigkeit resultieren, belasten den Arbeitsmarkt und beeinträchtigen die Beschäftigungs- und Wachstumschancen, die das arbeitsintensive Gesundheitswesen eröffnet. Die Entwicklung und das Niveau der öffentlichen Gesamtausgaben deuten im internationalen Vergleich zwar nicht auf Wettbewerbsnachteile deutscher Unternehmen hin, es fällt jedoch der hohe Anteil von Sozialabgaben an den öffentlichen Gesamtabgaben auf, d. h. Deutschland besitzt eine niedrige Steuerquote, aber eine relativ hohe Sozialabgabenquote. Unabhängig vom internationalen Wettbewerb treiben hohe und steigende Sozialabgaben einen Keil zwischen Arbeitsangebot und -nachfrage und regen damit u. a. die Arbeitgeber zu einer verstärkten Kapitalintensivierung und die Arbeitnehmer zum Ausweichen in die Schattenwirtschaft an. Dies behindert vor allem die Ausweitung des offiziellen Dienstleistungsmarktes und zwar überproportional in den unteren Lohnsegmenten.

4 Die Reformoptionen im Überblick

Vor dem Hintergrund der im vorliegenden Kapitel dargestellten Zielverfehlungen des geltenden Systems schließt sich nun eine Darstellung möglicher Reformoptionen an. Die Darstellung verfolgt dabei nicht das Ziel allfällige Reformvorschläge erschöpfend zu erfassen, sondern vielmehr eine Systematisierung der Maßnahmen darzustellen und auf mögliche Ansatzpunkte einzugehen.

4.1 Grundsätzliche Ansatzpunkte

Obgleich sich im Anschluss an das Gutachten der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (2003, S. 149ff.) die politisch orientierten Diskussionen um eine Reform der Beitragsgestaltung in der GKV auf die beiden Optionen „Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen“ und „Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich“ konzentrierten, existiert hier im Prinzip eine Vielzahl von Reformalternativen. Diese können an unterschiedlichen Elementen und Strukturen des geltenden Beitragssystems ansetzen und auch aus zahlreichen Kombinationen dieser Elemente bestehen. Entsprechende Systematisierungen finden sich mit unterschiedlichem Spektrum auch bereits in der Literatur (vgl. Gerken, L. und Raddatz, G. 2003, S. 4ff.; Henke, K.-D. et al. 2004). Um eine Einengung des Blickfeldes zu vermeiden und damit möglicherweise wichtige Reformoptionen zu übersehen, versuchen die folgenden Ausführungen einen systematischen Überblick über dieses weitere Reformspektrum zu geben.

Grundsätzlich kann eine Finanzierungsreform in der GKV an folgenden Elementen ansetzen:

- Pflichtversichertenkreis,
- Bemessungsgrundlage,
- Beitragstarif,
- Mitversicherung von Familienangehörigen,
- Deckung der Ausgaben und
- Beteiligung des Arbeitgebers.

Diese Ansatzpunkte erlauben eine Vielzahl von Kombinationen, die eigenständige Reformoptionen darstellen. Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf Reformvorschläge, die den Pflichtversichertenkreis und die Beitragsbemessungsgrundlage betreffen (zu den übrigen Reformoptionen siehe Wille, E. 2005,

S. 140 ff.). Diese beiden Ansatzpunkte stehen derzeit sowohl in politischer als auch in wissenschaftlicher Hinsicht im Mittelpunkt der Reformdiskussion.

4.2 *Pflichtversichertenkreis und Bemessungsgrundlage*

Wie bei der Kritik am geltenden System dargelegt, teilt die Versicherungspflichtgrenze, die derzeit (2007) bei einem Arbeitsentgelt von monatlich 3.975 Euro liegt, die Bürger auf zwei unterschiedliche Versicherungsmärkte auf. Für Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt unterhalb dieser Grenze besteht eine Versicherungspflicht in der GKV, während Arbeitnehmer mit einem höheren Arbeitsentgelt die Wahl zwischen einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV und der PKV besitzen. An Stelle der geltenden Regelung bieten sich daher die folgenden Reformoptionen an:

- Absenkung der Pflichtversicherungsgrenze,
- diskretionäre Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze, z. B. auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV (2007 bei 5250 Euro pro Monat),
- Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze (noch ohne Selbständige und Beamte) und
- Einbeziehung der gesamten Bevölkerung („Bürgerversicherung“).

Der Begriff „Bürgerversicherung“ bezieht sich somit nur auf den Versichertenkreis einer sozialen Krankenversicherung und erlaubt generell keinerlei Aussagen über die anderen potentiellen Reformelemente, wie Bemessungsgrundlage, Tarifform, die Deckung der Ausgaben, die (Mit-) Versicherung von Familienangehörigen oder die Beteiligung des Arbeitgebers. Detailliertere Einblicke bietet erst die zusätzliche Heranziehung der Bemessungsgrundlage mit den folgenden Optionen:

- risikoäquivalente Prämien,
- kassenspezifische Pauschalbeiträge,
- geltende Regelung, d.h. im wesentlichen Arbeitsentgelte und Renten,
- alle Einkünfte mit Freigrenzen oder Freibeträgen bei Kapitaleinkünften und
- alle Einkünfte.

Kombinationen aus den Alternativen Pflichtversichertenkreis und Bemessungsgrundlage, die Tabelle 3 synoptisch aufzeigt, kennzeichnen dann schon in kon-

kreter Form mehrere Reformoptionen, die derzeit in Wissenschaft und Politik diskutiert werden. Dabei konzentriert sich das Interesse vor allem auf sechs Reformoptionen. Das Votum für risikoäquivalente Prämien geht konsequenterweise mit einer allgemeinen Pflicht zur Krankenversicherung bzw. der Einbeziehung der gesamten Bevölkerung einher (vgl. Oberender, P. und Fleischmann, J. 2002, S. 128ff.; Oberender, P. und Zerth, J. 2003, S. 36ff.; Kronberger Kreis 2002; Zweifel, P. und Breuer, M. 2002). Alle heutigen Krankenkassen und –versicherungen besitzen in diesem System (Feld 1) die Chance, unter gleichen Rahmenbedingungen in den Wettbewerb zu treten. Übersteigt die Prämie einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltseinkommens, erhalten die Versicherten die jeweilige Differenz aus Steuermitteln.

Kassenspezifische Pauschalbeiträge harmonieren im Prinzip sowohl mit der geltenden Pflichtversicherungsgrenze (Feld 2)²⁴, als auch mit einer Bürgerversicherung (Feld 3)²⁵. Beide Varianten der kassenspezifischen Pauschalbeiträge benötigen für Versicherte, bei denen die Gesundheitspauschale einen bestimmten Prozentsatz ihres Haushaltseinkommens übersteigt (zumeist zwischen 12,5% und 15%), ebenfalls einen sozialen Ausgleich vor. Seine Finanzierung kann

- aus dem Beitragssystem (vgl. Fritzsche, B. 2003/04),
- mit Beitragszuschüssen von außen bzw. aus dem Steuer- und Transfersystem,
- durch eine Integration in das Steuer- und Transfersystem (siehe Breyer, F. et al. 2004) oder
- mittels Kombinationen aus diesen Alternativen (vgl. Rürup, B. und Wille, E. 2004 sowie in anderer Zusammensetzung Union in Deutschland, UID 2004; siehe hierzu auch Gaßner, M., Habermann, K., und Forster, R. 2005)

erfolgen.

²⁴ Hierfür votieren z.B. Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002, Ziffer 519ff. und 2003, Ziffer 306ff., ein Teil der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme 2003, S.161ff., die Kommission „Soziale Sicherheit“ 2003, S. 22ff., der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen 2004, Rürup, B. und Wille, E. 2004 sowie Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände BDA 2004.

²⁵ Für eine solche „Bürgerpauschale“ bzw. „pauschale Bürgerversicherung“ (Farhauer, O. und Borchardt, K. 2004, S. 86ff.) plädieren u.a. Knappe, E. und Arnold, R. 2002, Henke, K.-D., Grabka, M. und Borchardt, K. 2002, Poensgen, A. 2003, S. 150ff., Wagner, G., 2003, Breyer, F. et al. 2004 sowie Farhauer, O., Borchardt, K. und Stargardt, T. 2004, S. 19f. und zuletzt auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004, Ziffer 510ff.

Tabelle 3: Kombinationen aus Pflichtversichertenkreis und Bemessungsgrundlage

Bemessungsgrundlage Pflichtversicherten- grenze	risikoäquivalente Prämien	kassenspezifische Pauschalbeiträge	geltende Regelung (im Wesentlichen Arbeitsentgelte u. Renten)	alle Einkünfte, mit Freibeträgen oder -grenzen	alle Einkünfte
Abenkung der Pflichtversicherungsgrenze	X				
geltende Regelung (75% der BBG in der GRV)	X	2	Status quo	4	
diskretionäre Anhebung (z.B. auf 100% der BBG in der GRV)	X			5	
Aufhebung (aber ohne Selbständige und Beamte)					
Einbeziehung der gesamten Bevölkerung („Bürgerversicherung“)	1	3		6	

X) Es handelt sich hier um ausgeschlossene bzw. schon konzeptionell um wenig sinnvolle Alternativen.

Eine Ausdehnung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkunftsarten, d.h. eine Erweiterung um Zinsen, Mieten, Pachten usw., bei geltender Pflichtversicherungsgrenze (Feld 4) empfehlen die Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003, S. 19) und eine Mehrheit des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003, Ziffer 203ff.; ebenso Beske, F. 2002, S. 65). Eine Minderheit dieses Rates möchte dabei die Pflichtversicherungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV anheben (Feld 5). Die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage lässt sich schließlich auch mit einer Bürgerversicherung verbinden, wofür ein Teil der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (2003, S.149ff.) und Bündnis 90/Die Grünen (vgl. Sehlen, S., Schröder, W. und Schiffhorst, G. 2004, S. 21ff.) plädieren (Feld 6). Diese Reformvariante erfasst aber nicht alle Einkünfte aus Kapitalvermögen (Feld 7), sondern sieht bei dieser Einkunftsart einen Freibetrag vor, den die geltende Regelung bei freiwillig Versicherten allerdings nicht beinhaltet.

Um die offensichtlich distributiven Verwerfungen der geltenden beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen zu beseitigen oder zumindest abzumildern, bieten sich folgende Reformalternativen an:

- Splitting-Verfahren für Ehegatten, Kinder beitragsfrei,
- Mindestbeitrag für nicht-berufstätige Ehegatten,
- Option einer Wahl zwischen Splitting-Verfahren und Mindestbeitrag,
- Pauschalbeitrag für jeden Ehepartner, Kinder beitragsfrei,
- Pauschalbeitrag für jeden Ehepartner, gruppenäquivalenter Beitrag für Kinder aus Steuermitteln sowie
- Pauschalbeitrag für jeden Ehepartner, Kinder im Bedarfsfall ausgeglichen.

Da die oben aufgelisteten Reformalternativen bei der späteren Vorstellung eines Reformvorschlages zur Diskussion stehen, beschränken sich die Ausführungen hier zunächst auf die drei Varianten, die mit einer einkommensabhängigen Bemessungsgrundlage einhergehen. Wie Tabelle 4 synoptisch aufzeigt, lassen sich die obigen drei Varianten der Mitversicherung von Familienangehörigen mit alternativen Abgrenzungen der beitragspflichtigen Einkunftsarten zu verschiedenen Reformoptionen verknüpfen. Unter verteilungspolitischen und fiskalischen Aspekten stellt die Berücksichtigung aller Einkunftsarten in Verbindung mit dem Splitting-Verfahren (Feld 1) in diesem Kontext die konsequenteste Lösung dar, gefolgt von der Alternative, die Freibeträge oder –grenzen bei den Kapitaleinkünften (Feld 2) in Abzug bringt. Das Splitting-Verfahren teilt das gemeinsame Haushaltseinkommen hälftig auf und unterwirft dann beide Ehepartner der Beitragspflicht. Es belastet auch Einverdienerfamilien, deren Haushaltseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, nicht stärker als das geltende System. Die Reformalternative, die Nicht-Arbeitseinkommen nur zur Hälfte²⁶ und mit Freibeträgen berücksichtigt und eine Wahl zwischen Splitting-Verfahren und Mindestbeitrag gestattet (Feld 3) schneidet zwar unter Zielaspekten am schlechtesten ab, besitzt aber möglicherweise im Hinblick auf seine politische Implementierung komparative Vorzüge. Für ein Splitting-Verfahren spricht sich grundsätzlich (Feld 1 oder 2), d.h. bei Ehegatten, die keine Kinder (mehr) erziehen und keine Pflegedienste verrichten, der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003, Ziffer 204) und die Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003, S. 19f.) aus (ähnlich Sehlen, S., Schröder, W. F., Schiffhorst, G. 2004, S.65ff.).

²⁶ Die Belastung anderer Einkunftsarten mit dem halben Beitragssatz muss mit Blick auf die jüngsten Reformen, die Versorgungsbezüge dem vollen Beitragssatz unterwerfen, umso kritischer beurteilt werden.

Tabelle 4: Einkommensabhängige Bemessungsgrundlage: Kombination aus Einkunftsarten und Mitversicherung von Familienangehörigen

Mitversicherung Einkunftsarten	Splitting- Verfahren	für nicht berufstätigen Ehepartner Mindestbeitrag	Wahl zwischen Splitting-Verfahren und Mindestbeitrag
alle Einkunftsarten in voller Höhe	1		
Nicht-Arbeitseinkommen zu 50 v.H.			
Freibetrag bzw. –grenze bei Kapitaleinkünften	2		
Nicht-Arbeitseinkommen zu 50 v.H. und Freibetrag bzw. –grenze bei Kapitaleinkünften			3

4.3 Exkurs: Auswertungen zu den fiskalischen Effekten einer Einbeziehung der Beamten in die GKV auf öffentliche Haushalte

Die Idee einer umfassenden Bürgerversicherung im eigentlichen Sinn setzt die Einbeziehung der Beamten in den Kreis der GKV voraus. Die folgenden Auswertungen nehmen diesen Ansatz auf und quantifizieren, soweit dies mit der derzeitigen Datenlage möglich ist, die damit verbundenen Effekte. Ziel ist es zu ermitteln, inwieweit die Abkehr von der derzeitigen Beihilferegelung fiskalische Effekte sowohl für das Krankenversicherungssystem als auch für den Staatshaushalt verursacht.

4.3.1 Die staatliche Beihilfe

Beamte besitzen Anspruch auf Beihilfe durch ihren Arbeitgeber (z. B. Kommune, Bundesland, Bundesrepublik). Diese Beihilfe tritt quasi an die Stelle eines Arbeitgeberanteils und wird durch Beihilfe-/Personalstellen geregelt. Die Beihilfe folgt, ähnlich der PKV, dem Kostenerstattungsprinzip und erstattet, abhängig vom Status der beihilfeberechtigten Beamten, unterschiedliche Kostenanteile (Beihilfesätze) der den Anspruchsberechtigten entstandenen Aufwendungen für Gesundheit. Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind allerdings für die Beamten der einzelnen Bundesländer nicht ganz einheitlich geregelt.

Die Beihilfesätze sind personenbezogen. In der Regel gilt:

- 50 Prozent für den Beihilfeberechtigten selbst (70 Prozent mit zwei oder mehr Kindern),
- 70 Prozent für Versorgungsempfänger (z. B. Pensionäre, Dienstunfähige),
- 70 Prozent für den Ehegatten,
- 80 Prozent für jedes Kind.

Wer als Beamter oder angehender Beamter Mitglied einer Krankenkasse ist, kann wählen: Er kann Mitglied der Krankenkasse bleiben, muss aber den vollen Kassenbeitrag alleine aufbringen, erhält also nicht, wie andere Arbeitnehmer, einen Arbeitgeberzuschuss. Dafür erstattet die Beihilfe in der Regel voll oder teilweise Krankheitskosten, die nicht von der Kasse übernommen werden (z. B. Chefarztbehandlung, 2. Klasse im Krankenhaus usw.).

Ergänzend übernimmt die staatliche Beihilfe auch Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. Wenngleich der Beamte mit Anspruch auf Beihilfeleistungen ebenfalls einen Arbeitnehmeranteil zu der privaten Pflegepflichtversicherung nach den dort gültigen Vorschriften und Beitragsregeln leistet, so erhält er den quasi „Arbeitnehmeranteil“ der Leistungen ebenfalls in Form einer Kostenersatzung von seiner Beihilfestelle. Insofern lassen sich die Aufwendungen für Kranken- und Pflegeversicherung gerade im Bereich der Beihilfe nicht trennen und müssen gemeinsam in die Auswertungen mit eingehen.

Nach Angaben des Sozialberichts 2005 des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung betragen die jährlichen Aufwendungen für staatliche Beihilfe im Jahr 2003 9.925 Mio. Euro. Nimmt man das Jahr 1998 mit Beihilfeaufwendungen i. H. v. 8458 Mio. Euro als Basis, stiegen die Beihilfeaufwendungen in den letzten 5 Jahren um gut 17%.

4.3.2 Berücksichtigungsfähiger Personenkreis

Um eine Abschätzung der vergleichbaren Arbeitgeberanteile anstelle von Beihilfeaufwendungen vornehmen zu können, muss zunächst die Zahl der Beamten bzw. Versorgungsempfänger ermittelt werden²⁷. Nach Angabe der Personalstandsstatistik befinden sich am 30.06.2004 im mittelbaren und unmittelbaren öffentlichen Dienst ca. 4,7 Mio. Beamte, Richter, Berufs- und Zeitsoldaten sowie Angestellte (vgl. Tabelle 5). Nicht alle diese Beschäftigten gehen in die folgenden Auswertungen ein. So sind die Angestellten bereits jetzt weitgehend ohne Beihilfeanspruch und der öffentliche Arbeitgeber entrichtet für diese einen Arbeitgeberanteil außerhalb der für Beamten typischen Beihilferegelung. Berufs- und Zeitsoldaten genießen zumindest für ihre eigene Person freie Heilsfürsorge. Eine gänzliche Überführung in die GKV bzw. die Gewährung eines Arbeitgeberanteils kommt hier allenfalls für die berücksichtigungsfähigen Famili-

²⁷ Die vorliegenden Statistiken erlauben nicht zwischen Beamten in gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zu unterscheiden. Da die meisten Beamten schon alleine wegen der günstigeren Regelung des Beihilfeanspruches eine Absicherung bei einer PKV wählen, nicht zuletzt um nicht den vollen Beitragssatz der GKV alleine aufbringen zu müssen, werden hier alle Beamte als PKV-Versichert eingestuft. Weiterhin bleibt anzumerken, dass die Beihilfe auch bei Mitgliedern der GKV Aufwendungen erstattet, die außerhalb des GKV Leistungsumfanges liegen (wie z. B. Untersuchungen bei ausschließlich privatliquidiationsberechtigten Ärzten).

enmitglieder in Frage, da dieser Personenkreis ansonsten eine doppelte Absicherung erzielte. Die Überführungsmodalitäten entziehen sich in diesem Rahmen somit einer grundsätzlichen Klärung, da für eine adäquate Behandlung Sondertarife mit der GKV vereinbart werden müssten oder die Einrichtung der freien Heilsfürsorge entfielen, was schon aus dienstlichen Besonderheiten außerhalb der Möglichkeiten stehen dürfte. Da bei einer Ausgliederung aus der dann bestehenden allgemeinen Versicherungspflicht in der GKV aber zumindest für die im Rentenalter in der GKV abzusichernden Soldaten der Zeitraum, in dem sie sog. Anwartschaften erwirken fehlen würde nimmt die Berechnung auch die Soldaten mit auf.

Die folgende Tabelle 9 zeigt die für die Auswertung berücksichtigungsfähigen Beschäftigten des öffentlichen Dienstes auf. Diese Beschäftigten sind nicht alle in einem Vollzeit Arbeitsverhältnis. Wie Tabelle 7 ausweist, befinden sich lediglich 1,3 Mio. Beamte und Richter in einer vollen Beschäftigung. Weitere knapp 400.000 Beamte und Richter gehen keiner vollen Beschäftigung nach.

Verbucht man die Beschäftigten als Vollzeitäquivalente, so liegen nach Maßgabe der Tabelle 9 knapp 1,6 Mio. berücksichtigungsfähige Beschäftigungsverhältnisse im sog. Vollzeitäquivalent vor. Wenngleich diese Größe zunächst ohne Belang für die Auswertungen erscheint, so lässt sich nur auf diese Weise zumindest näherungsweise ermitteln, in welchem durchschnittlichen Prozentsatz für die Teilzeitbeschäftigten Beschäftigungsverhältnisse vorliegen. Entsprechend dieser Beschäftigungsverhältnisse fallen dann auch Bezüge und damit Arbeitgeberanteile an.

Die durchschnittliche Stellengröße der Teilzeitbeschäftigten gibt Tabelle 10 wieder. Dieser Wert vermag allerdings lediglich eine Näherungsgröße für die folgenden Ausführungen zu bilden, da auf Grundlage eines Durchschnittswerts keinerlei Aussage über die zugrunde liegende Verteilung getroffen werden kann. Die Aufstellung zeigt ferner, dass für den Bereich der Soldaten keine Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse vorliegen.

Da Beamte nicht Mitglieder der gesetzlichen Rentenversicherung sind, obliegen deren Altersbezüge ebenfalls dem Staatshaushalt. So sind neben den Ruhehaltsempfängern auch deren Hinterbliebene Witwen und Waisen anspruchsberechtigt, so dass im Falle einer Umstellung für diesen Personenkreis ebenfalls Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Krankenversicherung anfielen.

Tabelle 5: Beschäftigte des öffentlichen Dienstes am 30.06.2004 nach Dienstverhältnis, Laufbahngruppen und Beschäftigungsbereichen

Dienstverhältnis Laufbahngruppen (l = insgesamt, w = weiblich)	Insgesamt	Unmittelbarer öffentlicher Dienst						Zweckverbände	Bundes-eisenbahn- vermögen	Mittel- barer öffent- licher Dienst
		Bund, Länder und Gemeinden/Gv.								
		zusammen	zusammen	Bund	Länder	Gemein- den/Gv.				
Beamte und Richter	l	1 696 932	1 632 655	1 577 961	132 260	1 268 432	177 269	2 714	5 196	64 277
	w	707 181	681 370	675 912	29 138	583 948	62 626	606	4 852	25 811
Höherer Dienst	l	394 961	377 988	377 011	16 434	332 096	26 481	663	294	16 973
	w	134 401	130 842	130 705	3 872	121 566	5 267	105	32	3 559
Gehobener Dienst	l	890 709	848 272	839 736	43 802	704 740	91 194	1 428	7 108	42 437
	w	448 986	426 337	427 238	11 867	376 667	36 704	307	792	20 649
Mittlerer Dienst	l	397 949	393 399	349 304	66 860	223 340	59 104	551	43 544	4 550
	w	122 356	120 775	116 566	12 846	82 979	20 741	182	4 017	1 581
Einfacher Dienst	l	13 313	12 996	11 930	3 184	8 256	490	52	1 014	317
	w	1 436	1 416	1 403	553	736	114	2	11	22
Berufs- und Zeitsoldaten	l	187 684	187 684	187 684	187 684	-	-	-	-	-
	w	9 121	9 121	9 121	9 121	-	-	-	-	-
Höherer Dienst	l	13 608	13 608	13 608	13 608	-	-	-	-	-
	w	609	609	609	609	-	-	-	-	-
Gehobener Dienst	l	22 088	22 088	22 088	22 088	-	-	-	-	-
	w	189	189	189	189	-	-	-	-	-
Mittlerer Dienst	l	118 860	118 860	118 860	118 860	-	-	-	-	-
	w	6 165	6 165	6 165	6 165	-	-	-	-	-
Einfacher Dienst	l	33 128	33 128	33 128	33 128	-	-	-	-	-
	w	2 156	2 156	2 156	2 156	-	-	-	-	-
Angestellte ¹⁾	l	2 216 246	1 722 494	1 661 949	98 378	736 640	644 731	39 995	550	493 752
	w	1 503 485	1 170 723	1 146 271	60 984	483 704	601 583	24 053	399	332 762
Höherer Dienst	l	283 859	231 937	226 501	6 686	175 967	45 748	3 383	53	51 922
	w	121 333	102 912	101 935	2 555	80 334	19 046	951	26	18 421
Gehobener Dienst	l	581 337	438 413	426 920	16 538	215 705	196 677	9 295	198	142 924
	w	340 289	259 023	255 322	6 468	139 224	109 630	3 576	125	81 266
Mittlerer Dienst	l	1 256 750	981 541	956 226	72 352	313 121	572 755	23 014	299	275 209
	w	689 030	770 103	752 376	50 052	246 646	453 660	17 477	248	218 627
Einfacher Dienst	l	36 339	26 522	27 480	1 019	8 461	16 000	1 042	-	7 817
	w	25 408	20 349	19 643	655	5 206	13 780	706	-	5 059
Nicht zuordenbar ²⁾	l	57 961	42 061	38 820	1 583	25 686	11 551	3 261	-	15 880
	w	27 425	16 336	16 993	1 254	10 292	5 447	1 343	-	9 089
Arbeiter	l	569 010	513 223	488 384	74 343	108 795	305 246	22 311	2 528	55 787
	w	195 898	173 124	167 009	13 861	29 140	124 008	5 962	153	22 774
Insgesamt	l	4 669 872	4 066 066	3 935 998	492 686	2 116 067	1 327 246	65 020	55 038	613 816
	w	2 416 666	2 034 338	1 988 313	113 104	1 066 792	768 417	30 621	5 404	361 347

¹⁾ Einschl. Dienstleistungsangestellte bei Sozialversicherungsträgern.

²⁾ Ohne Angabe der Vergütungs- bzw. Laufbahngruppe.

Statistisches Bundesamt, Fachserie 14, Reihe 6, 2004

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005.

Tabelle 6: Berücksichtigungsfähige Beschäftigte des öffentlichen Dienstes

Dienstverhältnis —— Laufbahngruppen (i = insgesamt, w = weiblich)		Insgesamt	Unmittelbarer öffentlicher Dienst						Mittelbarer öffentlicher Dienst	
			zusammen	Bund, Länder und Gemeinden/Gv.				Zweckverbände		Bundes-eisenbahn- vermögen
				zusammen	Bund	Länder	Gemeinden/Gv.			
Beamte und Richter	i	1 696 932	1 632 655	1 577 981	132 280	1 268 432	177 269	2 714	51 960	64 277
	w	707 181	681 370	675 912	29 138	583 948	62 826	606	4 852	25 811
Höherer Dienst	i	394 961	377 988	377 011	18 434	332 096	26 481	683	294	16 973
	w	134 401	130 842	130 705	3 872	121 566	5 267	105	32	3 559
Gehobener Dienst	i	890 709	848 272	839 736	43 802	704 740	91 194	1 428	7 108	42 437
	w	448 986	428 337	427 238	11 867	378 667	36 704	307	792	20 649
Mittlerer Dienst	i	397 949	393 399	349 304	66 860	223 340	59 104	551	43 544	4 550
	w	122 356	120 775	116 586	12 846	82 979	20 741	192	4 017	1 581
Einfacher Dienst	i	13 313	12 996	11 930	3 184	8 256	490	52	1 014	317
	w	1 438	1 416	1 403	553	736	114	2	11	22
Berufs- und Zeitauskdaten	i	187 684	187 684	187 684	187 684	-	-	-	-	-
	w	9 121	9 121	9 121	9 121	-	-	-	-	-
Höherer Dienst	i	13 608	13 608	13 608	13 608	-	-	-	-	-
	w	609	609	609	609	-	-	-	-	-
Gehobener Dienst	i	22 088	22 088	22 088	22 088	-	-	-	-	-
	w	189	189	189	189	-	-	-	-	-
Mittlerer Dienst	i	118 860	118 860	118 860	118 860	-	-	-	-	-
	w	6 165	6 165	6 165	6 165	-	-	-	-	-
Einfacher Dienst	i	33 128	33 128	33 128	33 128	-	-	-	-	-
	w	2 158	2 158	2 158	2 158	-	-	-	-	-

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005.

Tabelle 7: Berücksichtigungsfähige Vollzeitbeschäftigte

Dienstverhältnis Laufbahngruppen (i = insgesamt, w = weiblich)		Insgesamt	Unmittelbarer öffentlicher Dienst					Zweck- verbände	Bundes- eisen- bahn- vermögen	Mittel- barer öffent- licher Dienst		
			zusammen	Bund, Länder und Gemeinden/Gv.			Bund				Länder	Gemein- den/Gv.
				zusammen	Bund	Länder						
Beamte und Richter	i	1 329 955	1 276 814	1 228 339	116 845	962 185	147 309	2 323	48 152	53 141		
	w	419 002	400 740	397 700	22 145	335 740	39 815	365	2 875	18 282		
Höherer Dienst	i	314 151	298 903	298 102	15 773	259 786	22 563	582	219	15 248		
	w	83 033	80 146	80 059	2 918	73 717	3 424	66	21	2 887		
Gehobener Dienst	i	654 940	620 982	613 645	37 112	502 428	74 105	1 245	6 102	33 948		
	w	252 517	238 128	237 528	8 730	205 385	23 413	185	415	14 389		
Mittlerer Dienst	i	348 514	344 862	303 485	61 039	192 253	50 193	458	40 919	3 652		
	w	82 283	81 286	78 948	10 031	56 031	12 886	114	2 234	967		
Einfacher Dienst	i	12 350	12 057	11 107	2 921	7 738	448	38	912	293		
	w	1 189	1 170	1 185	486	607	92	-	5	19		
Berufs- und Zeitsoldaten	i	187 684	187 684	187 684	187 684	-	-	-	-	-		
	w	9 121	9 121	9 121	9 121	-	-	-	-	-		
Höherer Dienst	i	13 608	13 608	13 608	13 608	-	-	-	-	-		
	w	609	609	609	609	-	-	-	-	-		
Gehobener Dienst	i	22 088	22 088	22 088	22 088	-	-	-	-	-		
	w	189	189	189	189	-	-	-	-	-		
Mittlerer Dienst	i	118 860	118 860	118 860	118 860	-	-	-	-	-		
	w	6 165	6 165	6 165	6 165	-	-	-	-	-		
Einfacher Dienst	i	33 128	33 128	33 128	33 128	-	-	-	-	-		
	w	2 158	2 158	2 158	2 158	-	-	-	-	-		

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005.

Tabelle 8: Berücksichtigungsfähige Teilzeitbeschäftigte

Dienstverhältnis Laufbahngruppen (i = insgesamt, w = weiblich)		Insgesamt	Unmittelbarer öffentlicher Dienst						Mittel- barer öffent- licher Dienst	
			zusammen	Bund, Länder und Gemeinden/Gv.				Zweck- verbände		Bundes- eisen- bahn- vermögen
				zusammen	Bund	Länder	Gemein- den/Gv.			
Beamte und Richter	i	366 977	355 841	351 642	15 435	306 247	29 960	391	3 808	11 136
	w	288 179	280 630	278 212	6 993	248 208	23 011	241	2 177	7 549
Höherer Dienst	i	80 810	79 085	78 909	2 661	72 330	3 918	101	75	1 725
	w	51 368	50 696	50 646	954	47 849	1 843	39	11	672
Gehobener Dienst	i	235 769	227 280	226 091	6 690	202 312	17 089	183	1 006	8 489
	w	196 469	190 209	189 710	3 137	173 282	13 291	122	377	6 260
Mittlerer Dienst	i	49 435	48 537	45 819	5 821	31 087	8 911	93	2 625	898
	w	40 093	39 479	37 618	2 815	26 948	7 855	78	1 783	614
Einfacher Dienst	i	963	939	823	263	518	42	14	102	24
	w	249	246	238	87	129	22	2	6	3

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005.

Tabelle 9: Berücksichtigungsfähige vollzeitäquivalente Beschäftigungsverhältnisse

Dienstverhältnis Laufbahngruppen (i = insgesamt, w = weiblich)	Insgesamt	Unmittelbarer öffentlicher Dienst						Zweck- verbände	Bundes- eisen- bahn- vermögen	Mittel- barer öffent- licher Dienst		
		zusammen	Bund, Länder und Gemeinden/Gv.				Bund				Länder	Gemein- den/Gv.
			zusammen	Bund	Länder	Gemein- den/Gv.						
Beamte und Richter	i	1 561 377	1 501 846	1 448 986	125 490	1 158 948	164 558	2 545	50 305	59 532		
	w	602 672	580 294	575 882	26 278	496 474	53 129	509	3 904	22 677		
Höherer Dienst	i	364 761	348 554	347 655	17 263	305 558	24 834	643	257	16 206		
	w	115 693	112 407	112 286	3 499	104 228	4 560	93	28	3 287		
Gehobener Dienst	i	806 272	767 410	759 403	40 841	634 805	83 956	1 348	6 659	38 862		
	w	380 147	362 097	361 203	10 569	319 558	31 076	265	639	18 050		
Mittlerer Dienst	i	377 452	373 294	330 355	64 315	210 737	55 303	514	42 425	4 158		
	w	105 790	104 470	101 080	11 690	71 998	17 392	161	3 228	1 320		
Einfacher Dienst	i	12 893	12 587	11 584	3 071	8 047	465	40	964	305		
	w	1 341	1 320	1 312	520	690	102	0	8	20		
Berufs- und Zeitsoldaten	i	187 684	187 684	187 684	187 684	-	-	-	-	-		
	w	9 121	9 121	9 121	9 121	-	-	-	-	-		
Höherer Dienst	i	13 608	13 608	13 608	13 608	-	-	-	-	-		
	w	609	609	609	609	-	-	-	-	-		
Gehobener Dienst	i	22 088	22 088	22 088	22 088	-	-	-	-	-		
	w	189	189	189	189	-	-	-	-	-		
Mittlerer Dienst	i	118 860	118 860	118 860	118 860	-	-	-	-	-		
	w	6 165	6 165	6 165	6 165	-	-	-	-	-		
Einfacher Dienst	i	33 128	33 128	33 128	33 128	-	-	-	-	-		
	w	2 158	2 158	2 158	2 158	-	-	-	-	-		

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005.

Tabelle 10: Durchschnittliche Stellengröße der Teilzeitbeschäftigten

Dienstverhältnis —— Laufbahngruppen (i = insgesamt, w = weiblich)		Insgesamt	Unmittelbarer öffentlicher Dienst						Mittelbarer öffentlicher Dienst	
			zusammen	Bund, Länder und Gemeinden/Gv.			Zweckverbände	Bundes-eisenbahn- vermögen		
				zusammen	Bund	Länder				Gemeinden/Gv.
Beamte und Richter	i	63,06%	63,24%	63,32%	56,01%	64,25%	57,57%	56,79%	56,53%	57,39%
	w	63,84%	63,98%	64,05%	59,11%	64,78%	57,86%	59,67%	56,43%	58,49%
Höherer Dienst	i	62,63%	62,78%	62,80%	55,98%	63,31%	57,96%	60,44%	50,28%	55,55%
	w	63,58%	63,64%	63,63%	60,90%	63,76%	61,62%	68,44%	59,82%	59,49%
Gehobener Dienst	i	64,19%	64,42%	64,47%	55,74%	65,33%	57,65%	56,26%	55,37%	57,89%
	w	64,96%	65,18%	65,19%	58,82%	65,89%	57,66%	56,97%	59,52%	58,48%
Mittlerer Dienst	i	58,54%	58,58%	58,64%	56,28%	59,46%	57,34%	60,12%	57,37%	56,32%
	w	58,68%	58,70%	58,83%	58,95%	59,25%	57,37%	60,88%	55,76%	57,48%
Einfacher Dienst	i	56,37%	56,49%	57,91%	56,95%	59,71%	41,57%	15,21%	50,71%	51,83%
	w	60,95%	61,11%	61,74%	62,06%	64,67%	43,23%	6,00%	54,67%	48,00%

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005.

Die Versorgungsempfängerstatistik weist zum 1. Januar 2005 im unmittelbaren öffentlichen Dienst knapp 1,4 Mio. Empfänger von Versorgungsbezügen²⁸ aus (vgl. Tabelle 11). Etwa 70% dieser waren direkt Empfänger von Versorgungsbezügen. Die restlichen 30% bestehen aus Empfängern von Witwen und Waisengeldern.

4.3.3 Bestimmung von beitragspflichtigen Einnahmen für Beamte

Zu Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der Beamten und Richter und damit zur Bestimmung der erforderlichen Aufwendungen für die öffentlichen Arbeitgeber muss zunächst eine Verteilung der Beamten auf die einzelnen Gehaltsgruppen erfolgen. Ausgehend von der Personalstandsstatistik zeigt Tabelle 11 die Verteilung der in dieser Auswertung zu berücksichtigenden Vollzeitbeschäftigten des öffentlichen Dienstes auf die einzelnen Gehaltsgruppen. Zwischengruppen wurden dabei entsprechend der Aufschlüsselung auf die einzelnen Gehaltsgruppen aufgeteilt. Die Verteilung der Beamten wird mit den Personalkostensätzen des Jahres 2004 entsprechend der Kalkulationsvorlage des Bundesministeriums für Finanzen vom 19.01.2005 (Nachgelagerte Behörden, west²⁹) verknüpft. Zum Ansatz kommen dabei die durchschnittlichen Bezüge der Gehaltsgruppen inkl. Sonderzahlungen. Entsprechend der Vorschriften des SGB V zu den beitragspflichtigen Einnahmen³⁰ kommt dieser Ansatz den tatsächlichen Erfordernissen am nächsten. Für die Vollbeschäftigten ergeben sich damit die in Tabelle 11 ausgewiesenen beitragspflichtigen Einnahmen. Für Beschäftigte in Ausbildung konnten aufgrund fehlender Vergütungssätze keine beitragspflichtigen Einnahmen zum Ansatz kommen.

Folgt man dieser Aufstellung ergeben sich für die Vollbeschäftigten beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. fast 49 Mrd. Erweitert man diesen Wert noch um die beitragspflichtigen Einnahmen der knapp 100.000 Auszubildenden und unterstellt hier ein jährliches Gehalt von 10.000 Euro, steigen sie auf nahezu 50 Mrd. Euro.

²⁸ Diese Zahl bezieht die Soldaten mit ein, da nach Ausscheiden aus dem aktiven Dienst eine Versorgung über die freie Heilsfürsorge entfällt und eine entsprechende Absicherung erforderlich wird.

²⁹ Die vorliegenden Daten erlauben keine Differenzierung der Rechengrößen nach alten und neuen Bundesländern. Generell gilt, dass die hier angesetzten Bezüge um etwa 7,5% für Beamte in den neuen Bundesländern niedriger liegen.

³⁰ Als Beitragbemessungsgrenze wurde der Wert des Jahres 2005: 42.300 Euro angesetzt.

Tabelle 11: Empfänger von Versorgungsbezügen im unmittelbaren öffentlichen Dienst zum Stichtag 01.01.2005

Einstufung (i = insgesamt, w = weiblich)	Insgesamt	Empfänger von			
		Ruhegehalt	Witwen-/ Witwergeid	Waisengeid	
Unmittelbarer öffentlicher Dienst					
Höherer Dienst					
B 11 - B 5, R 10 - R 5	i	7 846	5 589	2 123	134
	w	2 382	207	2 117	58
B 4 - B 1, R 4, R 3, C 4, W3.....	i	28 459	18 922	7 018	519
	w	7 823	596	6 986	241
A 16 + Amtzulage, A 16, R 2, C 3, W2	i	42 869	30 984	11 080	805
	w	13 157	1 798	11 000	359
A 15, R 1, C 2, W1.....	i	79 695	57 615	20 308	1 772
	w	28 053	7 180	20 020	853
A 14, C 1	i	75 191	54 507	18 124	2 560
	w	32 509	13 826	17 455	1 228
A 13	i	22 843	16 117	5 115	1 611
	w	12 030	6 652	4 601	777
Zusammen ...	i	254 903	183 734	63 768	7 401
	w	95 954	30 259	62 179	3 516
Gehobener Dienst					
A 16 "L" - A 13 "L"	i	68 212	52 005	14 221	1 986
	w	33 857	19 635	13 272	950
A 13 "S" + Amtzulage, A 13 "S"	i	72 896	54 240	17 680	976
	w	21 264	3 302	17 501	461
A 12	i	169 117	128 685	35 737	4 695
	w	94 342	59 944	32 121	2 277
A 11	i	88 122	62 307	23 553	2 262
	w	33 902	9 780	23 068	1 056
A 10	i	48 745	31 895	15 157	1 693
	w	21 052	5 444	14 781	827
A 9	i	6 917	4 081	2 248	588
	w	3 284	824	2 153	307
Zusammen ...	i	454 009	333 213	108 586	12 200
	w	207 701	98 929	102 894	5 878
Mittlerer Dienst					
A 9 "S" + Amtzulage	i	80 482	64 992	14 954	536
	w	20 400	5 347	14 799	254
A 9 "S"	i	145 432	99 982	43 518	1 932
	w	53 431	9 383	43 122	928
A 8	i	146 377	100 189	42 989	3 199
	w	64 242	20 606	42 097	1 539
A 7	i	97 578	60 378	34 593	2 607
	w	47 475	12 224	33 931	1 320
A 6	i	25 872	11 133	13 898	841
	w	16 591	2 418	13 708	465
A 5	i	3 342	1 021	2 180	141
	w	2 456	206	2 166	82
Zusammen ...	i	499 083	337 695	152 132	9 256
	w	204 595	50 186	149 823	4 566
Einfacher Dienst					
A 5 "S" + Amtzulage, A 5 "S"	i	103 982	75 149	27 681	1 152
	w	31 587	3 506	27 523	558
A 4 - A 1	i	48 477	20 812	26 184	1 471
	w	31 385	4 638	25 957	790
Sonstige	i	3 882	2 011	1 648	223
	w	2 213	522	1 584	107
Zusammen ...	i	156 341	97 972	55 523	2 846
	w	65 185	8 666	55 064	1 455
Insgesamt ...	i	1 364 336	952 614	380 019	31 703
	w	573 435	188 040	389 980	15 435

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005.

Die beitragspflichtigen Einnahmen der Teilzeitbeschäftigten stellen per se eine kompliziertere Kalkulationsgrundlage dar. Der nicht volle Gehaltsbezug erfordert eine Reduktion der durchschnittlichen Bezüge entsprechend der o. a. durchschnittlichen Stellenbesetzung je Beschäftigtem. Aufgrund mangelnder Daten erfolgt eine Reduktion pauschal und einheitlich für die 4 Laufbahngruppen wie in den Ergebnissen in Tabelle 13 dargelegt. Im Anschluss werden die so ermittelten Jahresbezüge der Gehaltsgruppen, soweit erforderlich, der Beitragbemessungsgrenze unterworfen bzw. durch diese gedeckelt.

Nach Maßgabe der hier getroffenen Annahmen kommen so für die Beschäftigten in Teilzeit weitere beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. 10 Mrd. Euro zum Tragen.

4.3.4 Umstellungsproblematik und Arbeitgeberbelastung

Die Beamten haben im Rahmen der von ihnen abgeschlossenen PKV- Verträge Eigentumsrechte an den entsprechenden Altersrückstellungen erworben. Insofern kann eine Umstellung in die GKV allenfalls für die neu Versicherten erfolgen, da für bereits PKV-Versicherte ein Bleiberecht eingeräumt werden muss.

Die Berücksichtigung der Kinder in den Beihilfesätzen ist bei der Abschätzung der Auswirkungen einer Umstellung ohne Belang, da bei einem Versicherungsverhältnis in der GKV die nicht erwerbstätige Familie in den Genuss der beitragsfreien Familienversicherung kommt. Sofern kein Anspruch auf die höheren Versorgungsleistungen der Beihilfestellen besteht, erscheint zumindest im Bereich der aktiven Beschäftigten eine langfristige Umstellung möglich.

Vor Bestimmung der notwendigen Belastungen in Form von Arbeitgeberanteilen ist festzulegen, welcher Beitragssatz in der GKV für Beamte Anwendung findet. Grundsätzlich erhält ein Beamter auch im Krankheitsfall die volle Lohnfortzahlung. Entsprechend tritt nicht wie bei Angestellten der Fall der Krankengeldzahlung ein. Gleichzeitig sieht das SGB V, zumindest für den Bereich der Ruhegehaltsempfänger bzw. für Versorgungsbezüge, den allgemeinen Beitragssatz vor. Insofern gehen die folgenden Auswertungen vom allgemeinen

Beitragssatz des Jahr 2005 i. H. v. 13,72% aus. Die Anwendung des jüngst eingeführten zusätzlichen Beitragssatzes für den Bereich des Arbeitnehmeranteils stellt für die dann in der GKV Versicherten Beamten eine Kürzung des verfügbaren Einkommens dar. Eine eventuelle Kompensation dieser Mehrbelastung durch Lohnausgleichszahlungen bedarf einer juristischen Prüfung.

Tabelle 12: Schätzung der beitragspflichtigen Einnahmen der vollzeitbeschäftigten Beamten

	Beamte, Richter, Berufs- und Zeitsoldaten	Durchschnittsbezüge einschl. Sonderzahlungen Nachgeordnete Behörden	Immer A bzw B Werte		Bezieherzahlen Mod.	Beitragspflichtige Einnahmen je		Gesamte beitragspflichtige Einnahmen
			MW B9 B10	MW B1 B2		Person	Person	
Höherer Dienst	B11 - B 9, R10, R 9	648	118636	648	42.300	27.410.400		
	B 8, R 8		197	104001	42.300	8.333.100		
	B 7, R 7		408	98356	42.300	17.258.400		
	B 6, R 6		1.600	93919	42.300	67.680.000		
	B 5, R 5		684	87959	42.300	28.933.200		
	B 4, R 4		1.026	82338	42.300	43.399.800		
	B 3, R 3, C 4		16.063	79235	42.300	679.464.900		
	B 2, B 1	MW B1 B2	2.703	69466	42.300	114.336.900		
	A16 + Z, A16, R 2, C 3		35.051	70725	42.300	1.482.657.300		
	A15, R 1, C 2		71.832	62446	42.300	3.038.493.600		
	A14, C 1		88.597	54256	42.300	3.747.653.100		
	A13		83.442	46986	42.300	3.529.596.600		
	In Ausbildung		25.508		25.508			
	Zusammen		327.759		416.939		12.785.217.300	
10% A16 15% A15 25%								
Gleichberecht. Dienst	A16"L" - A13"L"		89.180	A14 50% A13		0		
	A14"S", A13"S" + Z, A13"S"		36.554	51973	36.554	42.300	1.546.234.200	
	A12		184.385	46117	184.385	42.300	7.799.485.500	
	A11		119.187	41189	119.187	41.189	4.909.193.343	
	A10		116.972	35943	116.972	35.943	4.204.324.596	
	A 9		79.754	29648	79.754	29.648	2.364.546.592	
	In Ausbildung		50.996		50.996			
	Zusammen		677.028		587.848		20.823.784.231	
Mittlerer Dienst	A 9"S" + Z		21.244	38442	21.244	38.442	816.661.848	
	A 9"S"		100.519	35109	100.519	35.109	3.529.121.571	
	A 8		144.158	31414	144.158	31.414	4.528.579.412	
	A 7		122.429	27839	122.429	27.839	3.408.300.931	
	A 6		50.421	24580	50.421	24.580	1.239.348.180	
	A 5		12.478	26713	12.478	26.713	333.324.814	
	In Ausbildung		16.125		16.125			
Zusammen		467.374		467.374		13.855.336.756		
Einfacher Dienst	A 6"S"		3.408	27650	3.408	27.650	94.231.200	
	A 5"S"		11.085	27273	11.085	27.273	302.321.205	
	A 4		26.511	26291	26.511	26.291	697.000.701	
	A 3		4.192	23261	4.192	23.261	97.510.112	
	A 2		231	21268	231	21.268	4.912.908	
	In Ausbildung		51		51			
	Zusammen		45.478		45.478		1.195.976.126	
Summe:		1.517.639		1.517.639		48.660.314.413		

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005, Personalkostensätze des BMF für 2005, eigene Berechnungen.

Tabelle 13: Schätzung der beitragspflichtigen Einnahmen der teilzeitbeschäftigten Beamten

	Beamte, Richter, Berufs- und Zeitsoldaten	Durchschnitts- bezüge einricht. Sonderzahlungen Nachgeordnete Behörden		Bezüge für Teilzeit	Bezieherzahlen Mod.	beitragspflichtige Einnahmen	Gesamte beitragspflichtige Einnahmen	
		Immer A bzw B Werte						
Höherer Dienst	B11 - B 9, R10, R 9		118636	62,63%	74301,7	0	42.300	
	B 8, R 8		104001	62,63%	65135,8	0	42.300	
	B 7, R 7		98356	62,63%	61600,4	0	42.300	
	B 6, R 6		93919	62,63%	58821,5	0	42.300	
	B 5, R 5	Näherungs- ansatz in B3 da		87959	62,63%	55088,7	0	42.300
	B 4, R 4	Statistik nicht zwischen B1		82338	62,63%	51568,3	0	42.300
	B 3, R 3, C 4	bis B11	1.024	79235	62,63%	49624,9	1.024	42.300
	B 2, B 1	unterscheidet		69466	62,63%	43506,6	0	42.300
	A16 + Z, A16, R 2, C 3		2.681	70725	62,63%	44295,1	7.103	42.300
	A15, R 1, C 2		12.152	62446	62,63%	39109,9	18.785	42.300
	A14, C 1		27.577	54256	62,63%	33980,5	38.633	42.300
	A13		37.376	46986	62,63%	29427,3	59.487	42.300
	in Ausbildung Zusammen			80.810			125.032	4.163.440,986
			10% A16 15% A15 25% A14 50% A13					
Gehobener Dienst	A16"L" - A13"L"		44.222	64,19%	33361,5	8.432	42.300	
	A14"S", A13"S" + Z, A13"S"		8.432	51973	64,19%	29602,5	42.300	
	A12		116.293	46117	64,19%	28439,2	33.035	
	A11		33.035	41189	64,19%	23071,8	26.426	
	A10		26.426	35943	64,19%	19031,1	7.361	
	A 9		7.361	29648	64,19%	19031,1	0	
	in Ausbildung Zusammen		235.769	40734			191.547	
							5.347.070,571	
Mittlerer Dienst	A 9"S" + Z		2.829	38442	58,54%	22503,9	2.829	
	A 9"S"		12.548	35109	58,54%	20552,8	12.548	
	A 8		18.823	31414	58,54%	18389,8	18.823	
	A 7		12.767	27639	58,54%	16297	12.767	
	A 6		2.441	24580	58,54%	14389,1	2.441	
	A 5		27	26713	58,54%	15637,8	27	
in Ausbildung Zusammen		49.435				0		
						49.435	911.319,937	
Einfacher Dienst	A 6"S"		473	27650	56,37%	15586,3	473	
	A 5"S"		285	27273	56,37%	15373,8	285	
	A 4		205	26291	56,37%	14820,2	0	
	A 3	A4 bis A2 als A3 da Statistik nicht	205	23261	56,37%	13112,2	205	
	A 2			21268	56,37%	11988,8	0	
	in Ausbildung Zusammen		963	26613			963	
							14.441,859	
Summe:			366.977			366.977	10.436.273,352	

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005, Personalkostensätze des BMF für 2005, eigene Berechnungen.

Unterstellt man die durchschnittlichen Bezüge entsprechend der Annahmen in den Tabellen, muss man davon ausgehen, dass im Rahmen der ansonsten geltenden Regelung lediglich Beamten des gehobenen, mittleren und einfachen Dienstes dauerhaft in die GKV gezwungen werden können. Gewährt man für Beamte die gleichen Rechte wie für Arbeitnehmer, besteht auch für diese ab einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze ein Wahlrecht zwischen GKV und PKV. Für die Bestimmung der Arbeitgeberanteile spielt die gewählte Versicherungsform (GKV oder PKV) allerdings keine Rolle, da in beiden Fällen annähernd gleiche Arbeitgeberanteile anfallen. Die Berechnung gilt insofern für ein System mit und ohne Bürgerversicherung. Die sicher als neue Mitglieder in der GKV einzubeziehenden Beamten belaufen auf knapp 1 Mio. im Bereich der Vollbeschäftigten, da deren Jahresbezüge unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen. Im Bereich der Teilzeitbeschäftigten gewinnt die GKV knapp 370.000 neue Mitglieder. Da eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der GKV aber auch dann möglich ist, wenn das Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze auf eine nicht volle Tätigkeit zurückgeht, bleibt auch hier der höhere Dienst ausgeklammert. Die Zahl der sicher in die GKV überführten Beamten reduziert sich dadurch noch einmal um 124.000 auf gut 240.000.

Die folgende Abschätzung geht mangels Vergleichsrahmendaten, bzw. Mangels einer Datengrundlage, die durchschnittliche Eintrittsalter und Altersprofile der Beamten innerhalb der einzelnen Altersklassen abbildet, von der Annahme aus, dass nach der Umstellung alle Beamten keinen Beihilfeanspruch mehr besitzen. Dies entspricht zwar einer extrem langfristigen Perspektive, gewinnt aber insofern an Realität, als die dann notwendigen staatlichen Aufwendungen denen eines privaten Unternehmens in Form von Arbeitgeberanteilen entsprechen würden.

Für die voll und teilzeitbeschäftigten Beamten belaufen sich entsprechend der Grundkalkulation in Tabelle 14 die Arbeitgeberanteile auf 4 Mrd. Euro für die Krankenversicherung und weitere 500 Mio. Euro für die Pflegeversicherung. Insgesamt fällt für die aktiven Beamten ein Ausgabenblock von 4,55 Mrd. Euro an.

4.3.5 Arbeitgeberanteile für Empfänger von Versorgungsbezügen

Nach der Versorgungsempfängerstatistik befinden sich etwa 1,4 Mio. Ruhegehaltsempfänger auf den Versorgungslisten, davon knapp 1 Mio. direkte Versorgungsempfänger. Der Rest setzt sich aus hinterbliebenen Witwen und Waisen zusammen.

Tabelle 14: Abschätzung der Arbeitgeberanteile für aktive voll und Teilzeitbeschäftigte Beamte

	vollzeit	Beitragspflichtige Einnahmen	teilzeit	Beitragspflichtige Einnahmen	Gesamte beitragspflichtige Einnahmen	Arbeitgeberanteil bei 13,72%*0,5	Arbeitgeberanteil Pflegeversicherung bei 1,7%*0,5*)	Gesamter Arbeitgeberanteil
höherer Dienst	416.939	12.785.217.300	125.032	4.163.440.986	16.948.658.286	1.162.677.958	144.063.595	1.306.741.554
gehobener Dienst	587.848	20.823.784.231	191.547	5.347.070.571	26.170.854.802	1.795.320.639	222.452.266	2.017.772.905
mittlerer Dienst	467.374	13.855.336.756	49.435	911.319.937	14.766.656.693	1.012.992.649	125.516.582	1.138.509.231
einfacher Dienst	45.478	1.195.976.126	963	14.441.859	1.210.417.985	83.034.674	10.288.553	93.323.227
Summe	1.517.639	48.660.314.413	366.977	10.436.273.352	59.096.587.765	4.054.025.921	502.320.996	4.556.346.917

*) Der im Bundesland Sachsen höhere Arbeitnehmeranteil zur Pflegeversicherung bleibt hier ohne Berücksichtigung.
Die beitragspflichtigen Einnahmen der Auszubildenden finden keine Berücksichtigung.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005, Personalkostensätze des BMF für 2005, eigene Berechnungen

Weiterhin sind 390.000 Witwen und 32.000 Waisen versorgungsberechtigt. Mangels genauerer Daten wird bei Witwen und Waisen, anders als bei vorangegangenen Auswertungen, nur mit Durchschnittswerten gearbeitet. Der dadurch entstehende Fehler dürfte nicht allzu groß sein, da sich Witwen- und Waisenbezüge auf das Ruhegehalt beziehen und dem entsprechend einen Prozentsatz des Ruhegehalts gewähren. Da die Ruhegehälter bei einem wesentlichen Teil der Beamten (bis Gehaltsklasse A 16) die Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreiten, können hier Witwen- und Waisenbezüge voll in die Auswertung eingehen (vgl. Tabelle 16).

Die folgende Tabelle 16 bestimmt auf Basis der ermittelten beitragspflichtigen Einnahmen die Arbeitgeberanteile. Bei deren Bestimmung kann für den Bereich der Pflegeversicherung das einheitliche Vorgehen wie bei den aktiven Beschäftigten zur Anwendung kommen. Unterstellt man dieses auch für die Krankenversicherung ergeben sich bei beitragspflichtigen Einnahmen von 29 Mrd. für Ruhegehaltsempfänger bzw. 6 Mrd. für Witwen und Waisen Arbeitgeberbelastungen durch Kranken- und Pflegeversicherung von 2,7 Mrd. Zusammen mit den aktiven Beamten und Arbeitgeberanteilen von 4,6 Mrd. (ohne Auszubildende) belaufen sich die gesamten Arbeitgeberanteile auf 7,3 Mrd. Euro und unterschreiten damit die Gesamtaufwendungen für Beihilfeleistungen von 9,9 Mrd. um knapp 2,6 Mrd.

4.3.6 Bewertung der Modellrechnungen

Die Kalkulation sollte nicht zu dem Trugschluss verleiten, dass eine Absicherung über die GKV bei gleichen Leistungen zu Kosteneinsparungen für den Staatshaushalt führen kann. Diese nur sehr langfristig mögliche Umstellung kürzt vielmehr die Leistungen der Beamten im Bereich der Krankenversorgung.

Zwar ist schon angedacht, bzw. in vielen Bundesländern durchgeführt, dass Leistungskürzungen in der GKV auch im Beihilfebereich umgesetzt werden. So sind z. B. in Rheinland-Pfalz der Zahnersatz bzw. die wahlärztlichen Leistungen im Krankenhaus oder das 2 Bett-Zimmer aus dem Grundkatalog der Beihilfe herausgenommen. Gleichzeitig bietet aber das Besoldungsamt eine Beihilfeergänzung an, die durch den Abzug einer geringen Pauschale vom Lohn diese Leistungen weiterhin aufrechterhält. Inwieweit diese Leistungen bei bestehender „Zusatzversicherung“ dennoch als Beihilfeleistungen verbucht werden und damit Eingang in diese Berechnungen finden, lässt sich den vorliegenden Daten nicht entnehmen.

Tabelle 15: Beitragspflichtige Einnahmen der Ruhegehaltsempfänger

	Beamte, Richter, Berufs- und Zeitsoldaten	Durchschnitts- bezüge einschl. Sonderzahlungen Nachgeordnete Behörden	durch- schn. Ruhe- gehalts- satz 2005	Ruhe- gehalt	Bezieherzahlen Mod.	beitragspflichtige Einnahmen	Gesamte beitragspflichtige Einnahmen	
								Immer A bzw B Werte
Höherer Dienst	B11 - B 9, R10, R 9		118636	73,10%	86722,9	0	42.300	
	B 8, R 8		104001	73,10%	76024,7	0	42.300	
	B 7, R 7		98356	73,10%	71898,2	0	42.300	
	B 6, R 6	Näherungs-ansatz in B6 da Statistik nicht zwischen B6 bis B11	5.589	93919	73,10%	68854,8	5.589	42.300
	B 5, R 5	unterscheidet		87959	73,10%	64298	0	42.300
	B 4, R 4		82338	73,10%	60189,1	0	42.300	
	B 3, R 3, C 4	Ansatz B4-B1 in B3	18.922	79235	73,10%	57920,8	18.922	42.300
	B 2, B 1			69486	73,10%	50779,6	0	42.300
	A16 + Z, A16, R 2, C 3		30.984	70725	73,10%	51700	36.185	42.300
	A15, R 1, C 2		57.615	62446	73,10%	45648	65.416	42.300
	A14, C 1		54.507	54256	73,10%	39661,1	67.508	42.300
	A13		16.117	46986	73,10%	34346,8	42.120	42.300
	Zusammen		183.734				235.739	10.460.848.807
Gehobener Dienst			10% A16 15% A15 25% A14					
	A16*L* - A13*L*		52.005	50% A13				
	A14*S*, A13*S* + Z, A13*S*		54.240	51973	71,30%	37056,7	54.240	42.300
	A12		128.685	46117	71,30%	32881,4	128.685	42.300
	A11		62.307	41189	71,30%	29367,8	62.307	41.189
	A10		31.895	35943	71,30%	25627,4	31.895	35.943
A 9		4.081	29648	71,30%	21139	4.081	29.648	
Zusammen		333.213	40734			281.208	8.974.773.535	
Mittlerer Dienst	A 9*S* + Z		64.992	38442	70,40%	27063,2	64.992	38.442
	A 8*S*		99.982	35109	70,40%	24716,7	99.982	35.109
	A 8		100.189	31414	70,40%	22115,5	100.189	31.414
	A 7		60.378	27839	70,40%	19598,7	60.378	27.839
	A 6		11.133	24580	70,40%	17304,3	11.133	24.580
	A 5		1.021	26713	70,40%	18806	1.021	26.713
Zusammen		337.695				337.695	7.841.021.058	
Erfolger Dienst	A 6*S*		27650	70,40%	19465,6	0	27.650	
	A 5*S*		75.149	27273	70,40%	19200,2	75.149	27.273
	A 4		26291	70,40%	18508,9	0	26.291	
	A 3	A4 bis A1 und sonstige als A3 da Statistik nicht unterscheidet	22.823	23261	70,40%	16375,7	22.823	23.261
	A 2			12168	70,40%	14972,7	0	21.268
Zusammen		97.972	9000			97.972	1.816.618.834	
Summe:		952.614				952.614	29.093.062.233	

Mangels genauerer Daten beziehen sich Zahlen nur auf den unmittelbaren öffentlichen Dienst.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005, Personalkostensätze des BMF für 2005, eigene Berechnungen

Tabelle 16: Arbeitgeberanteile für Versorgungsempfänger

	Beitragspflichtige Einnahmen	Arbeitgeberanteil bei 13,72%*0,5	Arbeitgeberanteil Pflegeversicherung bei 1,7%*0,5 ^{*)}	Gesamter Arbeitgeberanteil	Arbeitgeberanteil GKV beihilfefunkonform 70%	Gesamter Arbeitgeberanteil beihilfefunkonform
höherer Dienst	10.460.648.807	717.600.508	88.915.515	806.516.023	1.004.640.711	1.063.556.226
gehobener Dienst	8.974.773.535	615.669.464	76.285.575	691.955.040	861.937.250	938.222.825
mittlerer Dienst	7.841.021.058	537.894.045	66.648.679	604.542.724	753.051.662	819.700.341
einfacher Dienst	1.816.618.834	124.620.052	15.441.260	140.061.312	174.468.073	189.909.333
Summe	29.093.062.233	1.995.784.069	247.291.029	2.243.075.098	2.490.366.127	4.733.441.225

	01.01.2005	durchschnittliche Bezüge	Beitragspflichtige Einnahmen	Arbeitgeberanteil bei 13,72%*0,5	Arbeitgeberanteil Pflegeversicherung bei 1,7%*0,5 ^{*)}	Gesamter Arbeitgeberanteil	Arbeitgeberanteil GKV beihilfefunkonform 70% / 80%	Gesamter Arbeitgeberanteil beihilfefunkonform
Empfänger von Witwengeld	387.023	15.000	5.805.345.000	398.246.667	49.345.433	447.592.100	557.545.334	806.890.786
Empfänger von Waisengeld	32.272	3.960	127.797.120	8.786.882	1.088.276	9.853.158	14.027.012	15.113.287
Summe			5.933.142.120	407.013.549	50.431.708	457.445.257	571.572.346	822.004.054

Gesamtbelastung durch Arbeitgeberanteile	bei 50% beihilfefunkonform	2.700.520.356 5.355.445.279
--	----------------------------	--------------------------------

^{*)} Der im Bundesland Sachsen höhere Arbeitnehmeranteil zur Pflegeversicherung bleibt hier ohne Berücksichtigung. Die beitragspflichtigen Einnahmen der Auszubildenden finden keine Berücksichtigung.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005, Personalkostensätze des BMF für 2005, eigene Berechnungen

Den wohl größten Unterschied zum geltenden System stellt die Schlechterstellung der Beihilfeberechtigten (vgl. dazu auch Gawel, E. 1991 S. 66ff sowie Adam, H. 2005 S. 11) dar. Wie bereits erwähnt, erhalten Pensionäre sowie beihilfeberechtigte Ehefrauen einen Beihilfesatz von 70%, Kinder einen Beihilfesatz von 80%. Wenngleich aktive Beamte aufgrund der dann geltenden beitragsfreien Mitversicherung hier keine Nachteile erleiden, so trifft dies doch auf die Pensionäre sowie deren hinterbliebene Witwen und Waisen zu. Während Pensionäre heute lediglich 30% ihrer Krankheitskosten selbst absichern müssen, entfällt dann auf diese ein Eigensicherungsanteil von 50%. Der nettolohnwirksame Versicherungskostenanteil erhöht sich um 66,7%. Während sich Waisen und Halbwaisen bislang bei der PKV nur zu 20% für die Deckung der Krankheitskosten absichern müssen, da die Beihilfestelle 80% der Belastungen trägt, entfallen auf diese dann 50% als nettoeinkommensenkender Anteil. Deren Eigensicherungsanteil erhöht sich somit um 150%. Es liegt daher nahe, dass man im Zuge einer Eingliederung der Beamten in ein arbeitgeberähnliches System zumindest deren bisherige Sicherungsanteile beibehält. Errechnet man gleiche Arbeitgeberanteile für Versorgungsempfänger, Witwen und Waisen in dem Sinne, dass man nach Maßgabe der beitragspflichtigen Einnahmen einen Arbeitgeberanteil gewährt, der den derzeit gültigen Kostenerstattungssätzen entspricht, erhöhen sich die Beihilfeleistungen für Versorgungsempfänger und deren Hinterbliebene auf knapp 5,4 Mrd. Zusammen mit den aktiven Beschäftigten und deren Arbeitgeberanteilen von 4,6 Mrd. (ohne Auszubildende) steigen die Arbeitgeberanteile auf 9,9 Mrd. und belaufen sich damit nahezu exakt auf den gleichen Betrag wie die Beihilfeleistungen.

Erwägt man aus fiskalischen Gründen eine Umstellung der derzeitigen Regelung auf eine beihilfefreie Absicherung, muss allerdings mit erheblichen Mehrbelastungen im Umstellungszeitraum gerechnet werden. Während junge gesunde Beamte, die dann bei Neueinstellung schon mit Arbeitgeberanteil abgesichert werden, sehr geringe Leistungen in Anspruch nehmen, fällt für diese im neuen System die Zahlung eines einkommensabhängigen Zuschusses zur Krankenversicherung an. Dieser Zuschuss liegt gerade beim höheren Dienst weit über dem eines risikoäquivalenten Beihilfebetrags und damit weit oberhalb der Beihilfeaufwendungen im Rahmen der Kostenerstattung. Gleichzeitig müssen Pensionäre und deren Hinterbliebene, im Bestand, weiterhin voll mit den Leistungen der Beihilfe versorgt werden. Die dadurch entstehende Doppelbelastung der öffentlichen Haushalte kommt tendenziell einer Umstellung vom Umlageverfahren auf das Kapitaldeckungsverfahren für Beamte recht nahe.

Erhält man den Leistungsumfang bzw. den Absicherungsumfang der bisherigen Beihilferegulierung ergeben sich annähernd gleiche Ausgabenhöhen für Beihilfe und Arbeitgeberanteile. Erwägt man die existierende Beihilfe bei gleichem Absicherungsumfang abzuschaffen, bewirken die o. a. umstellungsbedingten

Mehrkosten im Umstellungszeitraum eine volle Mehrbelastung der öffentlichen Haushalte.

Weiterhin orientieren sich zumindest im ambulanten Bereich die Zahlungen der Beihilfestellen an der Gebührenordnung für Ärzte. Sollte eine Absicherung der Beamten innerhalb der GKV erfolgen, dürften die damit verbundenen Einnahmeherausfälle der Ärzte zumindest teilweise in die Gebührenverhandlung zum EBM eingehen und eine Kompensation nach sich ziehen. Die damit verbundenen Beitragssatzsteigerungen in der GKV belasten dann zusätzlich die öffentlichen Arbeitgeber.

4.4 Die Deckung der Ausgaben

Die Deckung der Ausgaben erfolgt im geltenden System der GKV im Unterschied zur PKV mit Hilfe eines reinen Umlageverfahrens, d. h. es findet keinerlei Kapitaldeckung statt. Als mögliche Alternativen kommen hier in Frage:

- Übergang zur vollen Kapitaldeckung,
- dauerhafte Teilkapitaldeckung und
- temporäre Kapitaldeckung („demographische Reserve“).

Ein Übergang zu einer vollen Kapitaldeckung durch entsprechende Altersrückstellungen bietet sich zunächst bei jenen Reformkonzepten an, die auf risikoäquivalente Prämien abstellen (vgl. Kronberger Kreis 2002; Zweifel, P. und Breuer, M. 2002; Oberender, P. und Zerth, J. 2003, S. 36ff.). Ein stufenweiser Übergang zur Kapitaldeckung kann grundsätzlich aber auch in einem Reformkonzept mit einer anderen Bemessungsgrundlage, z.B. mit Pauschalbeiträgen, stattfinden (vgl. Henke, K.-D., Grabka, M.M. und Borchardt, K. 2002; Vereinigte Krankenversicherung A. G. 2002; Rumm, U., 2002 Kommission „Soziale Sicherheit“ 2003, S. 22f.). Die Teilkapitaldeckung stellt, quasi als zweite Säule, entweder eine dauerhafte Ergänzung des Umlageverfahrens dar (vgl. Poensgen, A. 2003, S. 152), oder dient temporär der künftigen Überbrückung sich abzeichnender Haushaltsengpässe, die andernfalls erhebliche Beitragssatzsteigerungen erwarten lassen (in diesem Sinne Cassel, D. und Oberdieck, V. 2002; Cassel, D. 2003a und 2003b). Probleme der Portabilität von Anwartschaften bzw. Rückstellungen beim Wechsel der Krankenkasse ließen sich dadurch umgehen, dass das angesparte Vermögen nicht bei den Krankenkassen, sondern im Risikostrukturausgleich verbleibt (vgl. Felder, S. 2003)³¹.

³¹ Eine solche Lösung scheidet bei risikoäquivalenten Prämien aus, da diese Reformkonzepte keinen Risikostrukturausgleich benötigen, sondern unter Wettbewerbsaspekten die Portabilität der Altersrückstellungen voraussetzen.

Die Kapitaldeckung besitzt gegenüber dem Umlageverfahren unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit und, vor dem Hintergrund des absehbaren Wandels der demographischen Struktur, auch im Sinne der intergenerativen Verteilung zweifellos komparative Vorteile. Sie weist allerdings verglichen mit dem Umlageverfahren geringere Vorzüge als im Rahmen der Alterssicherung auf. (so auch Sehlen, S., Schröder, W.F. und Schiffhorst, G. 2004, S. 18f.). Die Kapitaldeckung vermag im Unterschied zum Umlageverfahren zwar Veränderungen der demographischen Struktur zu neutralisieren, einer verlängerten Lebenszeit kann sie aber ebenfalls nur mit Hilfe diskretionärer Anpassungen der Prämien Rechnung tragen. Gleiches gilt für die Ausgabeneffekte, die aus dem medizinischen Fortschritt, als dem bisher und wohl auch künftig dominanten Einflussfaktor der Gesundheitsausgaben, resultieren.

Angesichts des beträchtlichen Transferbedarfs, den ein Übergang zu einer vollen Kapitaldeckung erfordert (vgl. Henke, K.D., Grabka, M.M. und Borchardt, K. 2002) und der langen Übergangszeit³² überrascht es nicht, dass die überwiegende Zahl der Reformvorschläge von dieser Variante absieht. Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass eine Kapitaldeckung nicht nur in der Krankenversicherung, sondern auch im Rahmen von Reformen im Bereich der Alterssicherung und der Absicherung gegenüber dem Pflegerisiko zur Diskussion steht. Diese Zweige der sozialen Sicherung konkurrieren bei einer zumindest begrenzten Belastungsfähigkeit der heutigen Generation um das Sparpotential. Die fiskalischen Effekte, die aus dem demographischen Wandel erwachsen, sowie die speziellen Ausgabenprofile im Bereich der Pflege sprechen eher für eine Kapitaldeckung im Bereich der Alterssicherung (hier als zweite Säule) und/oder der Pflege. Der Aufbau einer temporären „demographischen Kapitalreserve,“ zur Abschwächung künftig zu erwartender Beitragssatzsteigerungen, setzt ebenfalls für eine bestimmte Zeitspanne höhere als ausgaben- bzw. budgetdeckende Beiträge voraus. Diese obligatorische partielle Kapitaldeckung kann allerdings nur dann ihr angestrebtes Ziel erreichen, wenn der demographisch bedingte Beitragssatzanstieg künftig nur temporär auftritt, d.h. sich anschließend wieder ein entsprechendes Gleichgewicht einstellt.

4.5 Zur Beteiligung des Arbeitgebers

Da Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Beiträge zur GKV bisher jeweils hälftig finanzieren, führen steigende Beitragssätze auch zu einer Erhöhung der Lohn- bzw. Lohnnebenkosten und damit über eine Belastung des Faktors Arbeit ten-

³² Die Höhe des jährlichen Transferbedarfs hängt dabei von der Länge des Übergangszeitraums und dem Alter der Kohorten ab, die noch im Umlageverfahren verbleiben. Der Übergangszeitraum endet erst mit dem Tod aller Versicherten, die sich noch im Umlageverfahren befanden (vgl. Henke, K.-D., Grabka, M.M. und Borchardt, K. 2002, S. 201ff).

denziell zu negativen Beschäftigungswirkungen. Um die Arbeitskosten künftig von den Effekten steigender Beitragssätze abzukoppeln, existieren folgende Möglichkeiten:

- Abkehr von der paritätischen Finanzierung mit niedrigerem Beitragsanteil des Arbeitgebers,
- Festschreibung des Beitragssatzanteils des Arbeitgebers und
- Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages.

Eine Abkehr von der paritätischen Finanzierung der Beiträge sieht bereits das Gesundheitsmodernisierungsgesetz vor, das die Arbeitgeber künftig von der Finanzierung des Zahnersatzes und des Krankengeldes freistellt. Eine gewisse Aufweichung der paritätischen Finanzierung trat schon in der Vergangenheit materiell insofern ein, als die meisten Gesundheitsreformen bzw. Kostendämpfungsgesetze den Leistungskatalog der GKV einengten und die Selbstbeteiligung der Versicherten ausweiteten, d.h. die finanziellen Aufwendungen in Richtung der Versicherten verschoben. Eine Festschreibung bzw. Fixierung des Beitragssatzanteils des Arbeitgebers verlagert alle nachfolgenden Beitragssatzsteigerungen auf den Arbeitnehmer bzw. Versicherten. Eine Festschreibung des Beitragssatzanteils des Arbeitgebers entspricht in seiner Wirkung einer steuer- und beitragsfreien Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages, dessen Wachstum dann der allgemeinen Lohnentwicklung folgt. Dabei bleibt in beiden Varianten offen, ob und inwieweit die Arbeitnehmer etwaige Beitragssatzsteigerungen als Argumente in die Lohn- und Tarifverhandlungen einbringen.

Die Festschreibung des Beitragssatzanteils des Arbeitgebers und die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages verhindern, dass Beitragssatzsteigerungen unmittelbar und zwangsläufig die Lohnnebenkosten erhöhen. Im Rahmen einer Bemessungsgrundlage mit einkommensabhängigen Beiträgen können beide Varianten zum Einsatz kommen, während das Konzept kassenspezifischer Pauschalbeiträge nur mit der Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages³³ harmoniert. Im letzteren Fall sprechen fiskalische und verteilungspolitische Aspekte dafür, den ausgeschütteten Arbeitgeberbeitrag als Bruttolohnbestandteil zu behandeln und ihn bei dem Versicherten der Einkommensteuer zu unterwerfen. Festschreibung des Beitragssatzanteils und Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages besitzen im Sinne von Eigenverantwortung und Autonomie des Versicherten den Vorzug, dass der Arbeitgeber keinen Anreiz mehr besitzt, die Wahl der Krankenkasse zu beein-

³³ Der Arbeitgeber könnte sich theoretisch betrachtet auch im Falle kassenspezifischer Pauschalbeiträge häufig an der Finanzierung beteiligen.

flussen, denn diese kann sich nun ausschließlich an den Präferenzen des Versicherten orientieren.

Festschreibung des Beitragssatzanteils und Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags können jeweils zum Stichtag bei:

- kassenspezifischem Beitragssatz,
- durchschnittlichem Beitragssatz,
- unterdurchschnittlichem Beitragssatz oder
- niedrigstem Beitragssatz

erfolgen. Die Wahl dieser Benchmark besitzt vor allem erhebliche wettbewerbliche Konsequenzen. So erhält bei der Wahl des Beitragssatzes ein Versicherter, der sich in einer Krankenkasse mit einem hohen Beitragssatz befindet, einen dauerhaft höheren Zuschuss des Arbeitgebers, was sein Interesse mindert, vor dem Stichtag in eine Krankenkasse mit günstigerem Beitragssatz zu wechseln. Die Wahl des durchschnittlichen Beitragssatzes verdoppelt hingegen, verglichen mit dem Status quo, die Beitragssatzunterschiede und induziert damit eine deutliche Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen³⁴. Im Sinne eines funktionsfähigen Wettbewerbs setzt dies allerdings eine faire wettbewerbliche Grundlage in Form eines adäquaten Risikostrukturausgleichs (RSA) voraus.

Die Wahl des niedrigsten Beitragssatzes dürfte den Wettbewerb zwar am stärksten fördern, stellt für die gesamte Versichertengemeinschaft aber möglicherweise keine realistische Option dar. Sofern die Krankenkasse mit dem niedrigsten Beitragssatz eine günstige Risikostruktur aufweist, die der RSA nicht völlig ausgleicht, müsste ihr Beitragssatz bei einer Zuwanderung selbst dann steigen, wenn es sich bei den Neuzugängen nur um durchschnittliche Risiken handelt. Die gesamte Versichertengemeinschaft könnte die Krankenkasse – abgesehen von Verwaltungsproblemen – zu diesem günstigen Beitragssatz in keinem Fall aufnehmen. Aus dieser Perspektive bietet sich ein Beitragssatz etwa in der Nähe des Durchschnitts der unteren Hälfte an, während pragmatische bzw. Implementationsaspekte insofern für den durchschnittlichen Beitragssatz sprechen, als dieser zum Zeitpunkt der Umstellung insgesamt gesehen den Finanzierungsanteil von Arbeitgebern und Arbeitnehmern nicht verändert. Er könnte gleichwohl

³⁴ Dies bewirkt auch eine Normierung des Beitragssatzanteils des Arbeitgebers, bei der im Unterschied zur Festschreibung Beitragssatzsteigerungen in den normierten Satz eingehen und damit auch die Lohnnebenkosten erhöhen.

bereits im Vorfeld der Umstellung beitragssatzsenkende Wettbewerbsprozesse auslösen.

Ein anteiliger Arbeitgeberbeitrag widerspricht nicht nur der Leitlinie Souveränität und Eigenverantwortung des Versicherten, er lässt sich auch nicht mit dem Verteilungspostulat begründen. Bei der verteilungspolitischen Beurteilung des Arbeitgeberbeitrages gilt es zu berücksichtigen, dass der Arbeitgeber diesen zwar (vor-) finanziert, aber abgesehen von Friktionskosten in der Regel nicht bzw. nur zu einem geringen Teil trägt. Er versucht, seinen Beitragsanteil wie andere Produktionskosten und Kostensteuern über die Verkaufspreise auf die Konsumenten zu über- oder auf die Arbeitnehmer in Form von Lohnsenkungen und/oder Entlassungen rückzuwälzen. Da Unternehmen konkurrierende Produkte zumeist in gleicher, zumindest ähnlicher Arbeitsintensität erzeugen, dürfte diese Überwälzung des Beitragsanteils - mit Ausnahme des Vorliegens einer sehr elastischen Nachfrage - weitgehend gelingen. Die Beitragsinzidenz fällt damit überwiegend bei den Konsumenten an, so dass auch die Versicherten über den Kauf dienstleistungsintensiver Güter den Arbeitgeberanteil letztlich tragen. Die Vorstellung, dass sich der Arbeitgeber in der GKV mit einem Beitragsanteil an der Finanzierungslast der Gesundheitsaufwendungen solidarisch beteiligt, beruht auf einer verteilungspolitischen Illusion.

4.6 Gemeinsamkeiten der Reformvorschläge

Obgleich somit eine Vielzahl von Reformoptionen existiert, die mit dem Pflichtversichertenkreis, der Bemessungsgrundlage, dem Tarif, der Ausgabendeckung, der (Mit-) Versicherung von Familienangehörigen und der Beteiligung des Arbeitgebers an sechs verschiedenen Elementen der Finanzierung des Krankheitsrisikos ansetzen und hier jeweils unterschiedliche Varianten präsentieren, besteht doch ein beachtlicher Fundus an Gemeinsamkeiten. Dieser erstreckt sich nicht nur auf die Analyse der Schwachstellen des geltenden Beitragssystems, sondern beinhaltet zumindest in der Tendenz auch die konstruktiven Vorschläge. Darüber hinaus umfassen die Gemeinsamkeiten der Reformoptionen sowohl fiskalische, als auch allokativen und verteilungspolitische Aspekte.

In fiskalischer Hinsicht unterstellen – mehr oder weniger explizit – alle Reformvorschläge, dass die derzeitige Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV nicht nur auf konjunkturelle, sondern auch auf strukturelle Einflussfaktoren zurückgeht. Dies bedeutet, dass die Finanzierungsbasis der GKV auf absehbare Zeit nicht mit dem Wachstum des BIP Schritt zu halten vermag. Da auch die Schöpfung des vorhandenen Rationalisierungspotentials, die zudem entsprechende Reformen voraussetzt, diese Finanzierungslücke bestenfalls verringern, aber nicht schließen kann, drohen bei gegebener Beitragsgestaltung entweder weitere Beitragssatzsteigerungen oder empfindliche Rationierungen.

Beide Effekte treffen Versicherte mit geringerem Einkommen und sozialem Status absolut und relativ stärker. Insofern bemühen sich alle Reformvorschläge um eine fiskalische Stärkung der Finanzierungsbasis mit dem Ziel einer besseren Nachhaltigkeit.

Da immer noch ein beachtliches Rationalisierungspotential im deutschen Gesundheitswesen existiert, steht dessen Realisierung unter allokativen Aspekten im Vordergrund. Die Ausschöpfung der Effizienz- und Effektivitätsreserven kann sowohl fiskalische Effekte in Form von Einsparungen als auch allokativen Wirkungen durch eine Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes erzeugen. Die überwiegende Mehrzahl der Reformvorschläge fordert zu diesem Zweck eine Intensivierung des Wettbewerbs und zwar nicht nur zwischen den Krankenkassen, sondern auch auf der Ebene der Leistungserbringer. Ein funktionsfähiger Wettbewerb der Krankenkassen innerhalb der GKV setzt zunächst einen adäquaten RSA, der die wettbewerblich relevanten Morbiditäten veranschlagt, als ordnungspolitischen Rahmen voraus. Hinsichtlich des Wettbewerbs der Leistungserbringer beseitigt das Gesundheitsmodernisierungsgesetz zwar einige strukturelle Hindernisse, die dadurch verbesserte Wettbewerbsintensität genügt jedoch noch nicht allokativen Kriterien. Einigkeit besteht ebenfalls bei der Forderung nach mehr und vor allem zielgerichteter Prävention.

Die Versicherungspflichtgrenze trennt den Markt in zwei Segmente mit völlig unterschiedlichen Rahmenbedingungen, wobei derzeit sowohl der Wettbewerb zwischen GKV und PKV an dieser Grenze als auch der Wettbewerb innerhalb der PKV ordnungspolitische Defizite aufweist. An diesem Befund setzen alle Reformvorschläge an. Die Konzepte, die an der Pflichtversicherungsgrenze festhalten, fordern deshalb zur Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der PKV die Portabilität der Altersrückstellungen. Ein funktionsfähiger Wettbewerb setzt allerdings ebenfalls voraus, dass die privaten Krankenversicherungen über Instrumente im Vertragsgeschäft mit den Leistungserbringern verfügen.

Die Reformkonzepte, die über eine Abschaffung der Pflichtversicherungsgrenze eine Bürgerversicherung vorsehen, verfolgen damit aber nicht in erster Linie allokativen Zwecke, sondern Verteilungsziele. Die Pflichtversicherungsgrenze zwingt in ziemlich willkürlicher Weise einen Teil der Bevölkerung in ein Krankenversicherungssystem mit Solidarausgleich, während sie einem anderen Teil eine Wahl zwischen entgeltabhängigen Beiträgen und risikoäquivalenten Prämien eröffnet. Eine Beteiligung der PKV-Versicherten an der solidarischen Finanzierung der GKV beinhalten – auch unabhängig von der derzeitigen höheren Bezahlung von Gesundheitsleistungen durch die PKV – alle Reformkonzepte, d.h. auch jene, die an der Pflichtversicherungsgrenze festhalten. Hinsichtlich der ökonomischen Inzidenz, d.h. der tatsächlichen Belastung der Versicherten, weisen alle Reformkonzepte bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze einen entgelt- bzw. einkommensabhängigen Bereich auf. Je nach Ausgestaltung dieses

Bereichs können Versicherte mit einem niedrigen Einkommen bei einkommensabhängigen Beiträgen, bei kassenspezifischen Pauschalbeiträgen und sogar bei risikoäquivalenten Prämien die gleiche Belastung tragen. Selbst bei risikoäquivalenten Prämien besteht auch bei sehr kranken Versicherten nicht die Gefahr einer finanziellen Überforderung³⁵. Der Unterschied besteht hier nicht in der Zahllast des Versicherten bzw. seiner solidarischen Unterstützung, sondern darin, ob die entsprechende Finanzierung innerhalb des Krankenversicherungssystems oder von außen über das Steuer- und Transfersystem erfolgt.

Nahezu alle Reformvorschläge nehmen Kinder von der Belastung aus, entweder durch unmittelbare Befreiung von der Beitragspflicht oder durch Ersatz der entsprechenden Aufwendungen. Der Unterschied liegt auch hier nicht in der finanziellen Belastung als vielmehr darin, ob dies im System oder außerhalb geschieht. Ferner rücken im Hinblick auf die Bemessungsgrundlage fast alle Konzepte von der derzeitigen schmalen und wachstumsschwachen Finanzierungsbasis ab und streben in irgendeiner Form nach einer Verbreiterung. Dies löst die Beiträge bzw. Prämien, wenn auch unterschiedlich stark, von den Arbeitseinkommen und damit vom Faktor Arbeit. Parallel hierzu findet im Rahmen der Beitragsbemessung, z.B. durch die Einbeziehung von Zinseinkünften oder bei kassenspezifischen Pauschalbeiträgen, eine etwas stärkere Belastung von Rentnern statt, was zumindest mit dem intergenerativen Verteilungspostulat in Einklang steht. Schließlich versuchen mehrere Reformvorschläge, die derzeitigen verteilungspolitischen Verwerfungen zu beseitigen, die in der Bevorzugung von Einverdienerfamilien bestehen. Dies geschieht bei risikoäquivalenten Prämien und kassenspezifischen Pauschalbeiträgen quasi automatisch, diesem Ziel dient bei einkommensabhängigen Beiträgen das Splitting-Verfahren.

4.7 Zwischenfazit

Neben den beiden Optionen „Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen“ und „Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich“ existiert eine Vielzahl von Reformalternativen. Diese können an unterschiedlichen Elementen und Strukturen des geltenden Beitragssystems ansetzen und auch aus zahlreichen Kombinationen dieser Elemente bestehen. Pflichtver-

³⁵ Das Konzept risikoäquivalenter Prämien sieht, ähnlich wie heute die PKV, für jedes Kind eines Versicherten bzw. für jeden Neugeborenen unabhängig von dessen Krankheitsrisiko bzw. Morbidität eine Pauschalprämie vor. Es unterscheidet sich somit erst dann von dem Reformvorschlag kassenspezifischer Pauschalbeiträge, wenn der Versicherte die Krankenkasse bzw. -versicherung wechselt. Da es im Konzept risikoäquivalenter Prämien im Unterschied zum System kassenspezifischer Pauschalbeiträge keinen RSA gibt, dürfte ein Versicherter mit einem hohen oder auch schon etwas höherem Krankheitsrisiko zeitlebens in der Kasse bleiben, in die er als Neugeborener eintrat.

sichertenkreis, Bemessungsgrundlage, Beitragstarif, Mitversicherung von Familienangehörigen, Deckung der Ausgaben und Beteiligung des Arbeitgebers stellen diese grundsätzlichen Ansatzpunkte dar. Der Begriff „Bürgerversicherung“ bezieht sich somit nur auf den Versichertenkreis einer sozialen Krankenversicherung und erlaubt generell keinerlei Aussagen über die anderen potentiellen Reformelemente, wie Bemessungsgrundlage, Tarifform, die Deckung der Ausgaben, die (Mit-) Versicherung von Familienangehörigen oder die Beteiligung des Arbeitgebers. Detailliertere Einblicke bietet erst die zusätzliche Heranziehung der Bemessungsgrundlage.

Zu Abmilderung oder Beseitigung der offensichtlichen Verwerfungen der geltenden beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen kann neben einem Splittingverfahren auch ein Pauschalbetrag herangezogen werden, wobei die Möglichkeit einer Kombination mit einem Mindestbeitrag ebenso gesehen wird wie die Berücksichtigung von Kindererziehung als Minderungsgrund.

Bei der umfassendsten Form der Erweiterung der Versicherungspflicht werden alle Bürger und damit auch die Beamten in die GKV einbezogen. Ein Exkurs zeigt auf, dass dadurch eine Schlechterstellung der Beihilfeberechtigten entsteht, sofern man einen einheitlichen Arbeitgeberanteil von 50% gewährt und nicht wie im derzeitigen System unterschiedliche Beihilfesätze. Erhält man den Leistungsumfang bzw. den Absicherungsumfang der bisherigen Beihilferegulierung ergeben sich annähernd gleiche Ausgabenhöhen für Beihilfe und fiktive Arbeitgeberanteile. Die Abschaffung der existierenden Beihilfe bei gleichem Absicherungsumfang, bewirkt Mehrkosten im Umstellungszeitraum und damit eine Mehrbelastung der öffentlichen Haushalte.

Weiterhin orientieren sich zumindest im ambulanten Bereich die Zahlungen der Beihilfestellen an der Gebührenordnung für Ärzte. Sollte eine Absicherung der Beamten innerhalb der GKV erfolgen, dürften die damit verbundenen Einnahmeherausfälle der Ärzte zumindest teilweise in die Gebührenverhandlung zum EBM eingehen und eine Kompensation nach sich ziehen. Die damit verbundenen Beitragssatzsteigerungen in der GKV belasten dann zusätzlich die öffentlichen Arbeitgeber.

Die Deckung der Ausgaben erfolgt im geltenden System der GKV im Unterschied zur PKV mit Hilfe eines reinen Umlageverfahrens, d. h. es findet keinerlei Kapitaldeckung statt. Die Kapitaldeckung besitzt gegenüber dem Umlageverfahren unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit und, vor dem Hintergrund des absehbaren Wandels der demographischen Struktur, auch im Sinne der intergenerativen Verteilung zweifellos komparative Vorteile. Sie weist allerdings verglichen mit dem Umlageverfahren geringere Vorzüge als im Rahmen der Alterssicherung auf. Die Kapitaldeckung vermag im Unterschied zum Umlageverfahren zwar Veränderungen der demographischen Struktur zu neutralisieren, einer ver-

längerten Lebenszeit kann sie aber ebenfalls nur mit Hilfe diskretionärer Anpassungen der Prämien Rechnung tragen.

Angesichts des beträchtlichen Transferbedarfs, den ein Übergang zu einer vollen Kapitaldeckung erfordert und der langen Übergangszeit überrascht es nicht, dass die überwiegende Zahl der Reformvorschläge von dieser Variante absieht. Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass eine Kapitaldeckung nicht nur in der Krankenversicherung, sondern auch im Rahmen von Reformen im Bereich der Alterssicherung und der Absicherung gegenüber dem Pflgerisiko zur Diskussion steht.

Da Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Beiträge zur GKV bisher jeweils hälftig finanzieren, führen steigende Beitragssätze auch zu einer Erhöhung der Lohn- bzw. Lohnnebenkosten und damit über eine Belastung des Faktors Arbeit tendenziell zu negativen Beschäftigungswirkungen. Eine Abkehr von der paritätischen Finanzierung der Beiträge sieht bereits das Gesundheitsmodernisierungsgesetz vor. Die Festschreibung des Beitragssatzanteils des Arbeitgebers und die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages verhindern, dass Beitragssatzsteigerungen unmittelbar und zwangsläufig die Lohnnebenkosten erhöhen. Im Rahmen einer Bemessungsgrundlage mit einkommensabhängigen Beiträgen können beide Varianten zum Einsatz kommen, während das Konzept kassenspezifischer Pauschalbeiträge nur mit der Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages harmonisiert. Festschreibung des Beitragssatzanteils und Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages besitzen im Sinne von Eigenverantwortung und Autonomie des Versicherten den Vorzug, dass der Arbeitgeber keinen Anreiz mehr besitzt, die Wahl der Krankenkasse zu beeinflussen, denn diese kann sich nun ausschließlich an den Präferenzen des Versicherten orientieren.

Ein anteiliger Arbeitgeberbeitrag widerspricht nicht nur der Leitlinie Souveränität und Eigenverantwortung des Versicherten, er lässt sich auch nicht mit dem Verteilungspostulat begründen. Die Beitragsinzidenz fällt überwiegend bei den Konsumenten an, so dass auch die Versicherten über den Kauf dienstleistungintensiver Güter den Arbeitgeberanteil letztlich tragen. Die Vorstellung, dass sich der Arbeitgeber in der GKV mit einem Beitragsanteil an der Finanzierungslast der Gesundheitsaufwendungen solidarisch beteiligt, beruht auf einer verteilungspolitischen Illusion.

In fiskalischer Hinsicht unterstellen – mehr oder weniger explizit – alle Reformvorschläge, dass die derzeitige Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV nicht nur auf konjunkturelle, sondern auch auf strukturelle Einflussfaktoren zurückgeht.

Da immer noch ein beachtliches Rationalisierungspotential im deutschen Gesundheitswesen existiert, steht dessen Realisierung unter allokativen Aspekten im Vordergrund, wenngleich die Ausschöpfung der Effizienz- und Effektivitäts-

reserven sowohl fiskalische Effekte in Form von Einsparungen als auch alloka-tive Wirkungen durch eine Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes erzeu-gen kann. Die überwiegende Mehrzahl der Reformvorschläge fordert zu diesem Zweck eine Intensivierung des Wettbewerbs und zwar nicht nur zwischen den Krankenkassen, sondern auch auf der Ebene der Leistungserbringer.

Die Versicherungspflichtgrenze trennt den Markt in zwei Segmente mit völlig unterschiedlichen Rahmenbedingungen, wobei derzeit sowohl der Wettbewerb zwischen GKV und PKV an dieser Grenze als auch der Wettbewerb innerhalb der PKV ordnungspolitische Defizite aufweist. An diesem Befund setzen alle Reformvorschläge an. Die Konzepte, die an der Pflichtversicherungsgrenze festhalten, fordern deshalb zur Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der PKV die Portabilität der Altersrückstellungen. Ein funktionsfähiger Wettbewerb setzt allerdings ebenfalls voraus, dass die privaten Krankenversicherungen über Instrumente im Vertragsgeschäft mit den Leistungserbringern verfügen. Die Reformkonzepte, die über eine Abschaffung der Pflichtversicherungsgrenze eine Bürgerversicherung vorsehen, verfolgen damit aber nicht in erster Linie alloka-tive Zwecke, sondern Verteilungsziele.

Hinsichtlich der ökonomischen Inzidenz, d.h. der tatsächlichen Belastung der Versicherten, weisen alle Reformkonzepte bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze einen entgelt- bzw. einkommensabhängigen Bereich auf. Je nach Ausgestaltung dieses Bereichs können Versicherte mit einem niedrigen Einkommen bei einkommensabhängigen Beiträgen, bei kassenspezifischen Pauschalbeiträgen und sogar bei risikoäquivalenten Prämien die gleiche Belastung tragen. Selbst bei risikoäquivalenten Prämien besteht auch bei sehr kranken Versicherten nicht die Gefahr einer finanziellen Überforderung. Der Unterschied besteht hier nicht in der Zahllast des Versicherten bzw. seiner solidarischen Unterstützung, sondern darin, ob die entsprechende Finanzierung innerhalb des Krankenversicherungssystems oder von außen über das Steuer- und Transfersystem erfolgt.

Nahezu alle Reformvorschläge nehmen Kinder von der Belastung aus, entweder durch unmittelbare Befreiung von der Beitragspflicht oder durch Ersatz der entsprechenden Aufwendungen. Der Unterschied liegt auch hier nicht in der finanziellen Belastung als vielmehr darin, ob dies im System oder außerhalb geschieht. Ferner rücken im Hinblick auf die Bemessungsgrundlage fast alle Konzepte von der derzeitigen schmalen und wachstumsschwachen Finanzie-rungsbasis ab und streben in irgendeiner Form nach einer Verbreiterung.

5 Varianten kassenspezifischer Gesundheitspauschalen

5.1 Gesundheitspauschalen nach dem Vorschlag von Rürup und Wille 2004³⁶

5.1.1 Ziel und Anlass

Die auch nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes anstehenden beschäftigungspolitischen und fiskalischen Probleme ebenso wie die absehbare Ausgabendynamik, lassen eine weitere Reform der GKV notwendig erscheinen. Ziel des Vorschlages war es einen politisch gangbaren Weg zur Finanzierungsreform der Gesundheitsversorgung aufzuzeigen, der zwar ökonomisch begründbar aber zugunsten der Umsetzbarkeit pragmatischen Erwägungen bisweilen größeres Gewicht als theoretischen Idealvorstellungen beimisst. Im Fokus der Ausführungen stehen dabei die Finanzierungsprobleme der GKV. Die Ausschöpfung von vorhandenem Rationalisierungspotential besitzt nur ergänzende Funktion. Gleichwohl bilden allokativen, distributiven und fiskalischen Gesichtspunkte die maßgeblichen ökonomischen Kriterien.

5.1.2 Grundzüge

Die Herauslösung des gesundheitsunabhängigen und damit versicherungsfremden Einkommensausgleichs und die Fokussierung auf den gesundheitsbezogenen Risikoausgleich ist wie bei allen Formen der pauschalen Beitragsgestaltung in der GKV konstitutives Merkmal. Im Rahmen des Modellvorschlages bestimmt sich die kassenindividuelle Höhe der Pauschale nach den jeweiligen Durchschnittskosten der Versicherten. Der Vorschlag sieht vor, dass die Gesundheitspauschale grundsätzlich von jedem Versicherten zu entrichten ist. Der ebenfalls versicherungsfremde Familienlastenausgleich, der in der GKV über die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Familienmitgliedern verankert ist wird damit ebenfalls aus der direkten Beitragsgestaltung herausgelöst.

Zur Vermeidung von allokativen und distributiven Verwerfungen erfolgt die Absicherung von Krankengeldzahlungen, welche dem Äquivalenzprinzip folgt, außerhalb des Leistungsumfanges der Gesundheitspauschale. Ohne diese Maßnahme entstünden allokativen Verwerfungen dadurch, dass auch derzeit beitragsfrei mitversicherte Familienmitglieder über die einheitliche Pauschalenhöhe an

³⁶ Das Gutachten zur Finanzierungsreform in der Krankenversicherung von Bert Rürup und Eberhard Wille wurde von den Autoren in Zusammenarbeit mit Martin Albrecht und mir im Jahr 2004 erstellt. Allfällige zwischenzeitliche diskretionäre Eingriffe, wie die Einführung eines zusätzlichen Beitragssatzes i. H. v. 0,9 Beitragssatzpunkten bleiben unberücksichtigt.

der Finanzierung der Krankengeldzahlungen beteiligt würden ohne selbst einen Leistungsanspruch zu besitzen. Da bei einer pauschalen Beitragsgestaltung die individuelle Äquivalenz verloren geht verhindert die Herauslösung des Krankengeldes gleichzeitig distributive Verwerfungen die durch den oben beschriebenen Verlust der individuellen Äquivalenz von pauschaler Beitragshöhe (bzw. deren Pauschalanteil für Krankengeld) und individuellem Anspruch auf die Höhe der Leistung entsteht.

So würden bei einer integrierten pauschalen Beitragsgestaltung Versicherte mit unterschiedlich hohen Einkommen und dadurch unterschiedlich hohen Zahlungsansprüchen für das Krankengeld gleiche absolute Beitragszahlungen leisten, wodurch unerwünschte regressive Wirkungen entstünden.

Der Vorschlag sieht vor, dass nur Versicherte, die auch Anspruch auf die Zahlung von Krankengeld haben eine entsprechende Versicherung, einkommensabhängig und als Ergänzung zum Umfang der Gesundheitspauschale abschließen. Bestehende Verwerfungen, wie z. B. die Verbeitragung von pflichtversicherten Rentnern mit dem allgemeinen Beitragssatz der GKV, der einen Anspruch auf Krankengeldzahlungen ab der sechsten Krankheitswoche vorsieht, vermeidet eine solche Regelung überdies. Die angestrebte Krankengeldversicherung folgt den gleichen Grundsätzen wie die GKV, sie unterliegt also dem Kontrahierungszwang und dem Diskriminierungsverbot.

Um Versicherte und damit Beitragszahler nicht zu Überfordern ist die Etablierung eines Belastungsausgleichs für Bezieher von geringen Einkommen vorgesehen. Im Bedarfsfall erhalten die Versicherten individuelle Beitragszuschüsse, die aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden.

Die Finanzierung über Pauschalbeiträge löst die Beitragsentwicklung und die Entwicklung der Arbeitskosten dergestalt, dass Beitragssatzsteigerungen nicht mehr automatisch eine entsprechende Erhöhung der Arbeitskosten, mit den damit verbundenen negativen Effekten für Beschäftigung und Wachstum, hervorrufen.

Dem Reformvorschlag folgend bestimmt sich der Beitrag zur GKV als kassen-spezifischer Durchschnittswert der Gesundheitsausgaben getrennt nach Erwachsenen und Kindern. Ausgehend vom Gesamtausgabenvolumen der GKV für Pflichtleistungen im Jahr 2004 beträgt die durchschnittliche und über alle Kassen gemittelte Gesundheitspauschale für Erwachsene 169 Euro pro Monat. Die für Kinder 78 Euro.

Der Vorschlag sieht vor, dass die formal paritätische Finanzierung der GKV-Beiträge aufgegeben wird, wobei die bisherigen Arbeitgeberanteile zur Krankenversicherung als Bruttolohnbestandteil ausgeschüttet und als solcher verbeitragt und versteuert werden. Aus Gründen der Gleichbehandlung werden bisher steuerfrei ausgezahlte Arbeitgeberanteile zur Krankenversicherung für

Mitglieder der PKV ebenfalls der Besteuerung unterzogen, für Beamte und Pensionäre wird ein fiktiver Arbeitgeberanteil verwendet.

5.1.3 Finanzierung der Gesundheitspauschale für Kinder

Der Modellvorschlag löst die bisherige beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen aus der GKV heraus. Da diese bisher als versicherungsfremdes Element in der GKV angesiedelte Umverteilungsfunktion aber dem gesamtgesellschaftlichen Ziel der Familienförderung dient, vermeidet der Vorschlag die gänzliche Abkehr hiervon. Die Pauschalbeträge für Kinder sollen zwar von den Eltern bzw. den gesetzlichen Vertretern entrichtet werden, dem Volumen nach soll aber das Kindergeld im Umfang der Kinderpauschale erhöht werden, so dass die Umstellung belastungsneutral für die Eltern³⁷ erfolgt.

Im Rahmen der für die Quantifizierung des Modellvorschlags durchgeführten Berechnungen konnten wir für die Erstattung der Kinderpauschalen ein Volumen von etwa 15,8 Mrd. Euro identifizieren. Da die Erstattung der Kinderpauschalen im Rahmen des Kindergeldes und die Gegenfinanzierung über Steuermittel erfolgt, ist – anders als im derzeitigen System, das die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder von GKV-Versicherten aus der Solidargemeinschaft selbst finanziert – zugunsten eines ordnungspolitisch konsistenten Vorschlages, der gleiche Erstattungsanspruch auch für Kinder von PKV-Versicherten einzurechnen. Die ausgewiesenen 15,9 Mrd. Euro beinhalten daher bereits 1,9 Mrd. Euro an Zahlungen für Kinder der PKV-Versicherten.

5.1.4 Steuerfinanzierte Beitragszuschüsse für Erwachsene

Der Verzicht auf die beitragsfreie Mitversicherung von erwachsenen Familienversicherten im Rahmen der GKV und die gleichzeitige Erhebung von pauschalen Beiträgen für jeden Versicherten kann gerade für Bezieher von geringen und geringsten Einkommen eine unzumutbare finanzielle Belastung darstellen. Der Modellvorschlag sieht daher die Anwendung einer Belastungsobergrenze für Beiträge einer Familie zur GKV vor, wobei Kinder hier aufgrund der Erstattung belastungsneutral sind. Um, gegeben dem Status quo, eine Mehrbelastung zu vermeiden sieht der Modellvorschlag eine Belastungsobergrenze i. H. v. 12,5% des Gesamteinkommens vor. Im Gegensatz zum derzeit angewendeten beitragspflichtigen Einkommen wurde bewusst das Gesamteinkommen gewählt, da so allfällige Verwerfungen durch unterschiedliche Verarbeitung von Einkunftsarten nicht nur im Rahmen der pauschalen Beitragsgestaltung sondern auch bei der Organisation des Belastungsausgleichs vermieden werden.

³⁷ Im ersten Schritt sei hier von eventuellen Mehrbelastungen durch die steuerzentrierte Gegenfinanzierung abstrahiert.

Da die derzeitigen GKV-Beiträge für Mitglieder mit allgemeinem und erhöhtem Beitragssatz ebenfalls Krankengeldleistungen beinhalten und damit die Krankengeldversicherung bei abhängig Beschäftigten ebenfalls den Charakter einer Pflichtversicherung einnimmt, müssen bei der Bestimmung der individuellen Belastung der Versicherten durch Beiträge zur Krankenversicherung ebenfalls die Beiträge zur separaten Krankengeldversicherung berücksichtigt werden.

Im Rahmen des Modellvorschlages haben wir für die Absicherung der Krankengeldleistungen 1,5 Beitragssatzpunkte veranschlagt³⁸. Überschreitet die Summe aus durchschnittlicher Gesundheitspauschale und einkommensabhängiger Krankengeldversicherung die Belastungsgrenze, erhält der Versicherte die Differenz ausbezahlt³⁹.

Die Höhe der Belastungsgrenze folgt dem Ziel eine Mehrbelastung der Versicherten durch die Umstellung auf Gesundheitspauschalen zu vermeiden. Im Rahmen des Modellvorschlags wird so zunächst ein defizitfreier Beitragssatz für die Gesamtheit der GKV bestimmt (im Berechnungsjahr 14,6%). Hiervon wurden bereits im Gesundheitsmodernisierungsgesetz vereinbarte Einsparungen von rd. 0,7 Beitragssatzpunkten sowie Ausgaben für Ermessensleistungen als freiwillige Zusatzleistungen der Kassen (0,6 Beitragssatzpunkte) abgezogen. Der im Versicherungsumfang zur Gesundheitspauschale als gleichwertig einstuftbare Beitragssatz lag so bei 13,3%. Um auch nach Ausschüttung der Arbeitgeberbeiträge als Bruttolohnbestandteil die absolute Höhe der GKV Beiträge konstant zu halten muss so die Belastungsgrenze für den um Arbeitgeberanteile erweiterten Bruttolohn auf 12,5% festgesetzt werden.

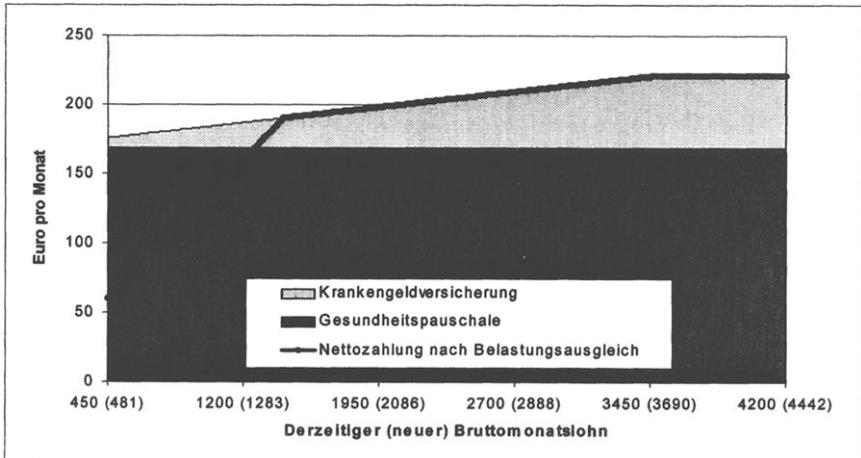
Wenngleich im Modellvorschlag nicht explizit ausgewiesen, so müsste die Belastungsobergrenze zugunsten der ordnungspolitischen Konsistenz auch für Versicherte der PKV gelten. Die Diskussion dieser Erweiterung hat aber allenfalls theoretische Bedeutung, da im Falle eines abhängig Beschäftigten zur Erreichung des Status eines versicherungsfreien ein regelmäßiges beitragspflichtiges Einkommen i. H. d. Beitragsbemessungsgrenze erforderlich ist, welches für sich genommen eine Einkommensbelastung von deutlich mehr als dem Doppelten der Gesundheitspauschale eines Erwachsenen zulässt; und nur dieser Betrag ist ausschlaggebend für die Zuwendungen im Rahmen der Belastungsobergrenze. Die Anwendung der Belastungsobergrenze bei einem Selbständigen, der als

³⁸ Dieser Wert liegt oberhalb des derzeitigen Beitragsvolumens zur Absicherung der Krankengeldleistungen. Allerdings sieht der Status quo auch für Rentner den allgemeinen Beitragssatz vor und so finanzieren diese die Krankengeldabsicherung quasi mit.

³⁹ Bei der Bestimmung des Belastungsvolumens muss ausdrücklich auf die durchschnittliche Gesundheitspauschale und nicht die kassenindividuelle abgestellt werden um für Versicherte auch im Falle eines Beitragszuschusses weiterhin die Anreize zum Abschluss einer kostengünstigeren Versicherung aufrecht zu halten.

Versicherter der PKV über Einkünfte deutlich unterhalb der GKV verfügen kann, ist ebenfalls nur von theoretischem Interesse. Für freiwillige Mitglieder der GKV sieht das SGB V, selbst bei nachweislich geringeren beitragspflichtigen Einkünften, Mindestzahlungen vor, die sich auf ein 40stel der monatlichen Bezugsgröße nach §18 SGB IV beziehen, so dass auch hier die Anwendung einer Belastungsgrenze unwahrscheinlich erscheint.

Abbildung 17: Krankenversicherungsbeitrag und Belastungsgrenze



Quelle: Eigene Darstellung.

5.1.5 Verteilungswirkungen

5.1.5.1 Der Status quo als Benchmark

Die Darstellung der Nettolohnveränderung und der damit verbundenen distributiven Wirkungen durch die Einführung von Gesundheitspauschalen erfordert zunächst einen einheitlichen Vergleichsrahmen. In diesem Sinne beträgt im Folgenden annahmegemäß der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung 19,5%, zur Arbeitslosenversicherung 6,5% und zur gesetzlichen Pflegeversicherung 1,7%. Der durchschnittliche Beitragssatz zur GKV im Januar 2004 lag bei 14,25%. Dieser Beitragssatz zur GKV berücksichtigt allerdings noch nicht die durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz bereits realisierten bzw. noch zu erwartenden Beitragssatzsenkungen. Die Personen machen neben Vorsorgeaufwendungen keine Sonderausgaben oder Werbungskosten geltend, d. h. neben

der Vorsorgepauschale werden jährliche Aufwendungen für Werbungskosten von 1.044 Euro und Sonderausgaben von 36 Euro in Abzug gebracht. Der Solidaritätszuschlag von 5,5% bleibt bestehen, von einer Berücksichtigung zur Kirchensteuer wird in diesem Zusammenhang aufgrund der unterschiedlichen Steuersätze und der nicht verpflichtenden Veranlagung abgesehen. Schließlich gilt der Einkommensteuertarif des Jahres 2005.

Basierend auf den Ausgabewerten des Jahres 2003 (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung April 2004) beträgt der defizitfreie und damit ausgabendeckende Beitragssatz in der GKV 14,6%⁴⁰. Auf Grundlage dieses Wertes wirken die Effekte des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG). Realisieren sich die dort antizipierten Einsparungen im Laufe des Jahres 2004, wird bis zum Jahresende ein Beitragssatz von 13,9% erreicht. Die mit dem GMG verbundenen Entlastungen der Arbeitnehmer und vor allem der Lohnnebenkosten wirken so für beide Parteien belastungssenkend.

Die kalkulierten Gesundheitspauschalen abstrahieren von Satzungsleistungen als kassenspezifische freiwillige Zusatzleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Die Darstellung eines geeigneten Benchmarks, welches den Referenzrahmen für reformbedingte Be- und Entlastungen bildet, muss von gleichen Leistungspaketen ausgehen. Der Leistungsumfang der Gesundheitspauschalen inkl. Krankengeld und Zahnersatz erfordert einen Beitragssatz von 13,3%. Zur Vermeidung einer impliziten Leistungskürzung zu Lasten der Versicherten wird auch der Benchmark auf Grundlage dieses Beitragssatzes aufgebaut und verhindert damit eine Verzerrung durch unterschiedliche Preise für den gleichen Versicherungsumfang.

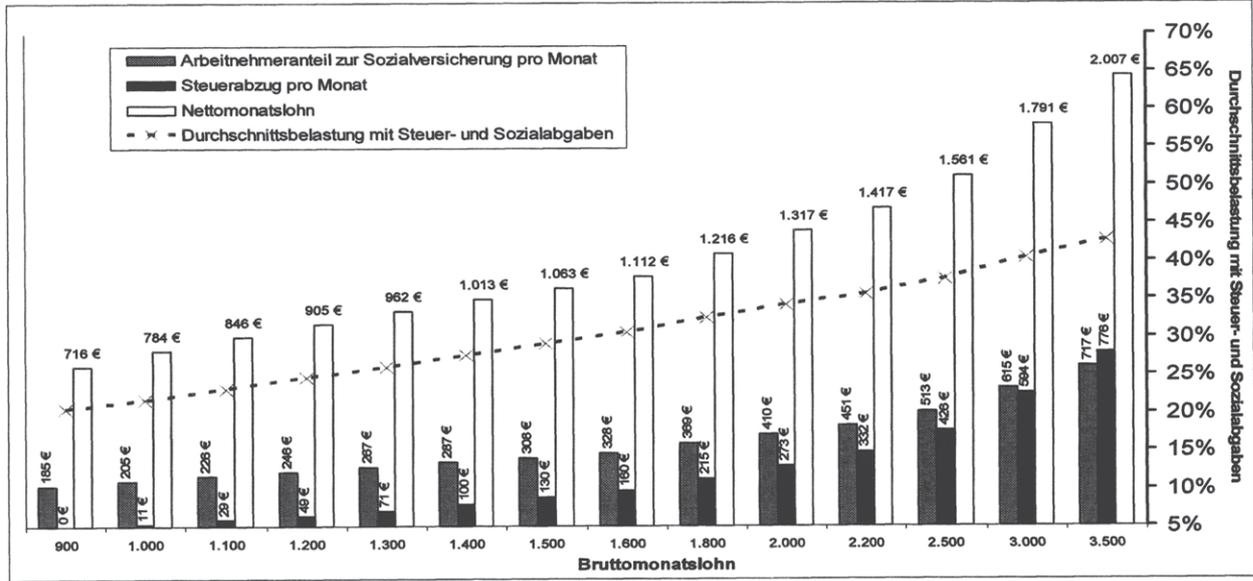
Wie Abbildung 18 zeigt, verbleiben im Referenzszenario bei einem monatlichen Bruttolohn von 1.000 Euro derzeit nach Abzug der berücksichtigten nettolohnwirksamen Belastungen etwa 784 Euro als Nettolohn. Bei 1.500 Euro ergibt sich ein Nettolohn von etwa 1.063 Euro und bei 2.000 Euro ein Nettolohn von ca. 1.317 Euro.

5.1.5.2 Belastungen durch die Gesundheitspauschale

Die Erhebung einer Gesundheitspauschale zur Deckung der Ausgaben der GKV sieht eine Gesamtbelastung von 169 Euro je Versicherten vor, wobei der bisherige Arbeitgeberanteil zur GKV bei einem Beitragssatz von 13,9% an den Arbeitnehmer ausgeschüttet und zusammen mit dem bisherigen Bruttolohn

⁴⁰ Da die Bestimmung der Gesundheitspauschalen ausgabenbasiert erfolgt und so die Generierung eines Defizits vermieden, muss auch ein defizitfreier Beitragssatz Grundlage eines Referenzrahmens sein.

Abbildung 18: Vergleich von Brutto- und Nettolohn in der derzeitigen Regelung



Die Personen machen neben Vorsorgeaufwendungen keine Sonderausgaben oder Werbungskosten geltend, d. h. neben der Vorsorgepauschale werden jährliche Aufwendungen für Werbungskosten von 1.044 Euro und Sonderausgaben von 36 Euro in Abzug gebracht.

Quelle: Eigene Berechnungen.

versteuert wird. Nach Ausschüttung des Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung⁴¹ erhöht sich zunächst der Bruttolohn. Zur Sicherstellung der gleichen absoluten Abgabenhöhe bedarf es einer Anpassung der Beitragssätze, Beitragsbemessungsgrenzen und der Versicherungspflichtgrenze in der Sozialversicherung.

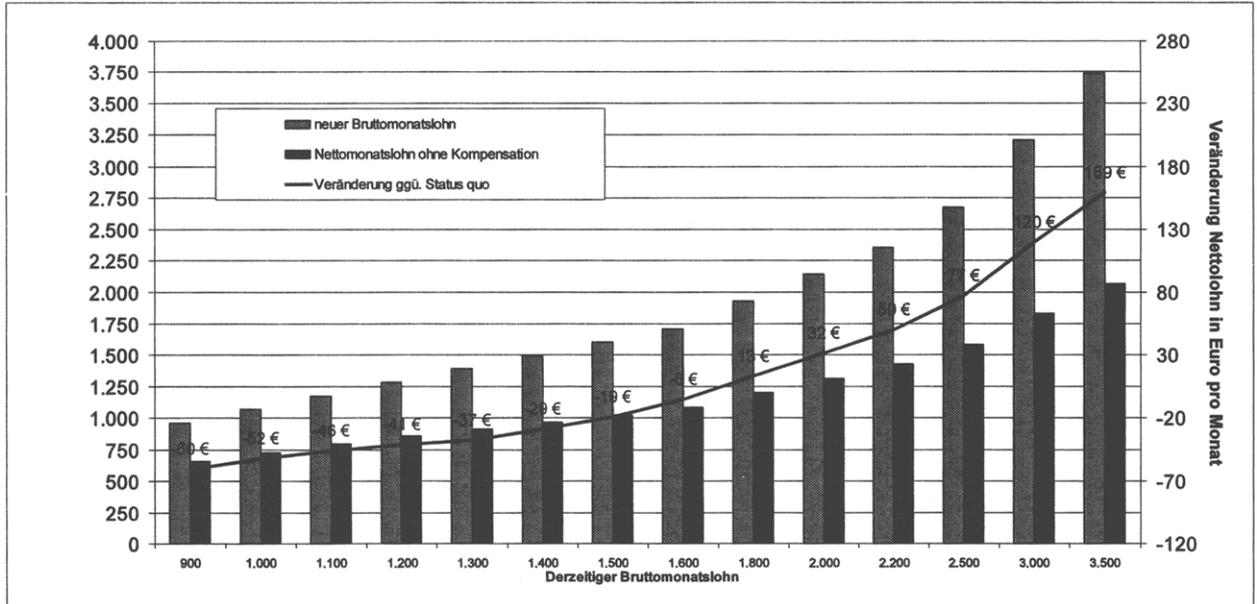
Die Ausschüttung des Arbeitgeberanteils zur GKV macht eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze erforderlich, um sicherzustellen, dass der gleiche Personenkreis der Versicherungspflicht unterliegt. Da in der Differenz zwischen Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze keine einkommensäquivalente Anhebung des Arbeitgeberanteils stattfindet, wird die Versicherungspflichtgrenze um den gleichen absoluten Wert, angehoben. Ausschüttungsbedingt erhöht sich das zu versteuernde Einkommen der Mitglieder. Unter Beibehaltung aller anderen Sozialversicherungskosten in der bisherigen absoluten Höhe der Referenzsituation ergeben sich daraus Veränderungen hinsichtlich des Brutto- und Nettoeinkommens. Unter Berücksichtigung der Kosten einer verpflichtenden Krankengeldversicherung, die 1,5% des bisherigen Bruttolohns bis zur Beitragsbemessungsgrenze der GKV veranschlagt, illustriert Abbildung 19 die entsprechenden Veränderungen bei isolierter Einführung einer Gesundheitspauschale. Personen, die bisher über ein Bruttomonatseinkommen von bis zu 1.700 Euro verfügen, erfahren durch die erhöhte Steuerlast und die nun pauschalisierten Beiträge der GKV im Vergleich zum Status quo eine Mehrbelastung.

Die Einführung einer Belastungsobergrenze, die auch die Kosten für die verpflichtende Krankengeldversicherung erfasst, vermeidet die isolierte Mehrbelastung durch die Gesundheitspauschale. Bei der Bemessung der Belastungsobergrenze werden entsprechend dem erweiterten Bruttolohn für die maximale Belastung des neuen Bruttomonatslohns durch Krankenversicherungsbeiträge 12,5% veranschlagt.

Obwohl die Kosten der Krankenversicherung inkl. Krankengeld die Versicherten nun nicht stärker belasten als im geltenden System, wirkt die Ausschüttung und Versteuerung der Arbeitgeberanteile zur GKV dennoch Nettolohn senkend. Bei gegebenen Versicherungskosten werden Versicherte ab Erreichen eines steuerpflichtigen Einkommensniveaus mehr belastet als im Status quo, da die steuerliche Grenzbelastung des ausgeschütteten Arbeitgeberanteils größer 0 ist. Eine Veränderung bzw. Ergänzung der Vorsorgepauschale kann diese im

⁴¹ Da Selbständige keinen Arbeitgeberanteil zur GKV erhalten, sollte für diesen Personenkreis ein analoges Verfahren eine Beteiligung an der gesamtgesellschaftlichen Finanzierung der Gesundheitskosten sicherstellen. Im einfachsten Fall wird das Bruttoeinkommen, welches als Grundlage für die Steuerbemessung dient, um einen fiktiven Arbeitgeberanteil zur GKV angehoben.

Abbildung 19: Veränderungen von Brutto- und Nettomonatslohn ohne Berücksichtigung einer Kompensation

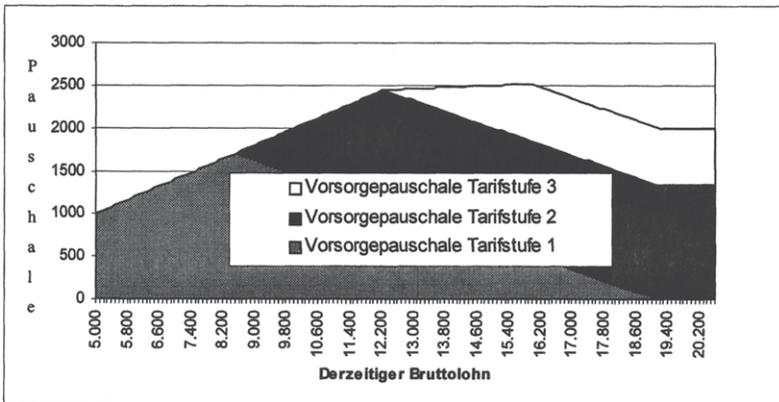


Quelle: Eigene Berechnungen.

Wesentlichen durch die erhöhte Steuerbelastung entstandene Nettolohnsenkung kompensieren.

Die derzeitige Vorsorgepauschale erfasst (sofern keine höheren Belastungen geltend gemacht werden) maximal 20% des Bruttolohns als steuerabzugsfähigen Betrag. Um die steuerentlastende Wirkung mit einer Umverteilungskomponente zu verbinden, kombiniert die Festsetzung der Vorsorgepauschale 3 Tarifestufen, so dass sich derzeit der in Abbildung 20 dargestellte Stufentarif ergibt. Personen mit geringen Einkommen erfahren einen einkommensabhängigen Anstieg der absoluten Vorsorgepauschale (analog zur Höhe der Sozialabgaben). Ab einem Bruttolohn von etwa 1.000 Euro pro Monat reduziert sich die Grenzzunahme der Pauschale deutlich. Bei einem Einkommen von etwa 1.400 Euro pro Monat nimmt die anzusetzende Pauschale mit zunehmendem Einkommen wieder ab, um ab einer Bruttolohnhöhe von etwa 1600 Euro pro Monat in einen vom weiteren Einkommensverlauf unabhängigen Pauschalabzug zu münden.

Abbildung 20: Die Vorsorgepauschale im derzeitigen System



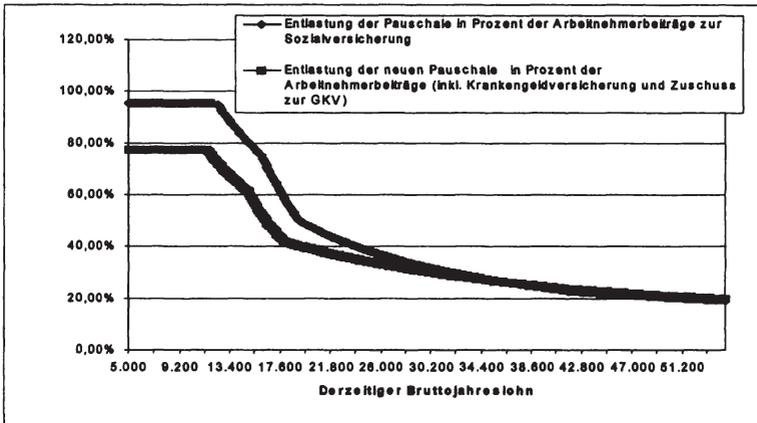
Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Veränderung bzw. Erhöhung des Bruttolohns durch den ausgeschütteten Arbeitgeberbeitrag zur GKV führt nun dazu, dass der Versicherte die Tarifstufen früher erreicht und damit auch schneller in den Bereich einer pauschalierten bzw. reduzierten Abzugsmöglichkeit gelangt. Wie Abbildung 21 darstellt, berücksichtigt die derzeitige Ausgestaltung der Vorsorgepauschale systematisch geringere Anteile der Sozialversicherungsbeiträge. Erst ab einem Jahreseinkommen von etwa 30.000 Euro deckt sich der durch die Vorsorgepauschale

erfasste Satz des alten und neuen Arbeitnehmeranteils zu den Sozialversicherungsabgaben, was auf die tarifbedingte Pauschalierung zurückgeht.

Eine Ergänzung der bestehenden Vorsorgepauschale, die einen zusätzlichen, an die Gesundheitspauschale angepassten, Vorsteuerabzug ermöglicht, vermag dieses zu leisten. Ihre Ausgestaltung muss aber dynamisch den sonstigen Gegebenheiten, respektive der Gegenfinanzierung des erforderlichen Transferbedarfs, angepasst werden.

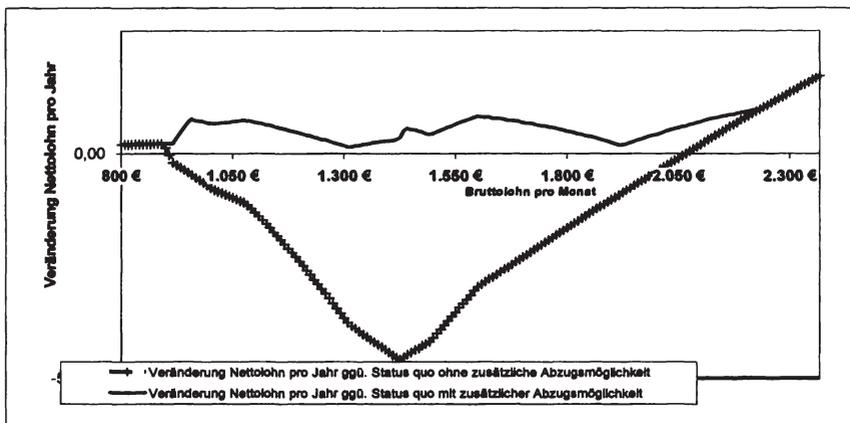
Abbildung 21: Entlastungswirkungen der Vorsorgepauschale



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 22 verdeutlicht exemplarisch die generelle Wirkungsweise einer solchen Ergänzung. Wie aus der Darstellung hervorgeht ermöglicht ein derartiger Abzug, bei entsprechender Ausgestaltung, gerade auf den relevanten Bereich der Bezieher von vergleichsweise niedrigen aber schon steuerpflichtigen Einkommen einzuwirken. Deren Mehrbelastung im Zusammenhang mit der Gesundheitspauschale wird so vermieden, ohne dabei bereits bestehende positive Veränderungen des Nettolohns zusätzlich zu erweitern. Gleichzeitig erhöht sich durch die Vermeidung von Mehrbelastungen im niedrigen Einkommensbereich der Transferbedarf, wodurch sich die erforderliche, dynamische Anpassung der Abzugsmöglichkeit an die gewählte Gegenfinanzierung begründet, wenngleich die hier gewählte Ausgestaltung das zusätzliche Transfervolumen auf ein relatives Minimum begrenzt.

Abbildung 22: Notwendigkeit und Wirkungsweise einer zusätzlichen Vorsorgepauschale



Gesundheitszuschlag 11,90%. Die Personen machen neben Vorsorgeaufwendungen keine Sonderausgaben oder Werbungskosten geltend, d. h. neben der Vorsorgepauschale werden jährliche Aufwendungen für Werbungskosten von 1.044 Euro und Sonderausgaben von 36 Euro in Abzug gebracht. Quelle: Eigene Darstellung.

5.1.5.3 Zuschussbedarf und Gestaltung der Gegenfinanzierung

Die bisherigen Überlegungen haben gezeigt, dass eine Umstellung auf Gesundheitspauschalen durch Einführung einer Belastungsobergrenze in Kombination mit einer modifizierten Vorsorgepauschale bzw. der Einführung einer Zusatzpauschale gerade für Bezieher geringer und mittlerer Einkommen belastungsneutral bzw. in geringem Umfang Nettolohn steigierend erfolgen kann. Die Steuermehreinnahmen durch Ausschüttung und Versteuerung des Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung vermögen aber nicht den kompletten Zuschussbedarf auszugleichen, sondern lediglich die Finanzierung eines Teils. Dieses zusätzliche Steueraufkommen von 15,6- Mrd. Euro reicht nur aus, um den Krankenversicherungsbeitrag für beitragsfrei mitversicherte Kinder zu finanzieren

Um die restlichen Zuschusszahlungen auszugleichen, die im Zusammenhang mit der Belastungsobergrenze sowie dem Einnahmehausfall durch die Einführung einer Zusatzpauschale entstehen, bietet sich die Einführung eines Gesundheitszuschlags an. Dieser Zuschlag unterliegt einer ähnlichen Ausgestaltung wie der bereits eingeführte Solidarzuschlag und macht sich dessen distributive Wirkungen zu nutze. Als prozentualer Aufschlag auf den Zahlbetrag der Steuer erfasst er ebenfalls das komplette Haushaltseinkommen. Durch die progressive Ausgestaltung der Einkommensteuer belastet er Personen mit niedrigem Einkommen

und damit niedriger Einkommensteuerlast nur wenig, Bezieher hoher Einkommen absolut deutlich und auch relativ stärker. Bezieher von geringen bzw. nicht-steuerpflichtigen Einkommen werden gar nicht belastet.

Diese Form der Gegenfinanzierung, die quasi an die Stelle der bisher in der GKV angesiedelten Einkommensumverteilung tritt, vermeidet die distributiven Verwerfungen der derzeitigen Beitragsgestaltung.

Dieses geht einher mit den im Folgenden aufgeführten Effekten:

- Der Einkommensausgleich knüpfte bisher nur an beitragspflichtigen Einkommen an, während das Reformkonzept über das zu versteuernde Einkommen alle Einkunftsarten erfasst.
- Sieht man von Effekten durch höhere Leistungsentgelte der Selbstzahler ab, beteiligen sich bisher nur Mitglieder der GKV an der Einkommensumverteilung. Die Reform bezieht die gesamte Bevölkerung in den Solidarausgleich ein.
- Regressive Verteilungswirkungen durch die Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze existieren hier nicht. Da das Steuersystem eine Belastungsobergrenze nicht kennt, wandelt sich deren Effekt quasi in eine progressive Form um. Durch die progressive Einkommensteuer werden Bezieher höherer Einkommen mit einem prozentual höheren Anteil zu Steuerzahlungen veranlagt. Dadurch steigt die absolute Höhe der Steuerlast überproportional. Da der Gesundheitszuschlag ein prozentualer Aufschlag auf die progressive Steuerlast darstellt, beteiligen sich Bezieher höherer Einkommen stärker an der Finanzierung des Belastungsausgleichs als Bezieher geringerer und auch mittlerer Einkommen. Diese Art der Finanzierung übertrifft in distributiver Sicht alle Varianten einer Krankenversicherung, deren Beitragserhebung einer linearen Lohnsteuer folgt.

Basierend auf einer eigens für die Quantifizierung der Modellvorschläge durchgeführten Mikrosimulation von Bork beläuft sich der gesamte Transferbedarf der Einführung der Gesundheitspauschale und unter Berücksichtigung der Einnahmeausfälle durch die Zusatzpauschale auf 38,3 Mrd. Euro. Nach Abzug der Steuermehreinnahmen durch Ausschüttung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung verbleibt ein Defizit von 22,7- Mrd. Euro. Die Erhebung des Gesundheitszuschlags mit einem Satz von 11,9% ermöglicht zusätzliche Einnahmen von 22 Mrd. Euro und stellt damit die Finanzierung sicher.

5.1.5.4 Resultierende Verteilungswirkungen bei Anwendung von Kompensationsmechanismen

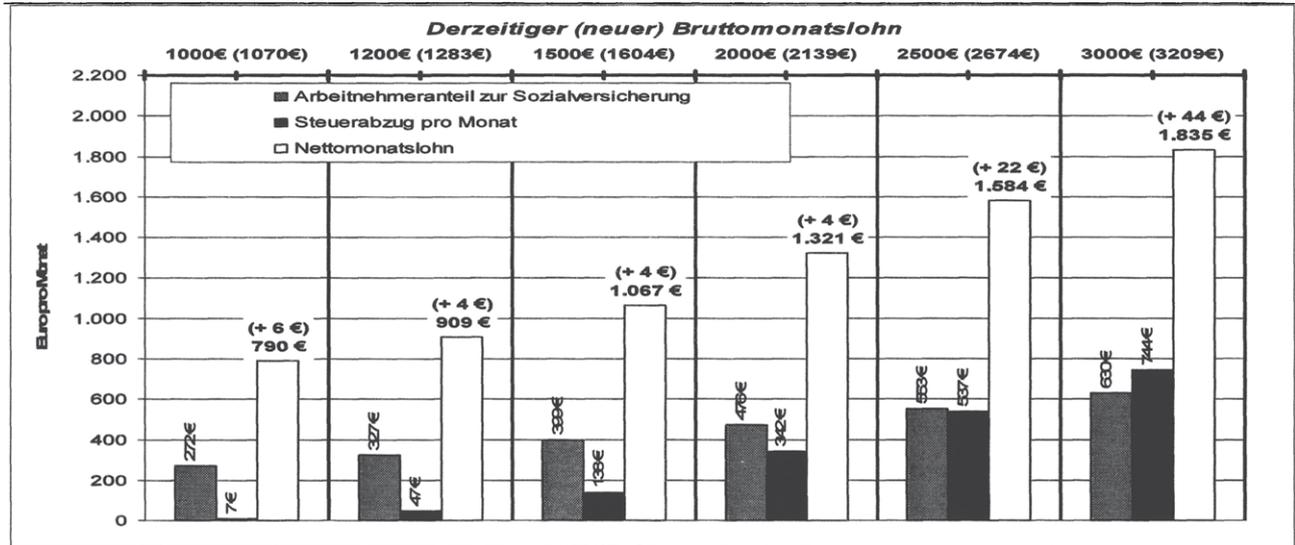
Das Zusammenwirken von veränderter Belastungsgrenze, Zusatzpauschale und Gesundheitszuschlag stellt nach Ausschüttung und Versteuerung des Arbeitgeberanteils die Versicherten über weite Teile im Nettoeinkommen besser als im derzeitigen System. Wie Abbildung 23 zeigt, verfügen alle dargestellten Einkommensgruppen über ein höheres Nettomonatseinkommen. Dabei erfahren die Einkommensgruppen einen höheren Nettolohnzuwachs, die einen geringeren oder keinen Transfer zur Deckung von Gesundheitspauschale und Krankengeldversicherung benötigen. Ein exemplarischer Vergleich einiger Einkommensgruppen macht dies deutlich. Die derzeitige Regelung belastet einen Arbeitnehmer mit einem Bruttomonatslohn von 1.000 Euro durch Steuer und Sozialabgaben mit etwa 216 Euro, so dass 784 Euro pro Monat als verfügbares Einkommen verbleiben. Nach der Ausschüttung des Arbeitgeberanteils steigt der Bruttolohn (vgl. Abbildung 23) auf etwa 1.070 Euro. Nach Abzug von Steuer- und Sozialabgaben sowie Einrechnung der Transferzahlungen besitzt er im neuen System einen Nettolohn von 790 Euro pro Monat, also etwa 6 Euro mehr als im geltenden System.

Bei einem Bruttomonatslohn inkl. ausgeschüttetem Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung von 2.674 Euro ergibt sich nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben ein Nettolohn von 1.584 Euro. Dieses verfügbare Einkommen übersteigt den derzeitigen Stand um etwa 22 Euro pro Monat.

Das Konzept der Gesundheitspauschalen stellt die Finanzierung somit auf eine breitere Basis. Zunächst entrichtet jeder Versicherte nun einen Beitrag. Die Zahlung des Beitrages erfolgt aus dem Gesamteinkommen und beschränkt sich nicht auf einzelne Einkommensarten. Ferner nutzt die Versteuerung des Arbeitgeberanteils zur GKV die im Einkommensteuersystem enthaltene Progression aus, die Personen mit höheren Einkommen stärker belastet als Personen mit einem geringeren Einkommen. Dieser Effekt verstärkt sich noch durch die bereits erwähnten Wirkungen des Gesundheitszuschlags. Abbildung 24 weist die Transferzahlungen durch die Belastungsberggrenze für Bezieher niedriger Einkommen bzw. die Nettosteigerung der Steuerzahlungen der übrigen Arbeitnehmer aus.

Während Versicherte mit einem Bruttolohn von derzeit 1000 Euro pro Monat noch einen Transfer von etwa 650 Euro pro Jahr zur Kompensation benötigen, fallen schon bei Versicherten mit einem monatlichen Bruttolohn von derzeit 1500 Euro durch die Versteuerung des ausgeschütteten Arbeitnehmeranteils gut 100 Euro pro Jahr mehr an Steuerzahlungen an. Bei Versicherten mit einem Bruttomonatslohn von derzeit 2500 Euro belaufen sich die Steuermehreinnahmen bereits auf etwa 1334 Euro und bei einem Bruttomonatslohn von 3500 Euro auf gut 2300 Euro pro Jahr.

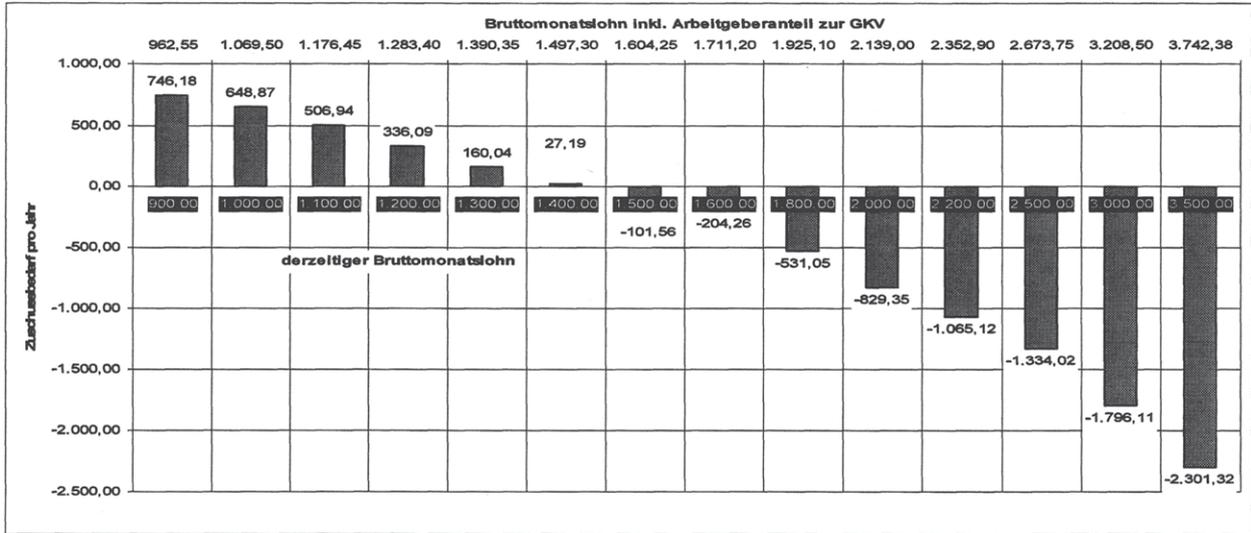
Abbildung 23: Einkommenssituation nach Umstellung auf die Gesundheitspauschale



***) Die Personen machen neben Vorsorgeaufwendungen keine Sonderausgaben oder Werbungskosten geltend, d. h. neben der Vorsorgepauschale werden jährliche Aufwendungen für Werbungskosten von 1044 Euro und Sonderausgaben von 36 Euro in Abzug gebracht.**

Quelle: Eigene Berechnung.

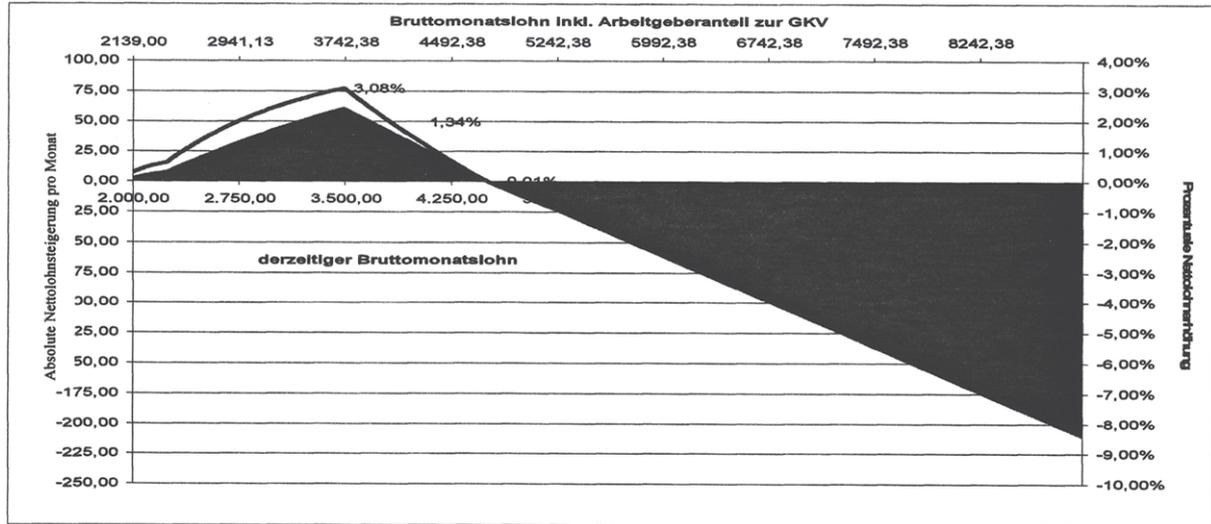
Abbildung 24: Zuschussbedarf bzw. zusätzliche Steuerzahlung je Arbeitnehmer im Gesundheitspauschalenmodell mit Ausgleichsmechanismen



*) Die Personen machen neben Vorsorgeaufwendungen keine Sonderausgaben oder Werbungskosten geltend, d. h. neben der Vorsorgepauschale werden jährliche Aufwendungen für Werbungskosten von 1044 Euro und Sonderausgaben von 36 Euro in Abzug gebracht.

Quelle: Eigene Berechnung.

Abbildung 25: Absolute und prozentuale Nettolohnveränderung bei Anwendung der Gesundheitspauschale



*) Gesundheitszuschlag 11,90%. Die Personen machen neben Vorsorgeaufwendungen keine Sonderausgaben oder Werbungskosten geltend, d. h. neben der Vorsorgepauschale werden jährliche Aufwendungen für Werbungskosten von 1044 Euro und Sonderausgaben von 36 Euro in Abzug gebracht.

Quelle: Eigene Darstellung.

Es tritt somit zwar eine Verbesserung des Nettolohns aller unteren und mittleren Einkommensgruppen ein, die aber bei einzelnen Einkommensklassen unterschiedlich hoch ausfällt. Abbildung 25 stellt die absolute und prozentuale Veränderung des Nettolohns in Abhängigkeit vom Bruttolohn der Versicherten dar. Bis zu einem Einkommen von etwa 3500 Euro nimmt die absolute und auch prozentuale Nettolohnsteigerung fast linear mit dem Einkommen zu. Ab dieser Einkommenshöhe sinkt der absolute und damit auch der prozentuale Einkommenszuwachs. Dieser Rückgang setzt sich bis zu einem Monatseinkommen von derzeit etwa 4500 Euro fort. Ab dann führt das Zusammenwirken eines konstanten Grenzsteuersatzes, die Ausschüttung eines maximalen Arbeitgeberanteils (bedingt durch die Beitragsbemessungsgrenze) und der Gesundheitszuschlag zu einer Nettolohnsenkung im Vergleich zum Status quo und stellt die Gegenfinanzierung sicher.

Die bisherigen Untersuchungen zu den nettolohnwirksamen Effekten einer Einführung von Gesundheitspauschalen bezogen sich auf einen alleinstehenden Arbeitnehmer. Da dieser Reformvorschlag die Versicherungskosten auf Individualebene bemisst, gelten die vorgestellten Ergebnisse exemplarisch auch für Mehrpersonenhaushalte. Ein alleinerziehender Arbeitnehmer unterliegt, wegen der Erstattung der Gesundheitspauschale für Kinder, prinzipiell der gleichen bzw. Entlastung wie ein Alleinstehender.

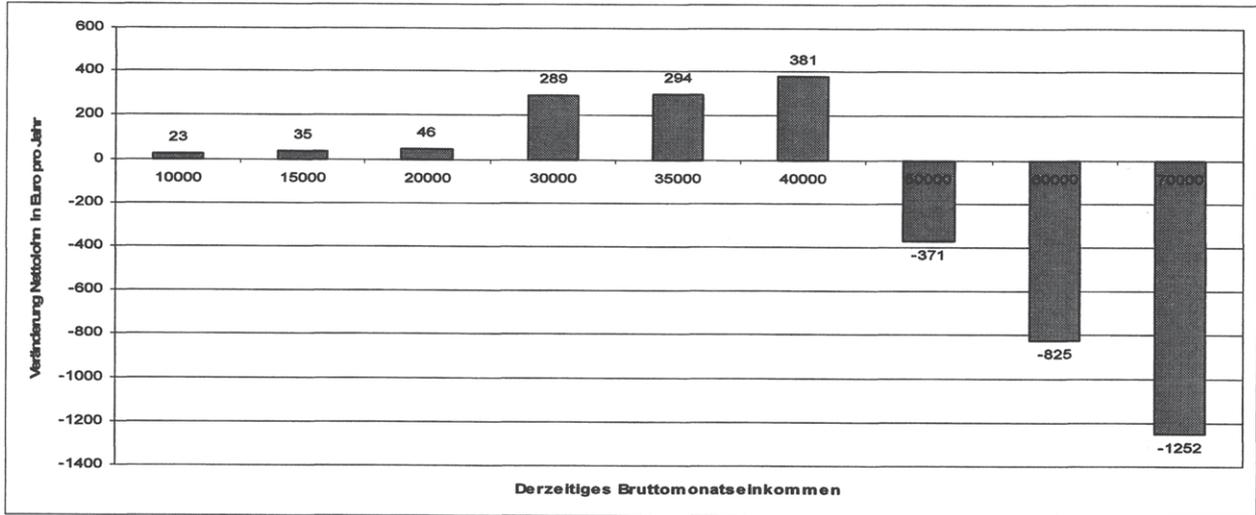
Kinderlose Ehegatten profitieren ebenfalls in gleichem Umfang wie Alleinstehende. Aufgrund des Splittingverfahrens in der Einkommensteuer werden zwei Ehegatten, die zusammen 2000 Euro verdienen, genauso belastet wie zwei Alleinstehende mit jeweils 1000 Euro Arbeitsentgelt. Auch nach Einführung einer Gesundheitspauschale hängt die Belastung nicht davon ab, ob zwei Personen Einkommen erzielen oder nur ein Partner. Wegen der Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehepartnern können u. U. die direkten Krankenversicherungskosten steigen. Die Entlastungswirkung der Belastungsobergrenze verhindert, dass die Krankenversicherungsbeiträge mehr als 12,5% des Bruttohaushaltseinkommens übersteigen, so dass auch für mittlere Einkommen keine zusätzliche Belastung entsteht. Da bei einer Gesundheitspauschale von 169 Euro je Erwachsenen zuzüglich Krankengeldversicherung bereits ab einem Einkommen von etwa 2650 Euro pro Monat die Versicherungskosten die Belastungsgrenze unterschreiten, fallen auch hier keinerlei Mehrbelastungen an. Die eingeführte Zusatzpauschale verhindert eine steuerbedingte Mehrbelastung im relevanten Einkommensbereich. Arbeitnehmerfamilien mit Kindern profitieren so analog der o. a. Argumentation in gleichem Maße.

Die hier gewählte Form der Gegenfinanzierung über einen erhöhten Solidarausgleich birgt für Familien bzw. Alleinerziehende eine zusätzliche Anrechnung der damit verbundenen Belastungen. Anders als bei der Bestimmung der Einkommensteuer die auf Grundlage einer Günstigkeitsprüfung die Anrechnung von

Kindergeld oder Kinderfreibeträgen vorsieht, wird bei der Bestimmung des Solidaritätszuschlages generell das zu versteuernde Einkommen um Pauschalbeiträge gemindert. Dieses bewirkt, dass mit zunehmender Kinderzahl der für die Bestimmung des Solidaritätszuschlages maßgebliche Steuerbetrag sinkt. Im Rahmen des Familienlastenausgleichs werden durch den Kinderfreibetrag i. H. v. 3648 Euro pro Jahr (2005) und Kind und zusätzlich durch den Freibetrag für Betreuung- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf i. H. v. 2160 Euro pro Jahr und Kind (2005) berücksichtigt. Dadurch wirkt die im Solidaritätszuschlag implementierte Form des Familienlastenausgleichs entlastend auf die Beteiligung von Familien an der Gegenfinanzierung des im Rahmen dieses Reformvorschlages erforderlichen Transfervolumens. Die Zahllast reduziert sich entsprechend dynamisch mit steigender Kinderzahl.

Bleibt man bei dem als Benchmark aufgezeigten Beispiel und modifiziert, unter Beibehaltung aller anderen Variablen, die Ausgangssituation derart, dass nun das Nettoeinkommen einer Familie mit 2 Kindern bei einem Alleinverdiener im System der Gesundheitspauschale mit dem Status quo verglichen wird, ergeben sich die in Abbildung 26 dargestellten Veränderungen des Nettolohns pro Jahr. Aufgrund des Zuschussbedarfs werden Familien mit geringen Einkünften bis zu etwa 25.000 Euro derzeitigen Jahreseinkommen nur gering entlastet. Mit sinkendem bzw. wegfallendem Zuschussbedarf werden Steigerungen des Nettoeinkommens z. B. bei einer Familie mit derzeit 35.000 Euro Bruttojahreseinkommen von knapp 300 Euro oder etwa 25 Euro pro Monat realisiert. Durch den Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung der Ehefrau und der fehlenden Schutzbedürftigkeit von Familien mit relativ hohen Einkommen ergeben sich bei einem Einkommen von 50.000 Euro Nettolohnsenkungen von etwa 370 Euro pro Jahr. Bei einem derzeitigen Jahresbruttoeinkommen von 70.000 Euro ist mit einer Mehrbelastung von etwa 100 Euro pro Monat zu rechnen. Diese Mehrbelastung bzw. Entlastung der Familien wird durch eine steigende Kinderzahl und durch weitere steuermindernde Tatbestände beeinflusst und so stellen - wie auch für den Fall des Singles - die hier abgetragenen Beispielrechnungen ein exemplarisches Minimum dar. Die Umstellung auf Gesundheitspauschalen stellt Rentner zumindest nicht schlechter. Bei dieser Personengruppe wird der Anteil der Rentenversicherung zu den GKV-Beiträgen zwar steuerpflichtig ausgeschüttet, durch die Teilbesteuerung der Renten ist allerdings kaum von Steuererhöhungen auszugehen. Weiterhin wirkt auch bei dieser Personengruppe die Belastungsobergrenze und vermeidet damit eine Verschlechterung gegenüber dem Status quo. Eine Verbesserung gegenüber der derzeitigen Regelung bewirkt die Ausgliederung der Krankengeldversicherung. Während pflichtversicherte Rentner heute den durchschnittlichen allgemeinen Krankenversicherungsbeitrag zahlen, wird dieser Personenkreis künftig an den Kosten dieser Versicherungsleistung nicht mehr beteiligt. Rentner tragen also nur die Kosten einer allgemeinen Gesundheitspauschale.

Abbildung 26: Veränderung der Einkommenssituation nach Umstellung auf die Gesundheitspauschale (Familie mit 2 Kindern)



*) Gesundheitszuschlag 11,90%. Die Personen machen neben Vorsorgeaufwendungen keine Sonderausgaben oder Werbungskosten geltend, d. h. neben der Vorsorgepauschale werden jährliche Aufwendungen für Werbungskosten von 1044 Euro und Sonderausgaben von 36 Euro in Abzug gebracht.

Quelle: Eigene Darstellung.

5.1.6 Zu Wettbewerb und Preisrelation zwischen GKV und PKV

5.1.6.1 Die Prämienkalkulation in der PKV

Im Unterschied zur GKV bildet die prämienbestimmende Größe in der PKV nicht das beitragspflichtige Einkommen der Versicherten. Die PKV verwendet vielmehr eine risikoäquivalente Prämiengestaltung, die sich an den erwarteten alters- und geschlechtsspezifischen Gesundheitsausgaben orientiert. Sieht man von speziellen Ausschlüssen und Sonderaufschlägen ab, die auf die schon beim Eintritt in die Versicherung bestehenden Morbiditäten abstellen, veranschlagen die Prämien in einem ersten Schritt die rechnungsmäßigen Kopfschäden der Versicherten. Diese differenzieren ebenfalls nach Alter und Geschlecht und stellen damit einen Erwartungswert je Mitglied einer abgegrenzten Risikogruppe dar. Die Prämiengestaltung der PKV versucht anhand dieser Profile, eine im Zeitablauf annähernd konstante Prämienbelastung für die Versicherten sicherzustellen. Dazu wird das Ausgabenprofil des Versicherten über den verbleibenden Lebenszyklus kumuliert. Abhängig von Eintrittsalter und unter Berücksichtigung von Sterbewahrscheinlichkeiten und anderen den Erwartungswert verändernden Größen erreicht die Bildung von Altersrückstellung eine Prämienglättung. Da dieses Vorgehen gänzlich von dem der GKV abweicht, wird die Prämienbestimmung der PKV anhand einiger Basisformeln näher dargestellt.

Die vertragliche Prämie für eine Versicherung der PKV stellt sich als Bruttoprämie wie folgt dar:

$$(1) \quad b_x = \frac{P_x + \Gamma}{1 - \sigma}$$

mit

- b = Bruttoprämie eines Versicherten
- P = Nettoprämie
- Γ = Sicherheitszuschlag
- σ = Stückkostenzuschlag

Wie aus dieser Gleichung (1) ersichtlich, kalkulieren die Versicherungsanbieter neben den Nettoprämien, die von den Gesundheitsausgaben abhängen, einen Sicherheitszuschlag sowie einen Stückkostenzuschlag in die Bruttoprämie ein.

Bei der Festlegung der Nettoprämie bieten sich grundsätzlich zwei Varianten an, deren Berechtigung in der Prämienkalkulation selbst liegt und aus dem Kapitaldeckungselement der PKV hervorgeht. Eine Nettoprämie in der Reinform sollte zunächst lediglich dem erwarteten Kopfschaden eines Versicherten entsprechen (abzüglich eventuell vereinbarter Selbstbehalte). Alter und Geschlecht lassen neben vielen anderen Möglichkeiten eine feinere Abstufung zu. Da Gesund-

heitsausgaben und Einkommen der Versicherten spätestens mit dem Renteneintritt nicht mehr den gleichen Steigerungsraten unterliegen, trifft die PKV in der Nettoprämie auch Vorkehrungen für die mit dem Alter steigenden Gesundheitsausgaben, ähnlich einem umgekehrten Kreditvertrag mit monatlicher Annuität. Sofern die Gesundheitsausgaben, die antizipierten Storno- und Sterbewahrscheinlichkeiten sowie die Verzinsung der Altersrückstellung sich nicht ändern, werden auf Basis einer solchen Kalkulation die Versicherungsprämien über die gesamte Vertragslaufzeit identisch sein.

Mit:

P_x =Netto-Beitrag für ein Eintrittsalter x je Geschlecht

a_x =Rentenbarwertfaktor

A_x =Leistungsbarwert

i =Zinssatz

K_x =rechnungsmäßiger Kopfschaden eines Alters x

q_x =Sterbewahrscheinlichkeit eines Alters x

w_x =Stornowahrscheinlichkeit eines Alters x

ergibt sich dann:

$$(2) P_x = \frac{A_x}{a_x}$$

$$(3) a_x = \frac{N_x}{D_x}$$

$$(4) N_x = \sum_{t=x}^{100} D_t$$

$$(5) v = \frac{1}{1+i}$$

$$(6) l_0 = 100000 \text{ (normiert)}$$

$$(7) l_{x+1} = l_x \cdot (1 - q_x - w_x)$$

$$(8) D_x = l_x \cdot v^x$$

$$(9) \quad A_x = \frac{\sum_{t=x}^{100} K_t \cdot D_t}{D_x}.$$

Damit folgt für die Nettoprämie eines exemplarischen Jahres und einem Eintrittsalter von x :

$$(10) \quad P_x = \frac{\sum_{t=x}^{100} K_t \cdot D_t}{N_x}$$

Die Höhe der Altersrückstellungen bestimmt sich entsprechend nach der Formel:

$$(11) \quad V_{x+m} = a_{x+m} \cdot (P_{x+m} - P(j)),$$

wobei $P^{(j)}$ den tatsächlichen Nettbeitrag einer versicherten Person (j) im Anpassungsjahr darstellt. Dieser wiederum bestimmt sich in Abhängigkeit vom individuellen Eintrittsalter und in der hier vorliegenden Prämienkalkulation wie folgt:

$$(12) \quad P_{x+m}^{neu}(j) = P_{x+m}^{neu} - \frac{a_{x+m}^{alt}}{a_{x+m}^{neu}} \cdot P_{x+m}^{alt} - P^{alt}(j).$$

Die Indizes (alt) bzw. (neu) stehen für die Größen vor bzw. nach der Prämienanpassung.

5.1.6.2 Die derzeitige Beitrags- und Prämienbelastung

Anders als im geltenden System der GKV kennt die Prämiengestaltung der PKV keinen Familienlastenausgleich, d. h. es findet keine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen statt. Die Belastung der versicherten Familien durch Krankenversicherungsbeiträge hängt direkt von der Familiengröße ab. Während bei Mitgliedern der GKV der Arbeitgeberanteil generell 50% des Beitrages umfasst, erhalten Versicherte der PKV mindestens 50% der Prämie, aber höchstens die Hälfte des Maximalbeitrages in der GKV. Der Arbeitnehmeranteil zur Krankenversicherung folgt so der funktionalen Form:

$$(13) \quad AG_{k,t} = \frac{\min\left\{\omega_t \cdot B_t; \sum_n P_{i,t}\right\}}{2}$$

$$(14) \quad AN_{k,t} = \left(\sum_n P_{i,t}\right) - AG_{k,t}$$

mit:

$AG_{k,t}$: Arbeitgeberanteil für Familie k in Jahr t

$AN_{k,t}$: Arbeitnehmeranteil für Familie k in Jahr t

B_t : Beitragsbemessungsgrenze der GKV im Jahr t

ω_t : anzuwendender durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz der GKV im Jahr t

n : Zahl der Familienversicherten in Familie k

$P_{i,t}$: PKV-Prämie des Versicherten i aus Familie k im Jahr t

Ein Vergleich der Arbeitnehmeranteile eines PKV-Versicherten mit dem Arbeitnehmeranteil eines freiwilligen Mitgliedes der GKV zeigt (Abbildung 27), dass der Wechsel eines freiwillig Versicherten in die PKV bis zum Alter von 50 Jahren bei einer Frau bzw. 55 Jahren bei einem Mann für Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanzielle Vorteile bringt⁴². So können durch den Wechsel eines Versicherten im Alter von 30 Jahren von der GKV in die PKV Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils Einsparungen von ca. 135 Euro pro Monat bei einem Mann bzw. 78 Euro pro Monat bei einer Frau erzielen.

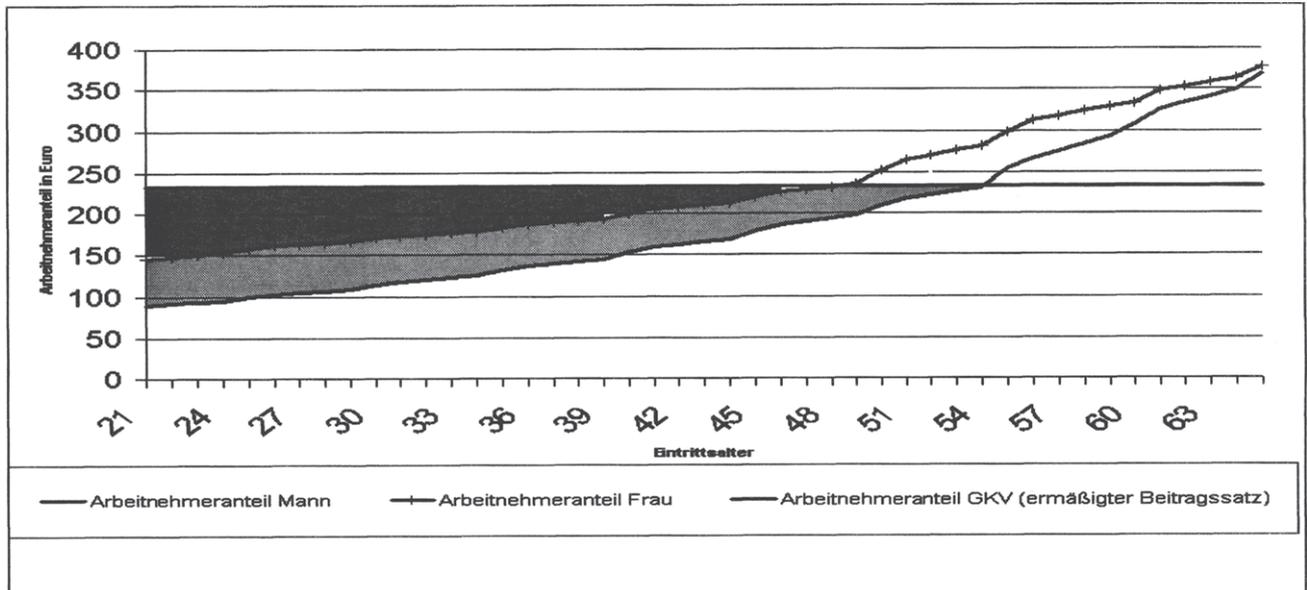
Schon die Erweiterung um einen Ehegatten gleichen Alters, welcher aufgrund fehlender Berufstätigkeit in der GKV als beitragsfrei mitversichert gilt, lässt diesen Vorteil verschwinden, da in der PKV nun für beide Versicherten jeweils eine individuelle Krankenversicherungsprämie anfällt (vgl. Abbildung 28).

Die volle Prämienhöhe der gesamten Familie geht zwar auch hier in die Bestimmung des Arbeitgeberanteils ein, der Arbeitnehmeranteil übersteigt aber ab diesem Eintrittsalter den maximalen Arbeitgeberanteil. Jede Prämiensteigerung führt ab diesem Betrag zu einer 100%igen Nettolohnsenkung.

Die Erweiterung einer Erwachsenenprämie um ein 10-jähriges Kind statt eines gleichaltrigen Lebenspartners bewirkt zwar nicht ein gänzlich Wegfallen des relativen Preisvorteils der PKV, reduziert einen wechselbedingten Einkommensvorteil aber merklich (vgl. ebenda). Wie die Beispiele zeigen, sinkt die für einen Einzelhaushalt vorhandene Attraktivität des Versicherungsverwechsels mit jedem weiteren Kind und verschwindet gänzlich bei der Mitversicherung eines nicht berufstätigen Partners. Im Alter von 30 Jahren liegt hier der nettolohnwirksame Teil der PKV-Prämie einer Familie mit 3 Kindern bereits 640 Euro pro Monat über dem maximalen GKV-Beitrag.

⁴² Die hier verwendete PKV-Prämie stellt einen Durchschnitt von verschiedenen Eintrittsprämien des Jahres 2004 (ohne gesetzlichen Zuschlag) dar. Dabei wird ein Selbstbehalt von 390 Euro, die stationäre-Behandlung im Dreibettzimmer sowie die Erstattung der Zahnbehandlungskosten zu 100% bzw. des Zahnersatzes zu 75% unterstellt. Der komplementäre Beitragssatz zur GKV beinhaltet analog zur PKV-Prämien keine Kosten für eine Krankengeldversicherung.

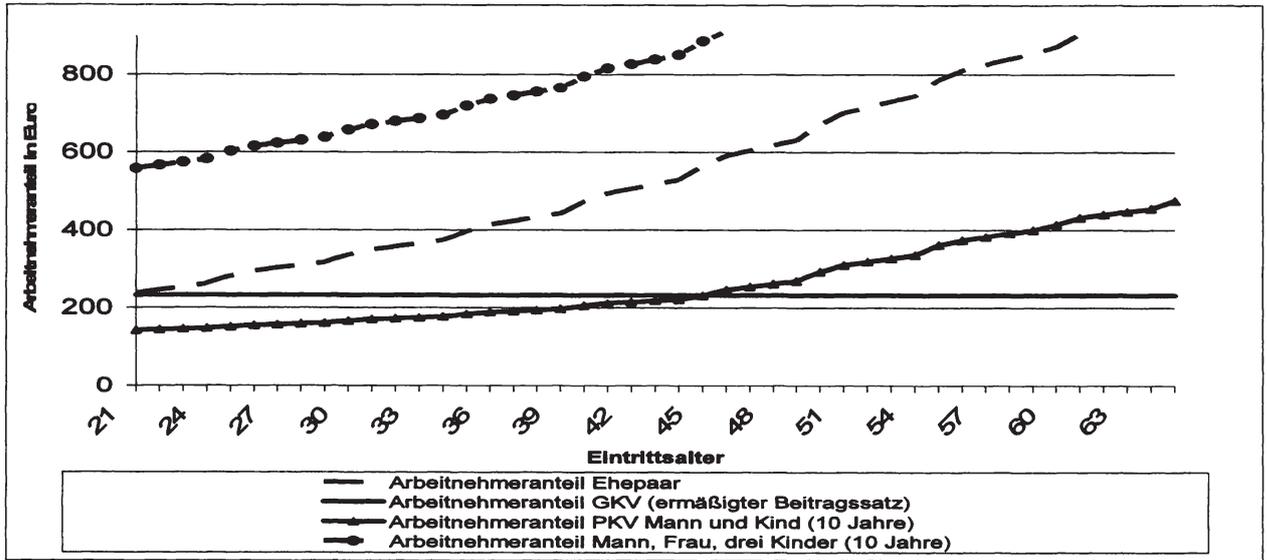
Abbildung 27: Vergleich der derzeitigen Versicherungskosten von GKV- und PKV- Versicherten



*) Die hier verwendete PKV-Prämie stellt einen Durchschnitt von verschiedenen Eintrittsprämien (ohne gesetzlichen Zuschlag und Krankengeldversicherung) dar. Dabei wird ein Selbstbehalt von 390 Euro, die stationäre Behandlung im Dreibettzimmer sowie die Erstattung der Zahnbehandlungskosten zu 100% bzw. des Zahnersatzes zu 75% unterstellt.

Quelle: Daten des Verbandes der PKV, eigene Berechnungen.

Abbildung 28: Vergleich der Versicherungskosten von GKV und PKV bei Familien



*) Die hier verwendete PKV-Prämie stellt einen Durchschnitt von verschiedenen Eintrittsprämien des Jahres 2004 (ohne gesetzlichen Zuschlag und Krankengeldversicherung) dar. Dabei wird ein Selbstbehalt von 390 Euro, die stationäre-Behandlung im Dreibettzimmer sowie die Erstattung der Zahnbehandlungskosten zu 100% bzw. des Zahnersatzes zu 75% unterstellt.

Quelle: Daten des Verbandes der PKV, eigene Berechnungen.

5.1.6.3 Die Veränderung der Preisrelation bei Einführung einer Gesundheitspauschale und externer Finanzierung des sozialen Ausgleichs

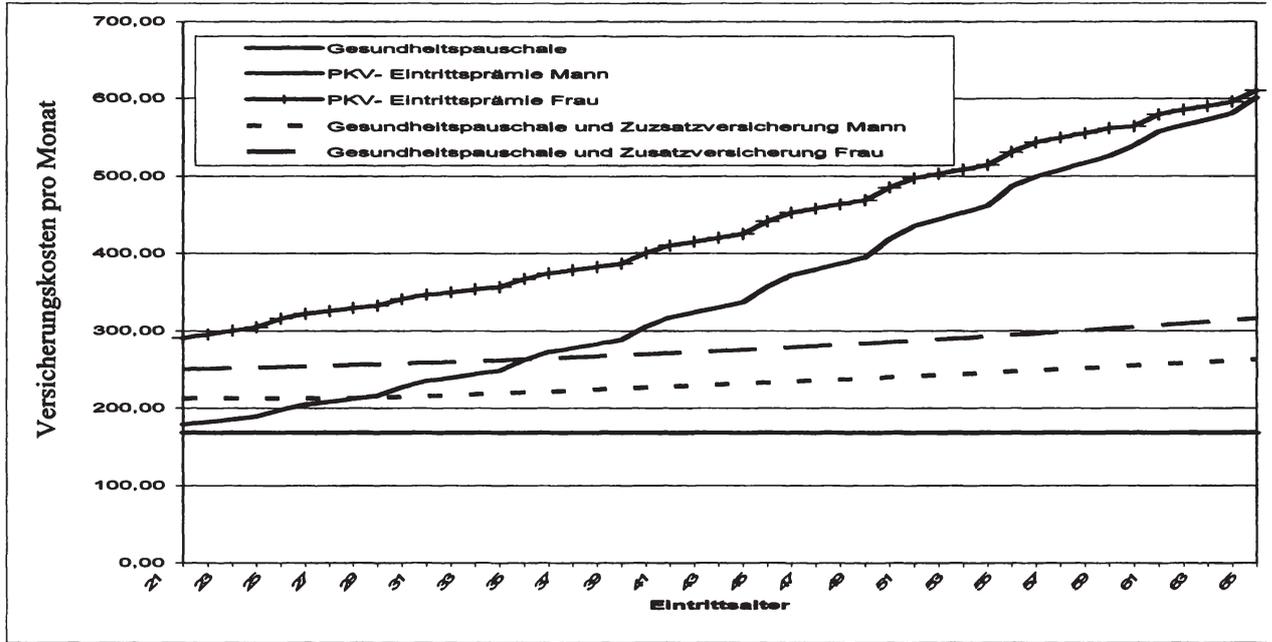
Das Konzept der Gesundheitspauschale sieht eine Ausschüttung und Versteuerung des Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung bei gleichzeitiger Beibehaltung der bestehenden privaten Krankenversicherungsverhältnisse vor. Da bei potentiell neu in die PKV eintretenden Personen lediglich die Preisrelation im Wechselzeitpunkt die Wahl beeinflusst, können in diesem Zusammenhang steuerliche Aspekte unberücksichtigt bleiben. Da die Absicherung des Krankengeldes in diesem Vorschlag für GKV und PKV eine zusätzliche Versicherungsleistung darstellt, können die jeweiligen Kosten dieser Zusatzpolice für den hier relevanten Vergleich ebenfalls unberücksichtigt bleiben. Die verwendeten Versicherungskosten stellen hier auf die volle Krankenversicherungsprämie ab, da der Arbeitgeber nach Ausschüttung des Arbeitgeberanteils an eventuellen Beitragsreduktionen nicht mehr partizipiert. Für den Arbeitnehmer bedeutet dies eine Verstärkung der Anreizwirkungen, da sich nach Ausschüttung der Arbeitgeberanteile jede Veränderung der Beiträge voll bzw. direkt im verfügbaren Einkommen niederschlägt.

Wie bei der Beschreibung der derzeitigen Situation wird auf die Situation eines freiwillig Versicherten abgestellt. Die verwendeten Gesundheitspauschalen unterstellen analog den bisherigen Ausführungen eine Gruppenteilung nach Vollendung des 18. Lebensjahres und damit eine Erwachsenenprämie von 169 Euro sowie eine Kinderprämie von 78 Euro.

Durch die Auslagerung versicherungsfremder Elemente aus der GKV reduzieren sich die Krankenversicherungsbeiträge erheblich. Der vormals für Einzelmitglieder attraktive Wechsel in die PKV entfällt nun. Bei Männern verbleibt kein Einsparpotential. Aufgrund des anfangs geringeren Ausgabenbedarfs bietet sich jedoch bei einem monatlichen Mehraufwand von bis zu 100 Euro gegenüber der Gesundheitsprämie ein Wechsel bis zum 35. Lebensjahr noch an (vgl. Abbildung 29). Schon für 21-jährige Frauen bedeutet ein Wechsel in die PKV jetzt eine monatliche Mehrbelastung von ca. 120 Euro. Die konsequente Auslagerung krankenversicherungsfremder Elemente bewirkt damit eine deutliche Verbesserung der Wettbewerbsposition der GKV im Bereich der freiwillig versicherten Mitglieder.

Sieht man von der bloßen Existenz eines Versicherungsschutzes ab, ermöglicht der Abschluss einer privaten Krankenversicherung u. U. eine Veränderung der Position des Versicherten gegenüber zumindest den ambulanten Leistungserbringern im Gesundheitswesen aufgrund unterschiedlicher Leistungskataloge.

Abbildung 29: Vergleich von Gesundheitspauschale und PKV- Prämie



*) Zusatzversicherung entspricht BARMER Angebot „Privatpatient beim Arzt und Zahnarzt (Tarif GKE) im Jahr 2004.
 Quelle: Daten des Verbandes der PKV, eigene Berechnungen.

Sofern die Präferenzstruktur der Versicherten den unterschiedlichen Versicherungsumfang berücksichtigt, muss die hier vorgestellte Gesundheitspauschale um dieses Leistungspaket ergänzt werden. Exemplarisch geschieht dieses durch eine Erweiterung der Gesundheitspauschale durch den in der jüngsten Zeit angebotenen Ergänzungstarif der BARMER, dessen Prämien ebenfalls abhängig vom Eintrittsalter kalkuliert sind.

Auch in diesem Vergleich verliert die PKV ihren relativen Preisvorteil gegenüber der GKV weitgehend. Für Männer übersteigt bereits ab einem Eintrittsalter von 28 Jahren die PKV-Prämie die hier dargestellte Kombination. Für Frauen kann in keinem Alter ein Preisvorteil erreicht werden, wenngleich auch hier bis zu einem Alter von 28 Jahren nur geringe Preisunterschiede zum Tragen kommen.

Sofern ein Elternteil nicht Mitglied der GKV ist und sein monatliches Einkommen das des Mitgliedes übersteigt, existiert für die Kinder derzeit kein beitragsfreier Versicherungsschutz in der GKV (vgl. § 10 SGB V). Zur Deckung des Krankheitsrisikos der Kinder muss eine private Krankenversicherung abgeschlossen werden. Bei Familien kann durch diese Ungleichbehandlung derzeit schon die Kinderzahl den Wechsel in die PKV auch nur eines Elternteils unattraktiv machen. Der Haushalt wird unter Gültigkeit des hier verwendeten PKV-Tarifs mit bis zu 107 Euro je Kind belastet. Der direkte Vergleich von GKV zu PKV in der neuen Regelung zeigt, dass für den Versicherten der PKV jetzt nur eine Mehrbelastung von knapp 30 Euro je Kind und Monat gegenüber der Versicherung in der GKV mit Gesundheitspauschalen besteht, da die Gesundheitspauschale für Kinder in einheitlicher Höhe⁴³ für Versicherte der GKV und der PKV ausgeglichen wird.

Die Abkehr von der einkommensabhängigen Beitragsbestimmung in der GKV vermindert den relativen Preis- bzw. Wettbewerbsvorteil der PKV im Bereich der freiwilligen GKV-Mitglieder. Die Wettbewerbsposition der GKV verbessert sich bei Einzelmitgliedern erheblich. Gleichzeitig wird die vorhandene Kinderprämie in der PKV reduziert, die bislang den Wechsel der Versicherung von Familien mit Kindern erschwerte und damit der GKV *ceteris paribus* einen Wettbewerbsvorteil verschaffte. Die Gesundheitspauschalen verstärken den Wettbewerb zwischen GKV und PKV sowohl bei Einzelmitgliedern als auch bei Familien.

5.2 Varianten

Die Gesundheitspauschale möchte den Familienlastenausgleich aus der Krankenversicherung herauslösen, da die Finanzierung der Kinder über die Einkom-

⁴³ Hier 78 Euro je Kind.

mensteuer eine Erweiterung der solidarischen Finanzierung auf die Gesamtbevölkerung bewirkt. Mitglieder der PKV partizipieren über ihre höheren Grenzsteuersätze in der Einkommensteuer stärker als Geringverdienende an der Finanzierung der Kinder. Die Ausgliederung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern ins Steuersystem erzeugt insofern positive Verteilungswirkungen. Dies gilt unbeschadet einer gleichzeitigen und durch die Steuerfinanzierung begründeten Begünstigung von Kindern von PKV-Versicherten. Im Rahmen des oben vorgestellten Modellvorschlages einer Gesundheitspauschale bieten sich mehrere Variationsmöglichkeiten an, die zwar den grundsätzlichen Charakter der Pauschale erhalten, gleichwohl aber entweder wie im Rahmen des Rürup Wille Modells bei externer Finanzierung die eigentlich versicherungsfremden Elemente Familienlastenausgleich und Einkommensumverteilung ganz oder teilweise aus der internen Finanzierung herauslösen.

Die Beibehaltung der internen Finanzierung der Kinder im Rahmen der Gesundheitspauschale opfert zwar die Bereinigung der GKV um dieses Versicherungsfremde Element, gleichzeitig reduziert sich so aber der erforderliche „externe“ Finanzierungsbedarf für die Gesundheitsausgaben der Kinder um 16 Mrd. Euro inkl. der Aufwendungen für Kinder der PKV-Versicherten. Sofern die Höhe des Transfervolumens die politische Umsetzbarkeit dieses pragmatischen Ansatzes beeinflusst, kann bei Beibehaltung der internen Finanzierung der Kinder, diese Variante als Zwischenstadium auf dem Weg zum Vorschlag interpretiert werden.

Die folgenden Ausführungen verfolgen 2 Ziele. Zum einen passen sie die o. a. Modellrechnungen zur Quantifizierung des Vorschlags nach Rürup und Wille auf die geänderten Rahmenbedingungen der Folgejahre an. Zum Zweiten quantifizieren sie darauf aufbauend die oben beschriebene Variante bei interner Finanzierung der Kinder sowohl inkl. als auch exklusive Satzungsleistungen.

5.2.1 Anpassung der Modelle und Varianten kassenspezifischer Pauschalbeiträge

Den Status quo der GKV, gekennzeichnet durch einen Familienlastenausgleich für Erwachsene und Kinder ebenso wie einen Einkommensausgleich innerhalb der GKV, prägt die Variante 0 der folgenden Tabelle.

Belässt man die Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Kinder innerhalb der GKV, stellt die Finanzierung der Gesundheitsausgaben aber gänzlich auf kassenindividuelle Pauschalen um, resultiert die als Variante 1 dargestellte Alternative. Bei diesem Vorgehen werden die Aufwendungen zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Kinder auf die Gesundheitspauschalen der Erwachsenen Beitragszahler der GKV umgelegt. Die gleichzeitige Finanzierung der Gesundheitsaufwendungen für Kinder und der Einkommensumverteilung außer-

halb der GKV über das Steuer- und Transfersystem stellt das oben beschriebene Modell nach Rürup / Wille dar und ist hier als Variante 2 bezeichnet.

Die Verlagerung der Finanzierung der Gesundheitsausgaben alleine für Kinder – als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – in das Steuer- und Transfersystem unter sonst gleichen Rahmenbedingungen, also die Beibehaltung der Einkommensumverteilung innerhalb der GKV, stellt die Variante 3 dar.

Tabelle 17: Varianten kassenspezifischer Pauschalbeiträge

Einkommensumverteilung	innerhalb der GKV	im Steuer und Transfersystem
Familienlastenausgleich	Variante 0 <i>Familienlastenausgleich: Erwachsene und Kinder</i> (Status quo)	Variante 1 <i>Familienlastenausgleich: nur Kinder</i>
innerhalb der GKV		
im Steuer- und Transfersystem	Variante 3 <i>Familienlastenausgleich: nur Kinder</i>	Variante 2 <i>Familienlastenausgleich: Erwachsene und Kinder</i> („Rürup / Wille“ extern finanziert)

Die folgenden Ausführungen und Modellrechnungen übertragen – wie oben beschrieben – das Modell nach Rürup und Wille sowie die Variation 1 auf die geänderten Rahmenbedingungen des Jahres 2005. Der im 2. Halbjahr 2005 eingeführte zusätzliche Beitragssatz wird in die Auswertungen der Jahre 2004 und 2005 einbezogen (gekennzeichnet mit *). Zur Darstellung einer verzerrungsfreien Benchmark unterstellen die Rechnungen allerdings, entgegen der realen Entwicklung, eine ganzjährige Anwendung dieser Veränderung. Entsprechend beziehen sich dann die ausgewiesenen Pauschalhöhen nur auf den Teil der Gesundheitsausgaben, die die so ermittelten Einnahmen übersteigen (vgl. Tabelle 18).

Wie im Modell nach Rürup und Wille, so ist auch in den hier diskutierten Varianten 1 und 2 zunächst eine Belastungsobergrenze festzulegen, die zur Bestimmung des Zuschussbedarfs herangezogen wird. Im ursprünglichen Modellvorschlag sind Satzungsleistungen, als freiwillige Zusatzleistungen der Krankenkassen, außerhalb der Bestimmung der Belastungsobergrenze, da es Versicherten bzw. Mitgliedern durch die Kassenwahlfreiheit offen steht den Umfang dieser Zusatzleistungen zu bestimmen.

Tabelle 18: Ableitung Belastungsgrenze und Gesundheitspauschale nach Modell „Rürup Wille“

	2004	2004*	2005*
Referenzbeitragssatz	14,15%	13,25%	13,27%
Abzügl. Satzungsleistungen (ca. 0,6%-punkte)	13,55%	12,65%	12,67%
Vergleichbare Beitragszahlung			
Beitragspflichtige Einnahmen 1000 € p. M.			
inkl. Satzungsleistungen	141,54	132,54	132,66
exkl. Satzungsleistungen	135,54	126,54	126,66
Bruttolohn nach Ausschüttung			
inkl. Satzungsleistungen	1070,77	1066,2703	1066,329
exkl. Satzungsleistungen	1067,77	1063,2703	1063,329
Belastungsgrenze			
inkl. Satzungsleistungen	13,22%	12,43%	12,44%
exkl. Satzungsleistungen	12,69%	11,90%	11,91%
Erforderliche Erwachsenenpauschale			
Kinder intern finanziert (ohne Krankengeld)		Variante 1	
inkl. Satzungsleistungen	196 €	183 €	183 €
exkl. Satzungsleistungen	187 €	174 €	174 €
Kinder extern finanziert (ohne Krankengeld)		Variante 2	
inkl. Satzungsleistungen	175 €	162 €	162 €
exkl. Satzungsleistungen	166 €	153 €	154 €
Voraussichtlicher Zuschussbedarf aus Belastungsobergrenze in Mrd.			
Kinder intern finanziert (ohne Krankengeld)		Variante 1	
inkl. Satzungsleistungen	27	25	25
exkl. Satzungsleistungen	25	23	23
Kinder extern finanziert (ohne Krankengeld)		Variante 2	
inkl. Satzungsleistungen	17	15	15
exkl. Satzungsleistungen	16	13	14

* fiktiver Zusätzlicher Beitragssatz 0,9% ganzjährig

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die jüngsten Überlegungen zum Gesundheitsfonds sehen eine Einbeziehung der Satzungsleistungen in den Ausgleichsumfang im Rahmen des RSA vor. Insofern berücksichtigen die hier vorgestellten Rechnungen zwei Spielarten der Modellanpassung. Im ersten Fall die ursprüngliche Idee nach Rürup und Wille ohne Satzungsleistungen, im zweiten Fall unter genereller Einbeziehung der Satzungsleistungen. Bei der Betrachtung der Werte, beziehen sich Angaben auf durchschnittliche Höhen von Satzungsleistungen, kassenspezifische Mehr- oder Mindervolumen sind möglich.

Durch die fiktive Berücksichtigung des zusätzlichen Beitragssatzes im Jahr 2004 sinkt der ausgabendeckende Referenzbeitragssatz von 14,15% auf 13,25% der beitragspflichtigen Einnahmen. Für das Jahr 2005 ergibt sich so ein Beitragssatz von 13,27%, allfällige Schuldendienste der Kassen bleiben unberücksichtigt.

Bei beitragspflichtigen Einnahmen von 1000 Euro pro Monat und bei Annahme des Referenzbeitragsatzes im Jahr 2005 beträgt die absolute Höhe der Beitragszahlungen 132,66 Euro bzw. 126,66 Euro ohne Satzungsleistungen. Sofern nach Ausschüttung des Arbeitgeberanteils die absolute Belastungshöhe identisch sein soll, liegt die Belastungsgrenze bei 12,44% bzw. 11,91%. Abhängig von der Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Kinder und der Verrechnung der Satzungsleistungen lassen sich die durchschnittlichen Erwachsenenpauschalen bestimmen. Für Variante 1 (Kinder intern finanziert) im Jahr 2005 beträgt die durchschnittlichen Gesundheitspauschale inkl. Satzungsleistungen 183 Euro pro Monat und Erwachsenen, ohne Satzungsleistungen sind dieses 174 Euro. Werden die Gesundheitsausgaben der Kinder über Steuermittel, also extern finanziert (Variante 2), resultiert eine Gesundheitspauschale je Erwachsenen von 162 Euro inkl. und 154 Euro exklusive Satzungsleistungen. Bedingt durch die Einführung des zusätzlichen Beitragsatzes liegen die Werte unterhalb der bekannten Grenzen des ursprünglichen Modellvorschlags.

5.2.2 Abschätzung des erforderlichen Transferbedarfs

Die Organisation des Einkommensausgleichs über eine Belastungsgrenze und das Steuer- und Transfersystem erfordert auch im angepassten Modell einen Zuschuss in das System, da bisherige implizite Umverteilungsmechanismen nun explizit werden. Im Rahmen der Quantifizierung des Rürup Wille Vorschlages einer Gesundheitspauschale wurde der erforderliche Transferbedarf – wie bereits erwähnt- im Rahmen einer Mikrosimulation von Bork ermittelt. Ähnliche Quantifizierungen finden sich bei Grabka (vgl. Grabka, M. 2004, S. 293 ff.) und im Rahmen des Modellvorschlages des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2005/2006 Ziffer 566 ff.).

Nach Maßgabe des Sachverständigenrates beträgt die Monatspauschale, bei derzeitig gegebenem Leistungskatalog und externer Finanzierung der Kinder unter 20 Jahren, etwa 170 Euro pro Monat und deckt sich damit mit dem Wert von 169 Euro pro Monat nach dem Modellvorschlag von Rürup und Wille. Bei interner Finanzierung der Kinder ermittelt der Rat eine Monatspauschale für Erwachsene von knapp 200 Euro. Weiterhin unterstellt der Rat einen maximalen Eigenanteil von 13% und ermittelt so im Rahmen einer eigenen Mikrosimulationsstudie für letztgenannten Vorschlag einen Transferbedarf im Rahmen des Einkommensausgleichs von ca. 30 Mrd. Euro. In der Arbeit von Grabka werden auf Basis des Sozioökonomischen Panels 2 unterschiedliche Pauschalmodelle für das Jahr 2001 evaluiert. Im Modellvorschlag 1 ermittelt der Autor bei einer Belastungsobergrenze von 12,7% und unter Gültigkeit einer Monatspauschale für Erwachsene von 174,50 Euro, einen Finanzbedarf für den sozialen Ausgleich von 18,54 Mrd. Euro. In der Variante 2 werden bei sonst gleichen Rahmenbe-

dingungen unter Anwendung einer Belastungsobergrenze von 14%, 13,65 Mrd. Euro als Transferbedarf ermittelt.

Um für Spielarten einer Gesundheitspauschale Näherungswerte zur Quantifizierung des erforderlichen Transfervolumens im Rahmen des Einkommens bzw. Belastungsausgleichs zu erhalten, besteht grundsätzlich die Möglichkeit weiterer Mikrosimulationsstudien, die aber ihrerseits wiederum auf Stichproben und Auswertungen derselben beruhen oder man kann die oben aufgeführten Evaluationsergebnisse bezüglich der Faktoren Monatspauschale und Belastungsgrenze annähernd vergleichbar gestalten und darauf aufbauend weitere Schätzwerte, dann über alle Stichproben hinweg, ermitteln.

Die oben beschriebenen Auswertungen folgen weitgehend der Linear-Funktionalen- Form:

$$T = -4,783159191 B + 0,459673756 P$$

Mit:

T = Transferbedarf in Mrd. Euro

B = Belastungsobergrenze in Prozent * 100

P = Monatspauschale von Euro

Würde man für diese funktionale- Annäherung ein Bestimmtheitsmaß ermitteln wie bei einer linearen Regression läge dieses bei etwa 99%. Die erneute Bestimmung der bekannten Transferbedarfe anhand der Schätzformel, zur Prüfung der Güte, ergibt die folgenden Werte:

<i>Beobachtung</i>	<i>Schätzung für T</i>	<i>Residuen</i>
Rürup Wille	18,36	0,44
Grabka 1	19,47	-0,97
Grabka 2	13,25	0,25
Sachverständigenrat	29,75	0,25

Der Wertevergleich zeigt, dass in keinem der Fälle die Abweichung der Näherungswerte zu den tatsächlichen Schätzwerten oberhalb von einer Milliarde liegt. In einem Fall liegt die Abweichung bei knapp einer halben Milliarde, in 2 Fällen bei etwa ¼ Mrd. Euro. Mit Blick auf die bereits bestehende Unsicherheit bzw. Unschärfe von stichprobenbasierten Simulationsstudien bezogen auf die Realität, beziehen sich die im folgenden ausgewiesenen Transfervolumina auf Ergebnisse im Rahmen der o. a. Schätzformel.

5.2.3 Transferbedarf und mögliche Finanzierungsalternativen

Die folgende Tabelle gibt die nach der Schätzformel ermittelten Transfervolumina für die oben beschriebenen Varianten 1 und 2 jeweils inklusive und exklusive Satzungsleistungen wieder. Im Jahr 2005 und unter der Annahme, dass der

zusätzliche Beitragssatz bereits das ganze Jahr zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen herangezogen wurde, werden zur Aufrechterhaltung des Einkommensausgleichs bei GKV-interner Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Kinder 25 Mrd. Euro benötigt, sofern bei der Bestimmung der Aufwendungen und der Belastungsobergrenze Satzungsleistungen unberücksichtigt bleiben. Gehen die Satzungsleistungen nicht ein, genügt ein Transfervolumen von 23 Mrd. Euro.

Tabelle 19: Deckungslücke nach Modell „Rürup Wille“

	2004	2004*	2005*
Voraussichtlicher Zuschussbedarf aus Belastungsobergrenze in Mrd.			
Kinder intern finanziert (ohne Krankengeld)		Variante 1	
inkl. Satzungsleistungen	27	25	25
exkl. Satzungsleistungen	25	23	23
Kinder extern finanziert (ohne Krankengeld)		Variante 2	
inkl. Satzungsleistungen	17	15	15
exkl. Satzungsleistungen	16	13	14
Gesamtzuschussbedarf inkl. Kinderprämie 16 Mrd. (14 Mrd. für GKV und 2 Mrd. f. PKV)			
Kinder intern finanziert (ohne Krankengeld)		Variante 1	
inkl. Satzungsleistungen	27	25	25
exkl. Satzungsleistungen	25	23	23
Kinder extern finanziert (ohne Krankengeld)		Variante 2	
inkl. Satzungsleistungen	33	31	31
exkl. Satzungsleistungen	32	29	30
Deckungslücke nach Versteuerung AG Beitrag (16-17 Mrd. hier 16 Mrd.)			
Kinder intern finanziert (ohne Krankengeld)		Variante 1	
inkl. Satzungsleistungen	11	9	9
exkl. Satzungsleistungen	9	7	7
Kinder extern finanziert (ohne Krankengeld)		Variante 2	
inkl. Satzungsleistungen	17	15	15
exkl. Satzungsleistungen	16	13	14

* Fiktiver zusätzlicher Beitragssatz 0,9% ganzjährig.

Bei externer Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Kinder über das Steuer- und Transfersystem (Variante 2) reduziert sich zunächst das Transfervolumen auf 15 Mrd. Euro inkl. Satzungsleistungen bzw. 14 Mrd. Euro ohne Berücksichtigung dieser freiwilligen Zusatzleistungen der Kassen. Wie schon in der Diskussion des Modellvorschlages von Rürup und Wille ist bei externer Finanzierung der Gesundheitsausgaben von Kindern das hierfür erforderliche Ausgabenvolumen von 14 Mrd. für Kinder der Mitglieder der GKV und weiteren 2 Mrd. für Kinder von PKV-Vollversicherten ebenfalls im Rahmen des Gesamtzuschussbedarfs zu erfassen. Während bei der Variante 1, mit interner Finanzie-

zung der Kinder, dieses Volumen bereits implizit erfasst und beim Ausgleich berücksichtigt wurde, erhöht sich der Gesamttransferbedarf bei Variante 2 in eben diesem Umfang auf 31 Mrd. inkl. Satzungsleistungen bzw. 30 Mrd. ohne deren Einbeziehung.

Durch die Ausschüttung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung werden etwa 16-17 Mrd. Euro zusätzliche Steuereinnahmen generiert. Insofern besteht für die hier diskutierten Varianten eine Deckungslücke, die bei GKV-interner Finanzierung der Kinder etwa 9 Mrd. Euro unter Berücksichtigung der Satzungsleistungen und etwa 7 Mrd. Euro ohne dieselben beträgt. Im Falle einer externen Finanzierung der Kinder besteht eine Deckungslücke von 15 Mrd. Euro bzw. 14 Mrd. Euro inkl. bzw. exkl. Satzungsleistungen.

Neben einer Anhebung des Solidarzuschlages, wie im ursprünglichen Modell nach Rürup und Wille, kann durch die Ausgliederung der zahnärztlichen Behandlung ohne Zahnersatz im Jahr 2005 ein Einsparvolumen von 7,52 Mrd. Euro erreicht werden, allerdings senkt dieses auch die Gesundheitspauschalen bzw. muss bei der Bestimmung der Belastungsobergrenze berücksichtigt werden und birgt insofern wiederum Rückkopplungen in sich. Die Einführung einer Pauschalzahlung von 5 Euro je Arztbesuch, bzw. die Erhöhung der Zumutbarkeitsgrenze für Zuzahlungen von chronisch Kranken auf 2% statt der bisherigen 1% bergen diese Gefahr nicht.

5.3 Zwischenfazit

Trotz der Einschränkungen des hier vorliegenden pragmatischen Ansatzes von Rürup und Wille im Vergleich zu einem Idealvorgehen wie im Vorschlag der Bertelsmannkommission (vgl. Breyer et al. 2004), vermag der Vorschlag eine Vielzahl der beschriebenen Mängel und Zielverfehlungen des derzeitigen Systems abzuschwächen oder sogar zu beseitigen.

Wachstums- und beschäftigungsfördernde Wirkungen durch Abkoppelung der Lohnnebenkosten von Beitragssatzsteigerungen

Die Einführung von Gesundheitspauschalen nach dem Modellvorschlag sieht zunächst eine Ausschüttung des Arbeitgeberbeitrags als Bruttolohnbestandteil vor. Im Ausschüttungszeitpunkt ist die Einführung der Gesundheitspauschale so belastungsneutral, sie verändert also die Gesamthöhe der Bruttolohnkosten nicht. Steigerungen der Gesundheitsausgaben, die oberhalb der Wachstumsrate der beitragspflichtigen Einnahmen liegen, schlagen sich im derzeitigen System in Form von Beitragssatzsteigerungen nieder und erhöhen damit – über den steigenden Arbeitgeberanteil – auch die Lohnnebenkosten. Durch die Einführung von Gesundheitspauschalen nach dem vorliegenden Modellvorschlag wird dieser Automatismus unterbrochen, die zum einen unabhängig von der Lohnhö-

he bestimmt wird, zum anderen, als wesentliches Merkmal in diesem Zusammenhang, die paritätische Finanzierung aufgibt. Im Modell schlagen sich die Steigerungen der Gesundheitsausgaben als Erhöhungen der als Absolutwert bestimmten kassenspezifischen Gesundheitspauschalen nieder, welche in voller Höhe die verfügbare Kaufkraft der versicherten Haushalte außerhalb einer Überforderungsgrenze trifft. Es ist nicht ausgeschlossen, dass derartige Veränderungen im Rahmen von Lohnverhandlungen zumindest Teilweise auf die Arbeitgeber überwältzt werden, da hier aber die Verhandlung und nicht der Automatismus das Ausmaß der Inzidenz bestimmt wurde zumindest ein höherer Freiheitsgrad bei der Bestimmung der Beschäftigungskosten erreicht.

Beseitigung der beitragsbedingten Verzerrungen bei Lohn- bzw. Einkommenserhöhungen (Ausnahme: Zuschussempfänger)

Quasi als Folge obiger Argumentation sind seitens der Arbeitnehmer und nach Einführung einer Gesundheitspauschale allfällige Lohnerhöhungen frei von beitragsbedingten Verzerrungen. Dieses gilt derzeit bereits im Bereich oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und für Einkommensbestandteile die nicht der Beitragspflicht unterliegen, wie etwa Dienstwagen mit dem Recht zur privaten Nutzung etc. Der Modellvorschlag erweitert diese „Verzerrungsfreiheit“ durch die Verwendung von Pauschalen auf die gesamte Versichertengruppe, sofern für die Versicherten kein Zuschussbedarf existiert. Für den Fall der Zuschussberechtigung – und hier liegt auch eine Schwäche des Modells – verdrängen allfällige Einkommenssteigerungen in vollem Umfang die gewährten Zuschüsse zur Gesundheitspauschale. Im Ergebnis haben Zuschussberechtigte dann sogar geringere Anreize zur Mehrbeschäftigung als im Status quo. Dieses relativiert sich erst dann, wenn durch Einkommenssteigerungen die Bezuschussung obsolet wird.

Abnahme der Grenzabgabenbelastung in mittleren Einkommensbereichen

Gerade mittlere Einkommensschichten unterliegen mitunter den höchsten Grenzabgabensätzen beim Einkommen. Steigerungen bei beitragspflichtigen Einkommensarten im Rahmen der Sozialversicherung, da meist noch unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze, der vollen Abgabenlast. Die entsprechend hohe Abgabenquote vermindert die Anreize zu höherer Leistung bei den Beschäftigten. Zumindest im Bereich der Beitragszahlungen für die GKV verhindert der präsentierte Vorschlag diese Grenzabgaben in eben diesem Umfang.

Bessere Entfaltung des Gesundheitswesens als beschäftigungsintensive Wachstumsbranche

Sofern weite Teile der Versicherten eine hohe Präferenz für Gesundheitsleistungen haben, existiert hierfür auch eine gesteigerte Zahlungsbereitschaft. Derzeitige Bestrebungen hin zu einer Ausgaben- und Leistungsintensiveren Gesundheitsversorgung im Rahmen der GKV unterliegen gleichzeitig einer höheren

Belastung der Unternehmen mit Lohnnebenkosten. Der Modellvorschlag verhindert diese Belastung durch Verzicht auf die paritätische Finanzierung und ermöglicht eine stärker an den Präferenzen der Versicherten orientierte Ausgabenpolitik mit den damit verbundenen Beschäftigungs- und Wachstumswirkungen.

Höhere Transparenz über die Kosten der Gesundheitsversorgung

Die weitgehend lohnzentrierte Beitragsgestaltung der GKV verhindert den direkten Bezug der Beitragszahler für die durchschnittlichen Kosten je Versichertem. Da in Form der hier vorgeschlagenen kassenindividuellen Gesundheitspauschalen gerade dieser Wert das Preis- und damit Wettbewerbsbestimmende Merkmal der Kassen darstellt ist ein direkter Aufwandsbezug implementiert.

Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der GKV; bei Gewährung der durchschnittlichen Pauschale auch bei Arbeitslosen Anreize zum Kassenwechsel

Der oben beschriebene, direkte Ausgabenbezug und der damit verbundene Verzicht auf die – bis zur Beitragsbemessungsgrenze - proportionale und paritätische Beitragsgestaltung bewirkt zwei wettbewerbsfördernde Effekte. Durch den Verzicht auf die Paritätische Finanzierung gehen Beitragssteigerungen ebenso wie evtl. durch einen Kassenwechsel realisierte Beitragssenkungen in vollem Umfang auf den Beitragszahler über. Die durch wettbewerbliches Verhalten hervorgerufenen Veränderungen verbleiben damit gänzlich beim Akteur und als dessen Motivation. Durch eine pauschale Beitragsgestaltung haben -anders als im Status quo- gerade Bezieher geringer oder geringster Einkommen einen Anreiz zur effizienten Kassenwahl, da die realisierten Einsparungen als Absolutbetrag weitergegeben werden, der hier eine weitaus bessere Relativposition zum Gesamteinkommen einnimmt als bei Beziehern höherer Einkommen. Dies gilt auch bei Versicherten die Transferempfänger in Form von Arbeitslosengeld oder des Zuschusses zur Gesundheitspauschale sind. Dieses erfordert aber, dass sowohl bei der Zuschussbemessung als auch bei der Bestimmung des Arbeitslosengeldes eine durchschnittliche Pauschale zur Anrechnung kommt. Individuelle Präferenzen des Versicherten zu einer ausgabenintensiveren Absicherung verbleiben dabei ebenso im Entscheidungsraum des Beitragszahlers wie Anreize zu kostenminimalem Verhalten.

Stärkung des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV an der Versicherungspflichtgrenze, da Krankenkassen wegen veränderter Preisrelationen deutlich bessere Chancen

Obwohl im Abschnitt 3.4 ausführlich dargelegt, sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass mit Blick auf die Maximierung des verfügbaren Einkommens die Gesundheitspauschalen nach dem hier diskutierten Modellvorschlag gerade für Versicherungsfreie mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze an Attraktivität gegenüber dem derzeitigen Maximalbeitrag in der

GKV bzw. einer PKV-Prämie gewinnen. Der Wettbewerb zwischen GKV und PKV an der Versicherungspflichtgrenze kann dann gerade für junge und gesunde Versicherte nicht mehr alleine durch die Preisdimension getrieben werden.

Reduktion von prozyklischen Wirkungen

In fiskalischer Sicht befreien Gesundheitspauschalen durch die damit verbundene Abkehr von der Lohnzentriertheit die GKV von ihrer derzeitigen Konjunktur- und Arbeitsmarktabhängigkeit. Sie verlagern aber allfällige konjunkturelle Belastungen teilweise in das Steuersystem, da gerade bei konjunkturellen Schwächen der Zuschussbedarf erhöht sein wird.

Erhöhung der einnahmeseitigen Nachhaltigkeit

Da für die Bemessung eventuell erforderlicher Zuschüsse nicht mehr die Wachstumsschwache Finanzierungsbasis der GKV sondern das Gesamteinkommen berücksichtigt wird erweist sich die dort verwendete Finanzierungsbasis als resistenter gegenüber Veränderungen der derzeit begrenzten beitragspflichtigen Einnahmen und damit als nachhaltiger.

Gerade bei pflichtversicherten Mitgliedern der GKV reduziert sich die Beitragsbemessungsgrundlage mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben meist auf den Zahlbetrag der Rente. Die bevorstehende demographische Entwicklung deutet schon dadurch einen negativen einnahmenseitigen Effekt an. Sofern die Rentenhöhe keinen Zuschussbedarf intendiert verhindert die Gesundheitspauschale diesen negativen Effekt.

Sofern Rentner über einen überdurchschnittlich hohen Prozentsatz sonstiger Einnahmen wie Zinsen, Mieten und Pachten verfügen, werden durch die Berücksichtigung aller Einkunftsarten bei der Feststellung des Zuschussbedarfs Rentner stärker belastet als im Status quo. Die stärkere Orientierung an der individuellen Leistungsfähigkeit scheint so die intergenerative Gerechtigkeit zu verbessern

Entlastung des Risikostrukturausgleichs um Finanzkraftausgleich

40% des derzeitigen Risikostrukturausgleichs behandeln den Finanzkraftausgleich, als Egalisierung unterschiedlich hoher beitragspflichtiger Einnahmen der Mitgliederpopulation einzelner Krankenkassen der GKV. Mit Einführung der Gesundheitspauschalen erheben die Kassen von ihren Versicherten eine Pauschale. Die Organisation des Einkommensausgleichs im Sinne des derzeitigen Solidarelementes erfolgt somit außerhalb, im Steuer und Transfersystem, wodurch dieser Ausgleichsmechanismus hinfällig wird. Weiterhin reduzieren sich aufgrund der Steuerfinanzierung die Anreize von sog. Verschiebebahnhöfen über die einzelnen Zweige der sozialen Sicherung hinweg.

Reduktion distributiver Verwerfungen

Die Einführung von Gesundheitspauschalen reduziert derzeitige distributive Verwerfungen der Ungleichbehandlungen unterschiedlicher Einkunftsarten bei der Beitragsgestaltung. Anders als im derzeitigen System unterliegen durch die Pauschale sofort alle Einkünfte der direkten Beitragsbemessung. Indirekt wird das Haushaltsbruttoeinkommen zur Feststellung allfälliger Zuschüsse, als ebenfalls umfassende Einkommensdarstellung, verwendet. Zur Weiterführung notwendiger distributiver Funktionen ersetzt der Modellvorschlag das derzeitige Finanzierungsinstrument hierfür, in Form einer linearen Lohnsteuer mit Bemessungsgrenze, durch eine progressive Einkommensteuer.

Die Kombination von beitragsfreier Mitversicherung nicht erwerbstätiger Ehepartner und degressiver Verteilungswirkung bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze benachteiligt im derzeitigen System Zwei- gegenüber Einverdienerfamilien. Die Abkehr von der beitragsfreien Mitversicherung wie im Modellvorschlag vorgesehen verhindert dieses. Gleichzeitig wird aber nicht der hiermit intendierte Schutz der Familie aufgegeben. Sofern bei Einverdienerfamilien durch die Gesundheitspauschale die Belastung des Haushaltseinkommens oberhalb der Belastungsgrenze liegt, besteht auch hier eine Zuschussberechtigung.

Erhöhung von Solidarität und Wettbewerb

Die Fokussierung von gesellschaftlich gewünschten Elementen wie dem Einkommensausgleich oder dem Familienlastenausgleich auf das Steuer- und Transfersystem und der Verzicht auf die derzeitig praktizierte parallele Anwendung mehrerer Instrumente beteiligt die gesamte Gesellschaft und nicht nur Mitglieder der GKV an der Finanzierung dieser Aufgaben. Allerdings sind so auch derzeit unberücksichtigte Kinder von Versicherten der PKV zumindest im Rahmen des GKV- Leistungskataloges als quasi beitragsfrei Versicherte zu berücksichtigen und zu unterstützen. Im Wettbewerb zwischen GKV und PKV wird, wegen der externen Finanzierung der Kinder, so die PKV auch für Familien mit Kindern eine Option.

Die Gewährung von Zuschüssen bei zu großer Belastung der Haushaltseinkommen durch Gesundheitspauschalen wandelt die derzeitige implizite Einkommensumverteilung in eine explizite Form um und verleiht ihr im Rahmen des Staatshaushalts einen Budgetposten, wodurch Transparenz über die Höhe der Umverteilung geschaffen wird.

Die Anpassung des ursprünglichen Modells der Gesundheitspauschale nach Rürup und Wille auf die neuen Rahmenbedingungen des Jahres 2005 und die Einbeziehung des höheren Eigenanteils durch den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9% reduzieren das erforderliche Transfervolumen um etwa 2 Mrd. Euro. Folgt man der ursprünglichen Modellausgestaltung beträgt das erforderliche Transfer-

volumen 29 Mrd. Die Einbeziehung der Satzungsleistungen in den Ausgabenumfang, der in einen Belastungsausgleich eingeht, erhöht das Gesamtvolumen auf 31 Mrd. Euro. Durch die interne Finanzierung der Kinder innerhalb der Gesundheitspauschale für Erwachsene erhöhen sich die Pauschalen und damit auch allfällige Zahlungen im Rahmen des Belastungsausgleichs. Gleichzeitig werden die zusätzlichen Steuereinnahmen, die durch die Ausschüttung des Arbeitgeberanteils entstehen voll zur Gegenfinanzierung des Ausgleichsvolumens verwendbar. Die Deckungslücke, also die Mittel, die zur Umsetzung des Reformvorschlages zusätzlich benötigt werden, sinken so auf 9 Mrd. Euro inkl. bzw. 7 Mrd. Euro exklusive Satzungsleistungen. Wenngleich auch dieses Volumen nicht unerheblich ist, so ermöglicht die hier vorgestellte Variante doch den Erhalt von den meisten positiven Effekten des Rürup Wille Modells und bietet gleichzeitig eine politisch gangbarere, weil leichter finanzierbare Einstiegsvariante.

6 Die Finanzierungsreform im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Entgegen allfälliger Diskussionen im Vorfeld der geplanten Reform zur GKV wurde mit Eintritt in die große Koalition nach einer Lösung gesucht, die sich nicht vollständig auf eine der Alternativen „Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen“ und „kassenspezifische Gesundheitspauschalen“ festlegt. Entsprechend wurde nach einem „Zwitter“ gesucht, der sowohl die einkommensabhängige Beitragsgestaltung in System belässt aber gleichzeitig Raum für pauschale Beitragselemente innerhalb der GKV zulässt. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sieht hierzu die Einführung eines Gesundheitsfonds vor, dessen konstituierende Merkmale neben einem einheitlichen Beitragssatz die Erhebung von kassenindividuellen Zusatzpauschalen zur Deckung der Kassenaufwendungen, sofern diese die Zuweisungen aus dem Beitragsmitteln übersteigen.

Die folgenden Ausführungen stellen zunächst diesen Gesundheitsfonds detaillierter dar. Darauf aufbauend zeigen Simulationsrechnungen qualitative wie quantitative Effekte der erforderlichen Zusatzpauschale. Zur Vermeidung von Härten wird die zusätzliche Pauschale auf 1% der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder begrenzt, wodurch kassenindividuelle Modifikationen bei der Pauschalenhöhe erforderlich werden, die u. U. in eine Pauschalenspirale münden. Die Einführung eines „Puffers“ vermag diese Entwicklung zu dämpfen. Die Ausführungen zeigen anhand der Simulationsrechnungen zunächst die Wirkung eines Freibetrages und im Anschluss die im GKV-WSG gewählte Variante einer Freigrenze.

6.1 Der Gesundheitsfonds

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) sieht als eine der wesentlichen Neuerungen auf der Finanzierungsseite die Einführung eines Gesundheitsfonds vor.

Diesem Gesundheitsfonds fällt die Aufgabe zu, zukünftig die Beiträge zur GKV von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, Rentnern sowie Selbstständigen einzuziehen. Hinzu kommen Steuerzuschüsse aus dem Bundeshaushalt für die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen, wie der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern. Die Beitragssätze für Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden gesetzlich fixiert, wobei die Arbeitnehmer den Sonderbeitrag in Höhe von 0,9% weiterhin separat finanzieren. Dadurch wird das bislang zentrale Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen im Kampf um Mitglieder, der Beitragssatz, zukünftig zentral und einheitlich vom Gesetzgeber festgesetzt. Aus dem Gesund-

heitsfonds erhalten die Krankenkassen für alle Mitglieder einen einheitlichen Beitrag, der gegebenenfalls morbiditätsbezogene Zu- oder Abschläge vorsieht.

Mit der Neuregelung verlieren die Krankenkassen einen bedeutenden Teil ihrer Finanzhoheit. Gleichzeitig dürfte der Betrag, der den Krankenkassen für jeden Versicherten aus dem Gesundheitsfonds zufließt, in vielen Fällen nicht ihre Ausgaben decken, denn die Eckpunkte sehen vor, dass die Einnahmen des Gesundheitsfonds mindestens 95% der Gesamtausgaben der Krankenkassen decken sollen (anfänglich sind 100% vorgesehen). Dieses bedeutet aber dennoch für Krankenkassen, die derzeit einen überdurchschnittlichen Beitragssatz aufweisen, eine Unterdeckung des Ausgabenvolumens bzw. die Notwendigkeit eine Pauschale bzw. einen prozentualen Aufschlag zu erheben.⁴⁴

Zum Schutz sozial Schwacher darf die Höhe der zusätzlichen Beitragslast 1% des beitragspflichtigen Einkommens nicht überschreiten. Die Regelung zeigt eine gewisse Analogie zur Härtefallregelung bei Arzneimitteln, die sich aber auf das Haushaltseinkommen bezieht. Während letztgenannte Regelung aufgrund der Unausweichlichkeit der Medikamentierung im Krankheitsfall aus ordnungspolitischer- und vor allem verteilungspolitischer Sicht begründbar ist, entbehrt die Überforderungsklausel dieser Eigenschaft und damit auch weitgehend der Begründbarkeit, solange noch günstigere Kassen im Wettbewerb stehen. Aus Sicht der einkommensschwachen Mitglieder, die unter die Schutzwirkung dieser 1%-Regelung fallen, besteht keinerlei Anreiz mehr in eine günstige Kasse zu wechseln, da sie in jedem Fall nur einen Beitrag in dieser Höhe zu entrichten haben (vgl. hierzu Wille, E. 2006, S1 ff. , sowie Wille, E. und Igel, C. 2007b, S. 16ff.).

6.1.1 Quantifizierung möglicher Effekte

Die vorliegenden Simulationsrechnungen erfassen diskrete Einkommensgrößen zwischen 4.800 Euro pro Jahr (400 Euro Grenze) und 100.000 Euro. Die Abstufungen zwischen den Einkommensgrößen betragen 10 Euro. Darauf aufbauend werden auf Grundlage einer Normalverteilung mit frei wählbarem Mittelwert und frei wählbarer Varianz Eintrittswahrscheinlichkeiten je Einkommensklasse bestimmt. Die je Klasse bestimmten Wahrscheinlichkeiten werden anschließend auf 100% normiert und entsprechend einer frei wählbaren Kassengröße Häufigkeitswerten je Einkommensklasse zugeordnet, welche jeweils auf volle Mitglieder gerundet werden. Gleichzeitig wird der Anteil der Mitglieder (innerhalb der fiktiven Kasse) ausgewiesen, der quasi als „freiwillige Mitglieder“ über ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze verfügt.

⁴⁴ Dies gilt selbst dann, wenn bei diesem Ausgabenvolumen neben den Verwaltungskosten die Gesamtausgaben und nicht nur die Pflichtleistungen erfasst werden.

Zunächst wird eine frei bestimmbare, quasi durchschnittliche Monatspauschale je Mitglied festgelegt und aus dieser Jahrespauschalen und damit die Gesamteinnahmen der Kasse aus den Pauschalenzahlungen bestimmt. Ein Algorithmus ermittelt unter Berücksichtigung der vorliegenden Einkommensverteilung und Kassengröße eine Pauschalenhöhe, die es ermöglicht, trotz Gültigkeit der Überforderungsklausel, die gesuchten Gesamteinnahmen zu generieren. Wobei mit jeder Erhöhung der Pauschale diese simultan auf alle Mitglieder der Kasse übertragen wird, um anschließend erneut das Zutreffen der Überforderungsklausel zu prüfen und anzuwenden. Der Anteil der Mitglieder, der durch die so bestimmte Pauschalenhöhe unter die 1%- Grenze fällt, wie auch die Einkommensgrenze, bis zu der die Überforderungsklausel greift, werden im Endergebnis ausgewiesen.

Der im Modell verwendete Unterschied zwischen beitragspflichtigen Einnahmen und Gesamteinnahmen geht ausschließlich auf die Deckelung durch die Beitragsbemessungsgrenze zurück. Dieses und die Grundannahme, dass in der GKV die Durchschnittseinkommen geringer sein werden als in der Gesamtbevölkerung (inkl. PKV) legen die Annahme nahe, dass die hier angesetzten durchschnittlichen Einnahmen

- geringer sind als der durchschnittliche Bruttolohn wie von statistischen Bundesamt ausgewiesen und
- nicht sehr weit von den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen entfernt liegen.

Da die tatsächliche Einkommensverteilung spezifischer Kassen / Kassenmitglieder derzeit unbekannt ist, können hier nur exemplarische Rechnungen angestellt werden, die Rückschlüsse auf mögliche Pauschalenerhöhungen zulassen.

Wenngleich die möglichen Ausprägungen unendlich sind, sollen exemplarisch für eine Kasse mit 1.000.000 Mitgliedern verschiedene Verteilungen und Pauschalenhöhen durchgerechnet werden.

Unterstellt man die o. a. Wahrscheinlichkeitsgrundlagen, ergibt sich für die Musterkasse ein durchschnittliches Haushaltseinkommen von 21.308 Euro bei beitragspflichtigen Einnahmen von 21.061 Euro. Der Anteil der Mitglieder mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze beträgt hier 4,26%. Im Detail resultiert die folgende Einkommensverteilung:

Unterstellt man eine durchschnittliche Pauschale je Mitglied von 10 Euro pro Monat beträgt die Zielgröße der Pauschaleneinnahmen etwa 120 Mio. Euro pro Jahr. Unter Berücksichtigung der Überforderungsklausel von 1% des Gesamteinkommens muss die geforderte Pauschale geringfügig erhöht werden auf

Tabelle 20: Histogramm der Einkommensverteilung der Musterkasse

Histogrammtabelle							
Einkommens- klassen	Häufigkeit	Einkommens- klassen	Häufigkeit	Einkommens- klassen	Häufigkeit	Einkommens- klassen	Häufigkeit
5.000	5.638	30.000	58.108	55.000	3.163	80.000	0
7.500	74.529	32.500	49.208	57.500	2.038	82.500	0
10.000	80.993	35.000	40.532	60.000	1.261	85.000	0
12.500	85.819	37.500	32.478	62.500	779	87.500	0
15.000	88.034	40.000	25.307	65.000	459	90.000	0
17.500	88.039	42.500	19.183	67.500	250	92.500	0
20.000	85.633	45.000	14.142	70.000	184	95.000	0
22.500	81.016	47.500	10.141	72.500	0	97.500	0
25.000	74.558	50.000	7.075	75.000	0	100.000	0
27.500	66.735	52.500	4.802	77.500	0		

knapp 11 Euro pro Monat. Verantwortlich hierfür zeichnet der Anteil der Mitglieder mit einem Einkommen unterhalb von etwa 13.000 Euro. In der vorliegenden Modellierung betrifft dieses etwa 27% der Mitglieder.

Ausgabewerte	
Anvisierte Pauschale je Mitglied und Jahr	120
zu erzielendes Pauschalenvolumen	119.988.240
Erforderliche Pauschale je Mitglied und Monat inkl. 1% Regelung	10,88
Erforderliche Pauschale je Mitglied und Jahr inkl. 1% Regelung	130,61
Erzieltes Pauschalenvolumen	119.988.240
Anzahl der Mitglieder mit Überforderung	266.791
Anteil der Mitglieder mit Überforderung	26,68%
Überforderungsklausel greift bis zu Einkommen von:	13.061

Mit zunehmender Pauschalenhöhe steigt der Anteil der zu bezuschussenden Mitglieder an und damit iterativ auch die Pauschalenhöhe. Sofern durch die Pauschaleneinnahmen im Mittel über alle Mitglieder 15 Euro pro Monat an Einnahmen erzielt werden sollen, steigt die notwendige Monatspauschale bereits auf über 20 Euro (vgl. nächste Tabelle). Der Anteil der Mitglieder, bei denen die Überforderungsklausel greift steigt hier schon auf knapp 64% an. Bis zu einem Einkommen von etwa 24.000 Euro zahlen die Mitglieder nicht die volle Pauschale.

Die Überforderungsklausel verursacht gerade bei den Kassen eine extreme Ausweitung der Pauschale, die ohnehin die Mitglieder mit relativ geringen Einkommen versichert. Kassen mit relativ reicheren Mitgliedern benötigen zum Ausgleich der überforderungsbedingt geringeren Einnahmen einen deutlich geringeren Aufschlag. Die Höhe des Aufschlages steigt mit zunehmender Pauschale überproportional.

Ausgabewerte	
Anvisierte Pauschale je Mitglied und Jahr zu erzielendes Pauschalenvolumen	180 179.982.360
Erforderliche Pauschale je Mitglied und Monat inkl. 1% Regelung	20,12
Erforderliche Pauschale je Mitglied und Jahr inkl. 1% Regelung	241,41
Erzieltes Pauschalenvolumen	179.982.360
Anzahl der Mitglieder mit Überforderung	639.542
Anteil der Mitglieder mit Überforderung	63,96%
Überforderungsklausel greift bis zu Einkommen von:	24.141

Da die Pauschale zukünftig das einzige Wettbewerbselement der Kassen sein wird, werden Kassen mit ungünstiger Einkommensstruktur versuchen dennoch eine möglichst geringe Pauschale zu erheben, da eine hohe Pauschale

- die Gefahr von Mitgliederverlusten mit sich bringt und
- mit steigendem Volumen an erforderlichen Pauschaleneinnahmen der Aufschlag und damit die wettbewerbsbestimmende Pauschale steigt.

Bei Kassen mit ungünstiger Einnahmenstruktur werden also eher Satzungsleistungen gestrichen werden, bevor eine Erhöhung der Zusatzpauschale erfolgt.

Unterstellt man weiterhin, dass ältere Menschen geringere Wechselneigungen haben, bei durchschnittlich geringeren beitragspflichtigen Einnahmen und jüngere Mitglieder, mit rel. höheren beitragspflichtigen Einnahmen, ein deutlich ausgeprägteres Wanderungsverhalten aufweisen, dramatisiert sich die o. a. Überlegung noch einmal. Unter Gültigkeit dieser Annahme verbleiben gerade Personen mit rel. geringen Einkommen und gleichzeitig höherer Erkrankungswahrscheinlichkeit.

Dieses bewirkt eine Verstärkung des o. a. Effektes im Sinne eines lemmon circle. Sofern noch Zusatzleistungen von einer Kasse angeboten werden, ist m. E. davon auszugehen, dass diese eher auf jüngere Versicherte mit gutem Gesundheitszustand, geringer Erkrankungswahrscheinlichkeit und hohen beitragspflichtigen Einnahmen abzielen, um dadurch die beschriebenen Verstärkungseffekte einnahmenseitig und ausgabenseitig möglichst gering zu halten.

Kassen mit rel. „reicheren“ Versicherten sind zunächst in der Lage eine sehr günstige bzw. keine Pauschale zu kalkulieren. Die o. a. exemplarischen Rechnungen haben gezeigt, dass bei solchen Kassen die Überforderungsklausel weit aus weniger wettbewerbshemmende Wirkungen entfaltet. Tritt eine solche Versicherung aber mit einer 0-Pauschale in den Wettbewerb, läuft Sie Gefahr, dass auch solche Mitglieder zu ihr wandern, die gemessen am bestehenden Versichertenklientel, einnahmen- und evtl. auch ausgabenseitig ungünstig sind, d. h. die bestehende Struktur der einzelnen Kasse verschlechtern. Dieses bedeutet m.

E., dass auch solche Kassen eine Pauschale erheben werden, die annähernd einer mittleren Pauschale über alle Kassen entspricht. Dadurch macht sie sich mehrere Effekte zu Eigen:

- Bei einer Pauschale von beispielsweise 10 oder 15 Euro ist für Mitglieder mit überdurchschnittlichen Einkommen die relative Ersparnis bei einem Wechsel vernachlässigbar. Das bestehende Versichertenklientel wird also in den meisten Fällen bei der Kasse verbleiben.
- Mitglieder anderer Kassen mit relativ geringen Einkommen, werden den Wechsel zu einer anderen Kasse nur dann vollziehen, wenn die damit verbundene Prämiensenkung zumindest relativ spürbar ist. Sofern sich die Kassenpauschalen nicht wesentlich unterscheiden, läuft eine derartige Kasse damit keine Gefahr ihre Risikostruktur maßgeblich zu verschlechtern.

Um eine Pauschale zu rechtfertigen, werden also Kassen mit überdurchschnittlich hohen Mitgliedereinkommen eher die Satzungsleistungen erhöhen, um die Erhebung einer Pauschale zu rechtfertigen, als mit „Kampfpfeisen“ in den Wettbewerb zu ziehen und damit das Risiko einzugehen, die bestehenden Mitgliederstrukturen zu verschlechtern.

Generell gilt, dass gerade Personen mit einem sehr geringen Einkommen grundsätzlich nicht mehr am Wettbewerb teilnehmen, da diese, egal bei welcher Kasse sie versichert sind, gleichermaßen durch die Überforderungsklausel getroffen werden. Gegenüber der derzeitigen Regelung bedeutet dieses teilweise eine Reduzierung des gewünschten Wettbewerbs zwischen den Kassen. Gelten die o. a. Ausführungen werden nach Umsetzung der Eckpunkte die Kassen nicht in einen Prämien- bzw. Pauschalwettbewerb eintreten, sondern in einen Wettbewerb der Satzungsleistungen. Da diese weitaus weniger transparent sind als Beitragssätze oder Absolutwerte bedeutet dieses eine Erschlaffung des Wettbewerbs.

Wanderungsbewegungen werden dann meist bei sehr gut informierten und aktiven Versicherten zu beobachten sein. Durch das frei wählbare Angebot an Satzungsleistungen kann mit Hilfe von einfachsten Kundensegmentierungsmaßnahmen unter den wenigen und gut informierten Wechslern eine sehr aktive Risikoselektion seitens der Kassen vorgenommen werden (zur obigen Argumentation vgl. auch Igel, C. und Schaufler, T. 2006, S. 2ff).

6.1.2 Einführung eines Freibetrages zur Dämpfung der Pauschalenspirale

Nach § 35 Abs. 4 SGB V bzw. § 1 KVLG ist bei stationärer Krankenhausbehandlung pro Tag eine Zuzahlung von 10 Euro zu leisten. Die Zuzahlung ist auf

längstens 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt, also maximal 280 Euro. Die im laufenden Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen werden hierbei berücksichtigt.

Ähnlich dieser Regelung ist auch ein Beteiligungsbeitrag bei der Etablierung des Fonds bzw. der darauf aufbauenden kassenindividuellen Pauschale derart denkbar, dass für die Anrechnung einer Überforderung erst Aufwendungen eingehen, die einen gewissen Sockelbetrag – z. B. 5 oder 10 Euro pro Monat - überschreiten. Bei einer kassenindividuellen Pauschale von 15 Euro würde unter Anwendung eines Sockels von 5 Euro lediglich ein Monatsbetrag von 10 Euro in die Überforderungsgrenze eingehen. D. h., dass ein Mitglied mit monatlichen anrechenbaren Einnahmen von 1000 Euro bei einer Pauschale von 15 noch nicht in die Überforderungsgrenze fällt und die vollen 15 Euro entrichtet, statt ausschließlich 1%, also 10 Euro. Ein Mitglied mit lediglich 800 Euro anrechenbaren Einkünften würde bei einer Pauschale von 15 Euro und einem Sockel von 5 Euro nicht mit den vollen 15 Euro, sondern mit 5 Euro + 1% des anrechenbaren Einkommens, also 8 Euro, insgesamt 13 Euro belastet werden. Die folgenden Rechnungen integrieren eine derartige Regelung in die bereits bekannte Grundlage. Die Ergebnisse zeigen, dass unter Gültigkeit der vorliegenden Einkommensverteilung mit einer massiven Entschärfung der bekannten Problematik der „Pauschalenspirale“ zu rechnen ist, da sich das Einnahmefallvolumen, hervorgerufen durch die 1%-Überforderungsgrenze stark reduziert. Auch die Zahl der Mitglieder, für die die Überforderungsklausel greift, reduziert sich um einen beachtlichen Umfang, was nicht zuletzt die administrativen Aufwendungen bei der Bedarfsprüfung positiv beeinflusst.

Die Beispielauswertung für 15 Euro je Mitglied und Anwendung der Überforderungsgrenze alleine auf die beitragspflichtigen Einnahmen zeigt, dass im Benchmarkfall, ohne Sockelbetrag die Anwendung der Überforderungsgrenze die Monatspauschale auf über 20 Euro treibt.

Ausgabewerte	
Anvisierte Pauschale je Mitglied und Jahr zu erzielendes Pauschalenvolumen	180 oder. 15€ p.m. 179.982.360
Erforderliche Pauschale je Mitglied und Monat inkl. Überforderungsregelung	20,12
Erforderliche Pauschale je Mitglied und Jahr inkl. Überforderungsregelung	241,41
Erzieltes Pauschalenvolumen	179.982.360
Anzahl der Mitglieder mit Überforderung	639.542
Anteil der Mitglieder mit Überforderung	63,96%
Überforderungsklausel greift bis zu Einkommen von:	24.141

Schon die Einführung eines Sockelbetrages von 5 Euro bewirkt eine Reduktion der Pauschalenspirale um 4,24 Euro auf 0,88 Euro. Im vorliegenden Fall würde

die Überforderungsklausel so ab beitragspflichtigen Einnahmen von gut 19.000 Euro nicht mehr greifen.

Ausgabewerte	
Anvisierte Pauschale je Mitglied und Jahr zu erzielendes Pauschalenvolumen	180 oder. 15€ p.m. 179.982.360
Erforderliche Pauschale je Mitglied und Monat inkl. Überforderungsregelung	15,88
Erforderliche Pauschale je Mitglied und Jahr inkl. Überforderungsregelung	190,61
Erzieltes Pauschalenvolumen	179.982.360
Anzahl der Mitglieder mit Überforderung	266.791
Anteil der Mitglieder mit Überforderung	26,68%
Überforderungsklausel greift bis zu Einkommen von:	19.061

Die Ausweitung der Freigrenze auf 10 Euro pro Monat bewirkt schlussendlich, dass unter den angesetzten Rahmenbedingungen ein Pauschalenaufschlag aufgrund der Überforderungsgrenze quasi obsolet wird. Nach Maßgabe der gewählten Modellparameter beläuft sich der Ausgleichsaufschlag auf lediglich 2 Cent.

Ausgabewerte	
Anvisierte Pauschale je Mitglied und Jahr zu erzielendes Pauschalenvolumen	180 oder. 15€ p.m. 179.982.360
Erforderliche Pauschale je Mitglied und Monat inkl. Überforderungsregelung	15,02
Erforderliche Pauschale je Mitglied und Jahr inkl. Überforderungsregelung	180,21
Erzieltes Pauschalenvolumen	179.982.360
Anzahl der Mitglieder mit Überforderung	35.477
Anteil der Mitglieder mit Überforderung	3,55%
Überforderungsklausel greift bis zu Einkommen von:	18.021

6.1.3 Effekte einer Freigrenze zur Dämpfung der Pauschalenspirale

Anders als die Beispielüberlegungen sieht der Entwurf zur Gesundheitsreform allerdings nicht die Einführung eines Freibetrags sondern einer Freigrenze von 8 Euro pro Monat vor. Wenngleich die Initiierung der Pauschalenspirale so bis zu einer Monatspauschale von 8 Euro verhindert wird, erlangen obige Ausführungen ab dann ihre Gültigkeit. Sobald die erforderliche Pauschale einer Kasse oberhalb von 8 Euro liegt, treten die unter 6.1.2 beschriebenen Effekte ungedämpft auf. Exemplarische Auswertungen für die AOK stützen diese Modellrechnungen. Nach diesen wird einer rechnerischen Pauschale von 10 Euro je Mitglied und Monat für 61% der AOK-Mitglieder ein Greifen der Härtefallrege-

lung prognostiziert. Bei 15 Euro oder gar 20 Euro steigt dieser Anteil auf 96% bzw. 100% (vgl. Schawo, D. und Schneider, W, 2006, S. 14).

Aufgrund der Überlastungsregelung übersteigt die zu erhebende Pauschale grundsätzlich den Einnahmenvielbedarf je Zahler. Je höher der Anteil der Versicherten mit beitragspflichtigen Einnahmen unterhalb der Überforderungsklausel, umso größer ist c. p. der erforderliche Aufschlag zur Deckung eines bestimmten Einnahmenvielbedarfs. Somit müssen jene Krankenkassen, die einen hohen Anteil einkommensschwacher Mitglieder versichern, c. p. eine überdurchschnittlich hohe Prämie erheben. Durch o. a. Beispielrechnung, für eine fiktive Kasse mit leicht unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen und einem Pauschalenvielbedarf von 15 Euro je Beitragszahler kann gezeigt werden, dass infolge der Kompensation von geringeren Einkommen die unter die Überforderungsklausel fallen die Kasse mit einer Pauschale von knapp 30 Euro in den Wettbewerb treten muss. (Nach der Studie für die AOK ist dieses dort schon ab 20 Euro Pauschale der Fall). Dieses bereitet für Krankenkassen, die einen hohen Anteil solcher Versicherte aufweisen u. U. erhebliche fiskalische Probleme. Sie sehen sich dann gezwungen, die entsprechenden Fehlbeträge über einen immer höheren Zuzahlungsbeitrag zu kompensieren, der ihre wettbewerbliche Position zusätzlich verschlechtert und hier nicht auf Unwirtschaftlichkeiten zurückgeht. Dabei wächst dieser Aufschlag mit zunehmendem Zusatzbeitrag deutlich überproportional an, was Krankenkassen unverschuldet in die Insolvenz treiben kann. Die Berücksichtigung einer Freigrenze, die unterhalb von 8 Euro Monatspauschale eine Anwendung der Überforderungsklausel ausschließt, mindert diesen Mangel auch nur innerhalb dieses Bereichs.

6.2 Ein Drei-Säulen-Modell mit konstitutiver Gesundheitspauschale

Mit Blick auf die Ergebnisse des Gesundheitsreform scheinen neben einer Parallelität von einkommensabhängigen Beiträgen und Pauschalen, Befürchtung einer Überforderung oder Mehrbelastung der Mitglieder bzw. Versicherten die konstituierenden Merkmale zu sein. Die folgenden Ausführungen zeigen darum einen Weg auf, der ohne die Etablierung einer Belastungsobergrenze, eines Freibetrages oder einer Freigrenze allfällige Mehrbelastungen gänzlich vermeidet. Darüber hinaus werden wesentliche Elemente, wie sie auch schon im Vorschlag nach Rürup und Wille eingebracht wurden, bzw. Verbesserungen des derzeitigen Systems aufrechterhalten, wenn auch in teilweise abgeschwächter Form.

6.2.1 Das Modell

Wie der zukünftige Gesundheitsfonds im Rahmen der GKV umfasst das im folgenden skizzierte Modell einen fixierten Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil sowie eine ergänzende Pauschale, die allerdings deutlich höher ausfällt. Bei fixiertem Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitragsatz stellen die kassenspezifischen

schen Pauschalen einen wesentlichen Wettbewerbsparameter dar. Um eine zumindest minimale Abkoppelung der Arbeitnehmerbeiträge von den Löhnen zu erreichen und damit die Grenzbelastung bei steigendem Entgelt zu vermindern, sollte die Pauschale für jeden Erwachsenen mindestens bei 30 bis 40 Euro pro Monat liegen. Hierfür sprechen auch Verwaltungsaspekte. Eine finanzielle Überforderung von Versicherten mit niedrigem Einkommen lässt sich bei einer solchen Pauschale nur vermeiden, wenn der Beitragssatz des Arbeitnehmers entsprechend sinkt. Andernfalls bedarf es einer finanziellen Kompensation durch ein Leistungsgesetz. Den erforderlichen finanziellen Spielraum für eine entsprechende Senkung des Beitragssatzes des Arbeitnehmers bietet wohl nur eine Verlagerung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern ins Steuersystem. Ohne diese Verlagerung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern ergibt sich entweder eine in ihrer Höhe zu vernachlässigende Pauschale oder die Notwendigkeit eines Leistungsgesetzes für Versicherte mit sehr niedrigem Einkommen.

Grundsätzlich bieten sich bei einer Fixierung des Beitragssatzes die folgenden Möglichkeiten:

Fixierung des Beitragssatzes auf jeweils aktuellem und kassenindividuellem Niveau

Vorteil einer solchen Maßnahme ist es, dass im Zeitpunkt der Umstellung keine direkte Veränderung der Arbeitskosten für die Arbeitgeber aufgrund einer Veränderung der Lohnnebenkosten im Rahmen alterierender Sozialversicherungsbeiträge zu erwarten ist. Sofern diese Fixierung auf dem jeweiligen Niveau bestand hat, verändern sich allerdings im Rahmen eines Kassenwechsels die Arbeitskosten weiterhin. Das Gesamtaufkommen der GKV-Beiträge verharrt auf den derzeitigen Niveau im Mittel über alle Kassen ist eine ergänzende Pauschale obsolet.

Fixierung des Beitragssatzes auf unterdurchschnittliches Niveau

Folge einer solchen Ausgestaltung ist ein Absinken der Arbeitskosten gegenüber dem Durchschnitt. Sofern die Beschäftigten eines Arbeitgebers aber bei einer Kasse mit unterdurchschnittlichem Beitragssatz versichert waren bzw. sind, erhöht sich dort die Lohnkostenstruktur dennoch. Je stärker die Absenkung unterhalb eines durchschnittlichen Beitragssatzes erfolgt, umso größer ist die zur Ausgabendeckung erforderliche durchschnittliche Pauschale und umso mehr verschiebt sich die Parität.

Fixierung des Beitragssatzes auf den geringsten Beitragssatz einer Kasse

Durch diese Maßnahmen sinken die Arbeitskosten bei den meisten Arbeitgebern direkt im Umstellungszeitpunkt. Die Entlastung des Faktors Arbeit infolge von Lohnnebenkosten ist annähernd maximal, bzw. ermöglicht die Initiierung eines

Beschäftigungsimpulses. Da eine Mehrbelastung der Arbeitgeber ausgeschlossen ist erscheint die Überführung hier unproblematisch. Die zu erwartende Höhe der ergänzenden Pauschale ist hier maximal. Bei Beziehern geringster Einkommen ist u. U die Einführung eines Belastungsausgleiches erforderlich.

Neben der indirekten Verschiebung der paritätischen Finanzierung über zunehmende Höhe von ergänzenden Pauschalen und dem Eingriff durch den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9% halten die folgenden Berechnungen (vgl. Tabelle 21) an der paritätischen Finanzierung fest. Dabei wird der allgemeine Beitragssatz für die Jahre 2004 und 2005 und unter der Annahme, der zusätzliche Beitragssatz sei bereits für diese Jahre angewendet worden auf 13%, 12% und den günstigsten Beitragssatz einer Kasse: 10,6% abgesenkt und die so entstehenden Finanzierungslücke im Rahmen einer Pauschale je Erwachsenen gedeckt. Bei der Bestimmung der erforderlichen Pauschalen erfassen die Modellrechnungen neben dem Bundeszuschuss und den sonstigen Einnahmen der GKV auch den Saldo nach Maßgabe der GKV-Statistik. Durch die Berücksichtigung dieses Saldos wird bei der Bestimmung der Pauschalenhöhe die gleiche finanzielle Überdeckung ermöglicht, wie in der Realität und ermöglicht so evtl. vorhandene Defizite ebenso zu decken wie Rücklagen zu bilden oder aufzufüllen.

6.2.2 Quantifizierung des Modellvorschlags

Die exemplarischen Auswertungen für das Jahr 2005, unter fiktiver Einbeziehung des zusätzlichen Beitragssatzes für das Jahr 2005, erfordert bei einer Beitragssatzfixierung auf 10,6% und damit einer Unterdeckung des Ausgabenvolumens um knapp 26 Mrd. eine Pauschale je Erwachsenen und Monat von knapp 39 Euro. Mit zunehmendem Beitragssatz reduziert sich die Deckungslücke und damit die durchschnittliche zusätzliche Pauschale auf gut 18 Euro bei 12% bzw. vernachlässigbare 4 Euro bei 13%.

Da die Einführung dieser ergänzenden zusätzlichen Pauschale von einem Einkommensausgleich (in deren Umfang) abstrahiert, variiert die damit verbundene individuelle Belastung mit zunehmendem Einkommen. Neben der Gesamtdarstellung in Tabelle 21, zeigen die folgenden Abbildungen dieses exemplarisch für 2 der o. a. 3 Varianten in Form eines Belastungsprofils.

Im Falle der Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes an 13,27% auf 10,6% belastet die zur Ausgabendeckung erforderliche Pauschale einen Versicherten mit beitragspflichtigen Einnahmen i. H. v. 800 Euro mit knapp 5% dieser Bemessungsgrundlage. Mit zunehmendem Einkommen reduziert sich dieser relative Belastungswert auf etwa 1% bei beitragspflichtigen Einnahmen von 3.500 Euro pro Monat (vgl. Abbildung 30).

Tabelle 21: Modellvorschlag: Fixierter Beitragssatz und ergänzende Pauschale

	Werte je Mitglied									
	2004 ⁶⁾	2004			2004*			2005* / **		
Gesamtausgaben	2.768,94	2.768,94			2.768,94			2.855,15		
Sonstige Einnahmen¹⁾	82,65	82,65			82,65			84,03		
Bundeszuschuss²⁾	35,75	35,75			35,75			49,78		
Einnahmen 0,9% Zusatzb.	0	0,00			173,59			175,15		
Saldo nach GKV Statistik	79,40	79,40			79,40			35,44		
Beitragspflichtige Einnahmen³⁾	19287,29	19287,29			19287,29			19460,88		
allg. Beitragssatz (fixiert)⁴⁾	14,15%⁵⁾	10,60%	12,00%	13,00%	10,60%	12,00%	13,00%	10,60%	12,00%	13,00%
Deckungslücke	-0,01	-685,48	-415,46	-222,59	-511,90	-241,88	-49,00	-518,78	-246,32	-51,71
Nachrichtl. Deckungslücke gesamt in Mrd.	0,00	-34,70	-21,03	-11,27	-25,91	-12,24	-2,48	-26,05	-12,37	-2,60
Erforderliche Pauschalenhöhe p. M. je Erw.⁶⁾	0,00	51,58	31,26	16,75	38,50	18,19	3,69	38,52	18,29	3,84

S Status quo

* Fiktiver Ansatz des Sonderbeitrages von 0,9% für das gesamte Rechnungsjahr

** Wert nach KV 45, Saldo nach Pressemitteilung BMG von 03.03.06

1) Darunter u. A. auch Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung

2) Bundeszuschuss: 2004: 1,8 Mrd.; 2005: 2,5 Mrd.

3) Beitragspflichtige Einnahmen nach RSA

4) Ausgabendeckender Beitragssatz

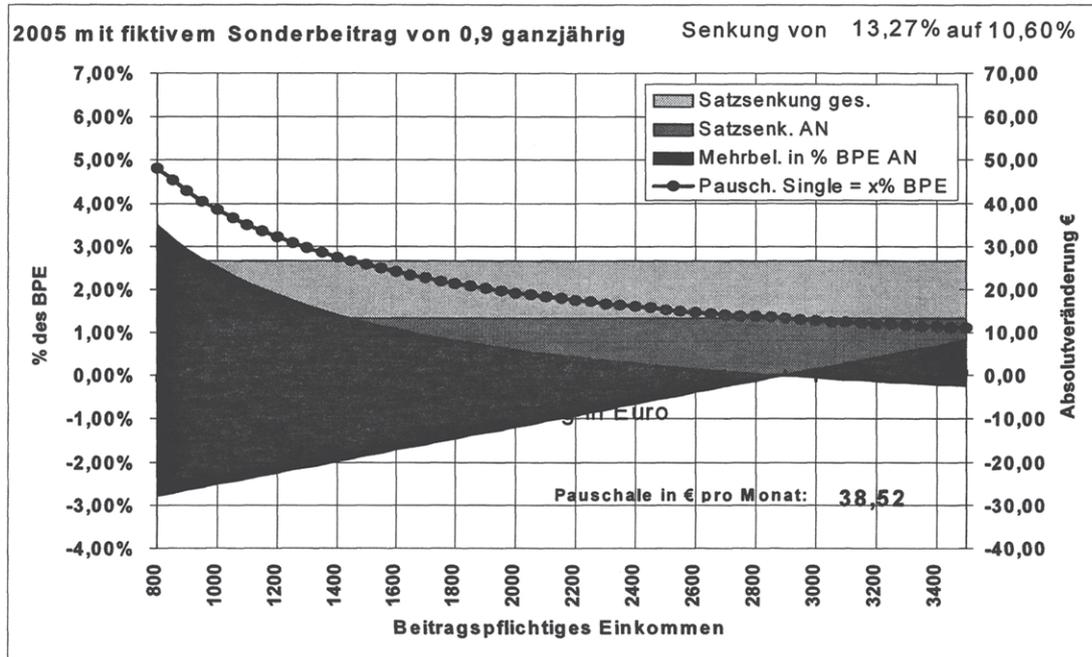
5) D. h. Arbeitgeberanteil = allg. Beitragssatz / 2;

Arbeitnehmeranteil = allg Beitragssatz / 2 + 0,9% zusätzlicher Beitragssatz + ergänzende Pauschale

6) Als Kinder wurden pauschal alle Versicherten unter 20 eingestuft.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2006 a u. b, eigene Berechnungen

Abbildung 30: Modellvorschlag: Fixierter Beitragssatz und ergänzende Pauschale Variante 1: Fixierter Beitragssatz bei 10,6% / Rechnungsjahr 2005*



Quelle: Eigene Berechnungen.

Da der Modellvorschlag mit einer Beitragssatzfixierung auf einem geringeren als dem aktuellen Niveau einhergeht ist die damit verbundene Belastung für die Zahler der Pauschale nicht vollständig als Mehrbelastung anzusehen. Die Mehrbelastung entsteht hier nur in dem Umfang, wie die Pauschale, ausgedrückt als prozentuale Belastung der Versicherten, die Beitragssatzsenkung übersteigt. Mit zunehmendem Einkommen sinkt so die Mehrbelastung der Versicherten durch die Pauschale und kehrt sich im Fall der Beitragssatzfixierung auf 10,6% ab knapp 2.900 Euro beitragspflichtiger Einnahmen in eine Minderbelastung um. Ausgedrückt in Absolutbeträgen beläuft sich die Höhe der Mehr- bzw. Minderbelastung zwischen knapp 30 bzw. knapp 10 Euro pro Monat.

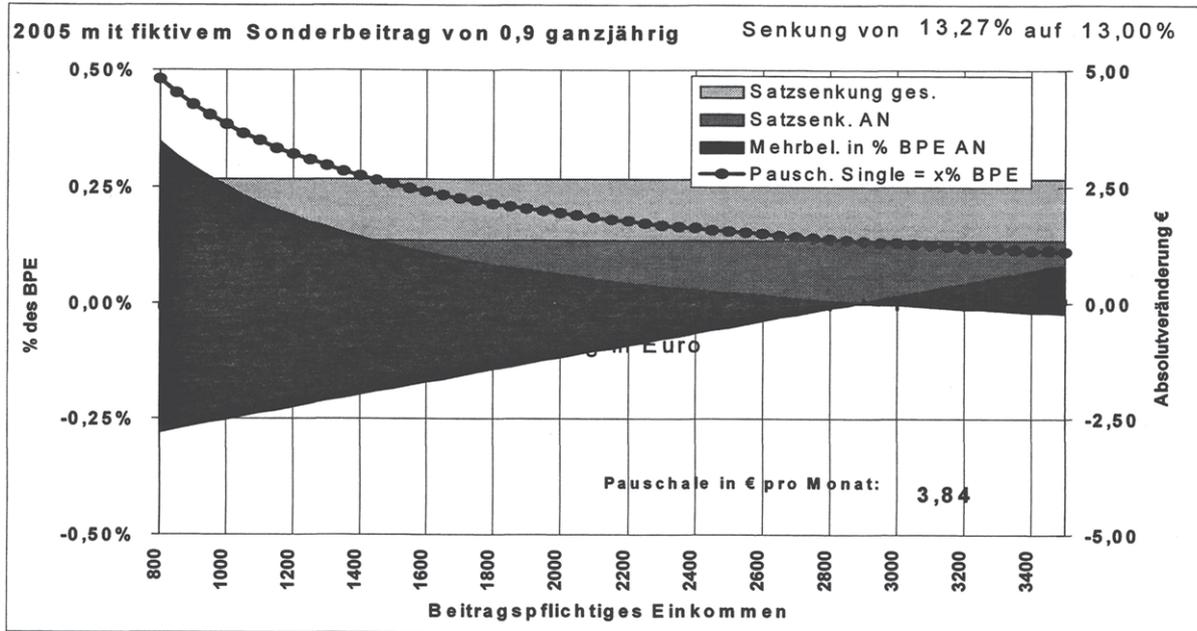
Bei einer bescheidenen Absenkung des Beitragssatzes von 13,27% auf 13% und damit einhergehend, der Erhebung einer Pauschale von durchschnittlich 3,84 Euro pro Monat (vgl. Abbildung 31) bleibt die Belastung des Einzelmitgliedes im Falle von 800 Euro beitragspflichtiger Einnahmen pro Monat unterhalb von 0,5%. Die Mehrbelastung beträgt hier unter 0,3% der beitragspflichtigen Einnahmen oder etwa 2,50 Euro pro Monat. Auch in diesem Beispiel kehrt sich die Mehrbelastung ab beitragspflichtigen Einnahmen von etwa 2.900 Euro pro Monat in eine Minderbelastung um. Die damit einhergehende bzw. weitergehende Entlastung bis zu einem Einkommen von 2.500 Euro ist in unwesentlichem Umfang.

6.2.3 Zusätzliche fiskalische Entlastung im Modell

Anders als in im Modellvorschlag von Rürup und Wille verwendet die hier vorgeschlagene Modellvariante zwar ebenfalls fiskalische Entlastungen, abstrahiert aber von der ursprünglichen Idee, die Gesundheitskosten der Kinder außerhalb des Beitragsaufkommens über Steuern zu finanzieren. Stattdessen kommen folgende fiskalische Entlastungen zur Anwendung

- Die Einführung eines zusätzlichen Bundeszuschusses i. H. v. 1,5 Mrd. Euro mit dem Ziel, den Bundeszuschuss langfristig auf 4 Mrd. Euro zu fixieren. Da der Bundeszuschuss des Jahres 2005 bereits bei 2,5 Mrd. Euro lag, ergibt sich die hier verwendete Zusatzzuweisung von 1,5 Mrd. Euro.
- Die Ausgliederung der Privatunfälle aus dem Leistungskatalog der GKV. Wenngleich keine genauen Angaben des Ausgabenvolumens für Privatunfälle vorliegen, so erscheint der hier angesetzte Wert von 6 Mrd. Euro zumindest realistisch. Die dann notwendige obligatorische Absicherung der Privatunfälle erhöht die Versicherungskosten der GKV- Mitglieder und geht mit Einkommensschmälerungen außerhalb unserer Rechnungen einher.
- Durch Strukturverbesserungsmaßnahmen lassen sich weitere 2 Mrd. Euro einsparen.

Abbildung 31: Fixierter Beitragssatz und ergänzende Pauschale; Fixierter Beitragssatz bei 13,0% / Rechnungsjahr 2005*



Quelle: Eigene Berechnungen.

In der Summe reduzieren alle diese Maßnahmen die Ausgaben der GKV um 9,5 Mrd. Euro. Geht man bei der Pauschale wiederum von dem Wert von 38,52 Euro pro Monat aus, wie im vorherigen Beispiel, erfordern die GKV- Ausgaben einen Gesamtbeitragssatz von 9,63%. Fixiert man den Arbeitgeberanteil auf 6,5%, liegt der Arbeitnehmeranteil bei 3,13% (2005).

Die Untersuchung des Belastungsprofils zeigt, dass bei dieser Ausgestaltung eine Mehrbelastung des Singlemitgliedes bis zu einem Einkommen von etwa 1.100 Euro entsteht. Die Mehrbelastung eines Mitgliedes mit 800 Euro beträgt etwa 10 Euro pro Monat, aber schon ab einem Einkommen von 1.100 Euro stellt sich das Beispielmittglied besser als bisher (siehe Tabelle 22 und Abbildung 32).

6.3 Zwischenfazit und Bewertung des Modellvorschlages

Hinsichtlich des Finanzierungssystems vermag der vorliegende Gesetzentwurf nahezu keine der bestehenden Schwachstellen zu beseitigen oder auch nur abzumildern. Der allgemeine Beitragssatz dürfte selbst bei moderaten Annahmen bis zum Jahre 2008 bzw. 2009 noch um 1,0 bzw. 1,2 Prozentpunkte ansteigen. Der zentrale Gesundheitsfonds mit dem gesetzlich fixierten Beitragssatz könnte wegen des einheitlichen Beitragssatzes des Arbeitgebers – und der damit einhergehenden höheren Belastungen der Versicherten bei Kostendifferenzen zwischen den Krankenkassen – bei isolierter Betrachtung die Wettbewerbsintensität erhöhen. Einer Verwirklichung dieses Zieles setzt jedoch die Obergrenze des Zusatzbeitrages, der ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen nicht überschreiten darf, insofern enge Grenzen, als Versicherte mit niedrigem Einkommen nun nur geringe Anreize zu einem Kassenwechsel besitzen. Zur Reduktion der Gefahr einer Kostenspirale und aus Verwaltungsgründen dient die vorgesehene Freigrenze i. H. v. 8 Euro pro Monat nur bedingt. Zwar wird bei zusätzlichen Pauschalen bis zu dieser Höhe auf eine Aufwändige Einkommensprüfung verzichtet, ab Überschreiten der Grenze wird auf deren Wirkung verzichtet und eröffnet damit die gleichen negativen Entwicklungen wie ohne diese Regelung. Sie zementiert damit die bisherige Entmischung der Versicherten- bzw. Morbiditätsrisiken zwischen den Krankenkassen.

Lediglich die Einführung eines Freibetrags in angemessener Höhe vermag Effekte einer sich selbst verstärkenden Pauschalensteigerung zu dämpfen bzw. für den Großteil der Krankenkassen aufzuheben.

Der Reformvorschlag eines Dreisäulenmodells mit konstitutiver Gesundheitspauschale erlaubt eine Weiterentwicklung und Verbesserung des Gesundheitsfonds. Der Vorschlag entkoppelt die direkten Lohnkosten von Beitragssatzsteigerungen bedingt durch z. B. Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis oder Ausgabensteigerungen. Indirekt könnten steigende Pauschalen in die Lohnverhandlungen eingehen, da diese eine Kaufkraftminderung darstellen.

Tabelle 22: Fixierter Beitragssatz und ergänzende Pauschale

		Werte je Mitglied											
		2004 ¹⁾			2004			2004*			2005 ^{**} / **		
Gesamtausgaben		2.768,94			2.768,94			2.768,94			2.855,15		
Sonstige Einnahmen ¹⁾		82,65			82,65			82,65			84,03		
Bundeszuschuss ²⁾		35,75			35,75			35,75			49,78		
Einnahmen 0,9% Zusatzb.		0			0,00			173,59			175,15		
Zusätzliche Umlage total		9.500.000.000			187,65			187,65			189,16		
Zus. Bundeszuschuß		1.500.000.000			29,63			29,63			29,87		
Ausgabenkürzung durch Privatunfälle		6.000.000.000			118,52			118,52			119,47		
Strukturverbesserungsmaßnahmen		2.000.000.000			39,51			39,51			39,82		
Aufwendungen für Krankengeld		total			126,00			126,00			116,00		
in % BPE					0,66%			0,66%			0,60%		
Saldo nach GKV Statistik		79,40			79,40			79,40			35,44		
Pauschale je Erwachsenen p. M.		51,58			38,50			38,50			38,52		
Pauschale entl. je Mitglied p.a.(nachrichtlich)		685,46			511,86			511,86			518,78		
Beitrags-einnahmen AG und Pauschale		1939,14			1765,54			1765,54			1783,74		
Deckungslücke für AN Beitragssatz		-603,14			-603,16			-603,16			-608,73		
Beitragspflichtige Einnahmen ³⁾		19287,294			19287,29			19287,29			19460,88		
allg. Beitragssatz (fixiert) ⁴⁾		14,16%			Gesamt			Gesamt			Gesamt		
alt					14,15%			14,15%			13,27%		
neu					7,08%			7,08%			6,63%		
Differenz					-0,53%			-0,53%			-0,13%		
Nachrichtl. Deckungslücke gesamt in Mrd.		0,00			0,00			0,00			0,00		

S Status quo

* Fixierter Ansatz des Sonderbeitrages von 0,9% für das gesamte Rechnungsjahr

** Wert nach KV 45, Saldo nach Pressemitteilung BMG von 03.03.06

1) Darunter u. A. auch Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung

2) Bundeszuschuss: 2004: 1,8 Mrd.; 2005: 2,5 Mrd.

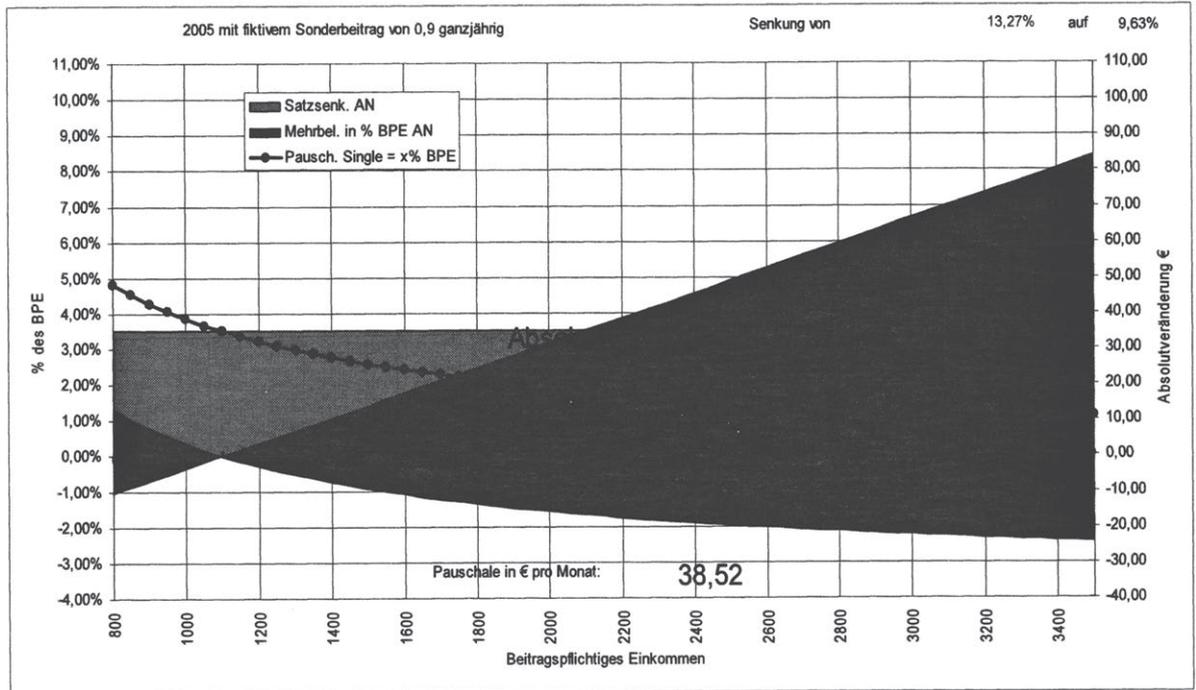
3) Beitragspflichtige Einnahmen nach RSA

4) Ausgabendeckender Beitragssatz

5) Als Kinder wurden pauschal alle Versicherten unter 20 eingestuft.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 32: Fixierter Beitragssatz und ergänzende Pauschale Rechnungsjahr 2005



Quelle: Eigene Berechnungen.

Durch die Beitragssatzfixierung werden die Bruttoarbeitskosten transparenter und ermöglichen eine verlässlichere Kalkulationsgrundlage. Weiterhin sind auch hier –wie beim Gesundheitsfonds - übliche Arbeitskostenvariationen durch Kassenwechsel bei einem einheitlich fixierten Beitragssatz über alle Kassen ausgeschlossen.

Die Pauschale verlagert ausgabenseitige Belastungen des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts aus dem Beitragsgefüge heraus, sofern dieses mit Beitragssatzstabilität nicht vereinbar ist. Gleichzeitig erhöht sie in ihrem Umfang die Generationengerechtigkeit, da Rentner im Umfang der Pauschale einkommensunabhängig und in gleichem absoluten Umfang wie Mitglieder an den Kosten beteiligt werden, statt ausschließlich mit rentenbedingt geringeren absoluten Beiträgen.

Über den Arbeitgeberanteil erfolgt nur geringfügig gemindert eine (Teil-) solidarische Mitfinanzierung des Faktors Arbeit an Kinderversicherung und Familienmitversicherung. Die Minderung nimmt mit sinkendem fixiertem Beitragssatz zu. Da die Pauschale die beitragsfreie Mitversicherung nur in (derzeit) geringem Umfang einschränkt, bleibt dieses Hauptmerkmal des Solidarprinzips weitgehend erhalten.

Da die Pauschale für alle Erwachsenen erhoben wird, sinkt in deren Umfang die derzeit existierende Ungleichbehandlung von Ein- gegenüber Zweiverdienerhaushalten.

Das Modell verursacht eine Erhöhung der Wettbewerbsintensität, die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu verbessern verspricht. Bei Fixierung des Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitragssatzes manifestieren sich alle derzeit existierenden Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen in Differenzen zwischen den kassenindividuellen Pauschalen. Dies verdoppelt für die Versicherten die Beitragsunterschiede zwischen den Krankenkassen. Allfällige Einsparungen kommen bei einem Kassenwechsel auch ausschließlich den Versicherten zugute. Schließlich machen die kassenindividuellen Differenzen in den Pauschalbeträgen die Belastungsunterschiede transparenter. Die aufgeführten Effekte verstärken die Anreize der Versicherten, eine günstige Krankenkasse zu wählen.

Dieses Modell besitzt hinsichtlich einer Erhöhung der Wettbewerbsintensität die gleichen Vorzüge wie der Gesundheitsfonds. Darüber hinaus führt der hier skizzierte Modellvorschlag zu einer Fixierung des Arbeitgeberbeitragssatzes und zu einer partiellen Entkoppelung des Arbeitnehmerbeitragssatzes von den Lohnkosten in Verbindung mit einem expliziten Einstieg in eine Gesundheitspauschale.

Allerdings fallen mit zunehmender Höhe des fixierten Beitragssatzes die Effekte aller Pro-Argumente in äußerst schwacher Intensität an. Lohnzusatzkosten als %-Wert des Bruttolohns sind weiterhin verkoppelt mit der Lohnhöhe. Sofern die

Bemessungsgrundlage weiterhin weitgehend lohnzentriert ist, bleiben Verstöße gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip bedingt durch unterschiedliche Beitragspflicht der Einkunftsarten im Hauptfinanzierungsblock (Beitrag) erhalten.

Mit Ausnahme der o. a. Variante mit fiskalischer Entlastung verbleibt der derzeitige Abgabenkeil auf weitgehend unverändertem Niveau. Es sind also keine arbeitnehmerseitigen positiven Effekte auf den Arbeitsmarkt zu erwarten; allerdings wird bei Lohnsteigerungen die Grenzbelastung im Umfang der Pauschale vermindert.

Bei geringen Einkommen und geringen bis mittleren Einkommen von Einverdienerhaushalten steigt über weite Teile die relative Belastung durch GKV-Beiträge (dies gilt sowohl für Erwerbstätige als auch für Rentner). Damit ergibt sich die Prüfung eines evtl. erforderlichen Belastungsausgleichs.

Die Ermittlung der Pauschale als „3. Säule“ erfordert einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die Kassen.

Sofern der im RSA etablierte Ausgleichsbedarfssatz über dem fixierten Beitragssatz liegt, bedarf es einer Einbeziehung der Pauschale in den Finanzkraftausgleich des Risikostrukturausgleichs und damit einer sukzessiven Ausweitung desselben.

Das Drei-Säulenmodell erlaubt neben der externen Finanzierung der Kinder die Einbeziehung weiterer Reformelemente wie:

- Eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkunftsarten wie z. B. Zinsen.
- Die Einführung eines Ehegattensplittings, unter Berücksichtigung der Pauschale des nicht erwerbstätigen Ehepartners.
- Eine eventuelle Einbeziehung der PKV in den Finanzkraftausgleich des Risikostrukturausgleichs.

7 Reformoptionen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung

Die fünfte und jüngste Säule der Sozialversicherung, die soziale Pflegeversicherung (SPV), rückt derzeit wieder verstärkt in den Fokus kontroverser politischer Diskussionen. GKV und SPV decken nicht nur vergleichbare Risiken ab, sie nutzen auch weitgehend die gleiche Finanzierungsbasis und sehen sich dadurch mit ähnlichen Problemen konfrontiert. Die nachfolgenden Ausführungen zeigen zunächst die Entwicklung der SPV bezüglich Einnahmen und Ausgaben auf. Danach wird die Ausgabenstruktur dargestellt und Ausgabenprofile für die SPV generiert. Mit Hilfe der Ausgabenprofile wird dann die voraussichtliche Entwicklung der SPV bis zum Jahr 2050 aufgezeigt. In Form einer quantitativen Bewertung werden sowohl Auswirkungen einer Leistungsdynamisierung als auch einer Leistungsausweitung für Demenzpatienten beleuchtet. Die am 18. Juni 2007 beschlossenen Eckpunkte zur Reform der SPV finden im Anschluss in Form eines Exkurses Berücksichtigung. Im Rahmen einer qualitativen Bewertung wird danach auf zentrale Schwachstellen der SPV hingewiesen. Zur Vermeidung der Schwachstellen präsentiert der letzte Abschnitt Überlegungen zu einer weitergehenden Reform der SPV.

7.1 Die Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben

Eingeführt im Jahr 1995 zielte die SPV vornehmlich darauf ab (ähnlich Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Ziffer 473ff.),

- das Risiko der Pflegebedürftigkeit angemessen abzusichern,
- die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen zu fördern (vgl. Rosendahl, B. 2003, S. 33),
- die Zahl der Pflegebedürftigen, die Sozialhilfe benötigen, erheblich zu reduzieren (vgl. Otnad, A. 2003, S. 31),
- die finanzielle Belastung der Kommunen durch die Sozialhilfe für Pflegebedürftige deutlich zu verringern,
- eine Infrastruktur von qualitativ hochwertigen Pflegeleistungen aufzubauen sowie
- der häuslichen Pflege so weit wie möglich Vorrang zu gewähren (siehe auch § 3 SGB XI).

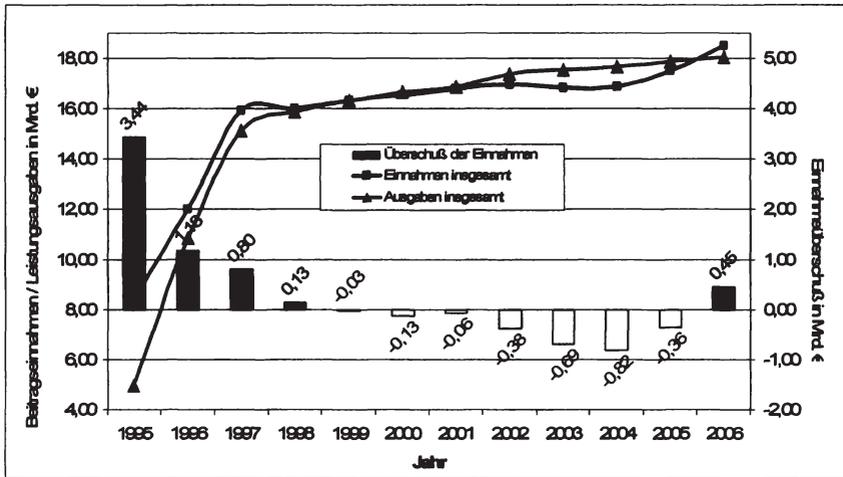
Zur Erfüllung dieser Ziele gewährt die SPV einen festen Leistungskatalog. Bezüglich der Realisierung der angestrebten Ziele setzt die SPV Impulse für eine

verbesserte Qualität der Pflegeleistungen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2001, S. 50ff.; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2004) und entlastet die Kommunen in beträchtlichem Umfang von der Sozialhilfe. Abgesehen von diesen beiden positiven Aspekten treten im Bereich der SPV aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zunehmend Schwachstellen zutage. Ihre fiskalischen, distributiven und allokativen Defizite machen die SPV inzwischen zu einem gesundheitspolitischen Pflegefall (vgl. Ottmad, A. 2003; Wille, E. 2005). Allfällige Reformvorschläge sehen sich mit der Herausforderung konfrontiert, diese Defizite zielorientiert abzubauen, d.h. ohne dabei jeweils andere gesamtwirtschaftliche Ziele zu verletzen. Ein Reformvorschlag, der eine politische Umsetzung anstrebt, steht dabei zusätzlich vor der Aufgabe, einen fiskalisch realisierbaren bzw. praktisch gangbaren Weg zu einer nachhaltigen Finanzierung der SPV aufzuzeigen.

Die Einführung der SPV erfolgte einnahmen- und ausgabenseitig in mehreren Stufen. Der für alle Kassen gültige einheitliche Beitragssatz betrug zum Zeitpunkt der Einführung am 01.01.1995 1% der beitragspflichtigen Einnahmen und erhöhte sich zum 01.07.1996 auf 1,7%. 2005 wurde der Beitragssatz für Kinderlose um weitere 0,25% erhöht. Die Leistungsgewährung setzte für häusliche und (teil-)ambulante Versicherungsleistungen zum 01.04.1995 und für entsprechende stationäre Leistungen zum 01.07.1996 ein. Die Einnahmenüberschüsse der Anfangsjahre gehen vorwiegend auf die zeitlich verzögerte Leistungsgewährung und anfängliche Informationsdefizite potentieller Leistungsberechtigter zurück (vgl. Wille, E. et al. 1999, S. 675). Wie Abbildung 33 illustriert, überstiegen im Jahre 1995 die Einnahmen trotz eines noch geringen Beitragssatzes die Ausgaben um 3,44 Mrd. Euro. Im Folgejahr verringerte sich der positive Budgetsaldo aber bereits auf 1,18 Mrd. Euro. Der positive Budgetsaldo nahm in den Jahren 1997 und 1998 von 0,80 Mrd. Euro auf 0,13 Mrd. Euro ab. Ab dem Jahre 1999 verzeichnet die SPV Budgetdefizite, die mit Ausnahme des Jahres 2006 einem steigenden Trend folgen. Im Jahr 2006 überstiegen die Einnahmen der SPV die Ausgaben um 0,45 Mrd. Euro. Die Erhebung von 0,25% Beitragssatz für Kinderlose im Jahr 2005 und die vorgezogene Beitragszahlung im Jahr 2006, die dafür Sorge trug, dass in diesem Jahr die Pflegeversicherung einmalig einen „13. Beitragsmonat“ erhielt zeichnen hierfür maßgeblich verantwortlich, wobei letztgenanntes als singuläres Ereignis nicht zur weiteren Entlastung der Kassen beiträgt.

Die seit 1999 anfallenden und tendenziell zunehmenden Budgetdefizite der SPV gehen, wie Abbildung 34 zeigt, darauf zurück, dass das Wachstum der Finanzierungsbasis bzw. der beitragspflichtigen Einnahmen deutlich hinter dem Anstieg

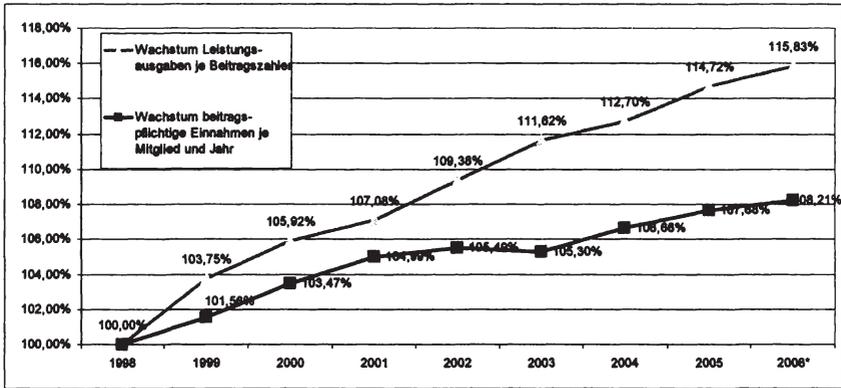
Abbildung 33: Vergleich von Ausgaben und Einnahmen der SPV von 1995 bis 2006



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2007c, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

der Leistungsausgaben zurückblieb. Der etwas stärkere Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in den Jahren 1999 bis 2001 liegt vornehmlich in der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in den neuen Bundesländern begründet. Für die Budgetdefizite der SPV zeichnet somit weniger die mit 15,8% in 8 Jahren eher moderate Zunahme der Leistungsausgaben als die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen verantwortlich. Ähnlich wie in der GKV leidet auch die SPV weniger unter einer Ausgabenexplosion als einer Einnahmenimplosion (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, Ziffer 53ff.). Die auch infolge der starren bzw. unveränderten Leistungssätze seit 1998 relativ moderate Zunahme der Leistungsausgaben je Beitragszahler – nun zu Basis 1996 – verdeutlicht noch einmal Abbildung 35. Der starke Anstieg der Leistungsausgaben in den Jahren 1996 bis 1998 resultiert vor allem aus der Mitte 1996 einsetzenden Gewährung stationärer Pflegeleistungen. Im Vergleich zu den Leistungsausgaben je Beitragszahler, die zwischen 1999 und 2006 um 17,8% (zur Basis 1996) anstiegen, nahmen die Leistungsempfänger je Beitragszahler im gleichen Zeitraum nur um 10,9% zu. Das Wachstum der Leistungsausgaben je Beitragszahler übertrifft im gesamten Beobachtungszeitraum die Zunahme der Leistungsempfänger je

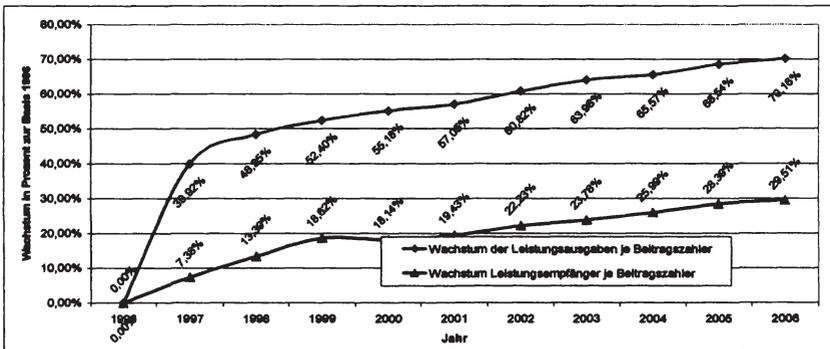
Abbildung 34: Wachstum relevanter Einnahmen und Ausgabengrößen der SPV von 1998 bis 2006



*) Schätzwerte nach KV 45

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2007a-b, BKK-Bundesverband 2006; Arbeitskreis VGR 2007.

Abbildung 35: Entwicklung von Leistungsausgaben und Leistungsempfängern je Beitragszahler von 1996 bis 2006

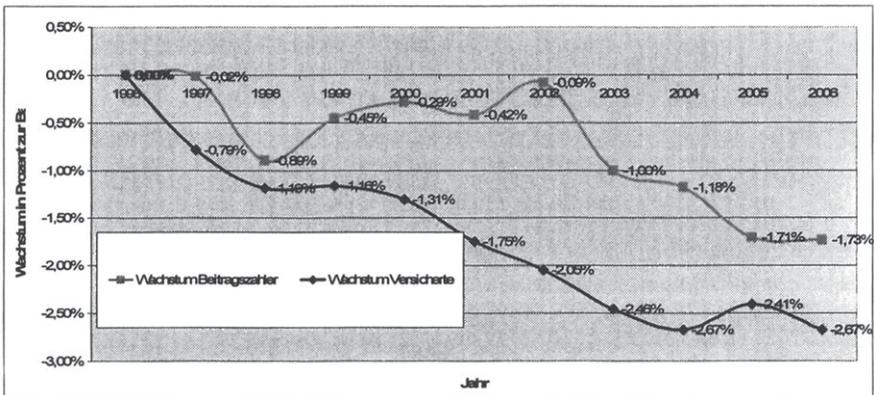


Quelle: Daten des Bundesministerium für Gesundheit 2007c, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Beitragszahler um mehr als das Doppelte. Gleichwohl bedeutet die Zunahme der Leistungsempfänger je Beitragszahler, dass im Jahre 2006 die Beitragszahler mehr Leistungsempfänger finanzieren mussten als im Jahre 1998. Dabei wuchs

die Zahl der Leistungsempfänger zwischen 1996 bzw. 1998 und 2006 um 27,3% bzw. 13,2% an, während die Zahl der Beitragszahler in diesem Zeitraum leicht zurückging. Da jedoch die Zahl der Versicherten, wie Abbildung 36 veranschaulicht, vergleichsweise stärker abnahm, scheidet das Verhältnis von Beitragszahlern zu Versicherten als Einflussgröße des Ausgabenwachstums aus. Von der Relation Beitragszahler zu beitragsfrei Mitversicherten gingen vielmehr leicht dämpfende Effekte auf das Ausgabenwachstum bzw. das Budgetdefizit der SPV aus.

Abbildung 36: Entwicklung von Beitragszahler und Versicherten von 1996 bis 2006



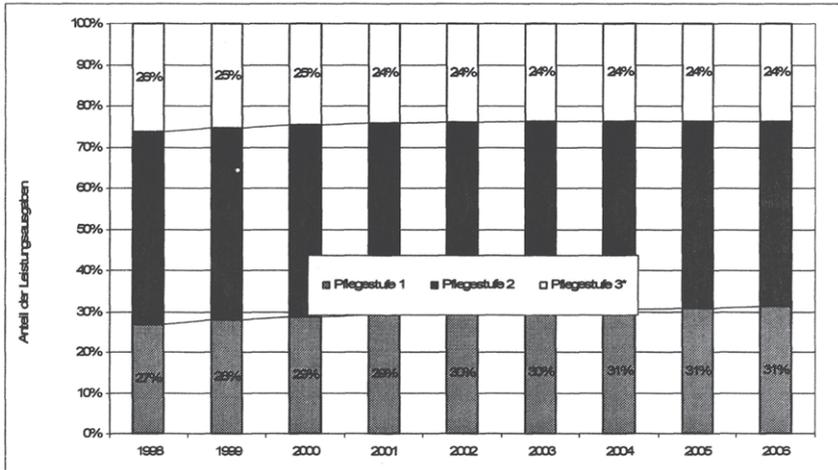
Quelle: Daten des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2007c, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Da die Leistungssätze der SPV je nach

- Pflegestufe,
- ambulanten oder stationären Leistungen,
- Geld- oder Sachleistungen

differieren, hängt das Ausgabenwachstum der SPV auch von einer Veränderung dieser Relationen ab. Dabei unterlagen die Anteile der Leistungsausgaben, die auf die einzelnen Pflegestufen entfallen, im Zeitraum von 1998 bis 2006 nur geringfügigen Veränderungen. Wie Abbildung 37 veranschaulicht, nahm der Ausgabenanteil der Pflegestufe I etwas zu und jener der Pflegestufe III leicht ab.

Abbildung 37: Die Entwicklung des Anteils der Leistungsausgaben je Pflegestufe 1998 bis 2006



*) Inkl. Härtefalleleistungen.

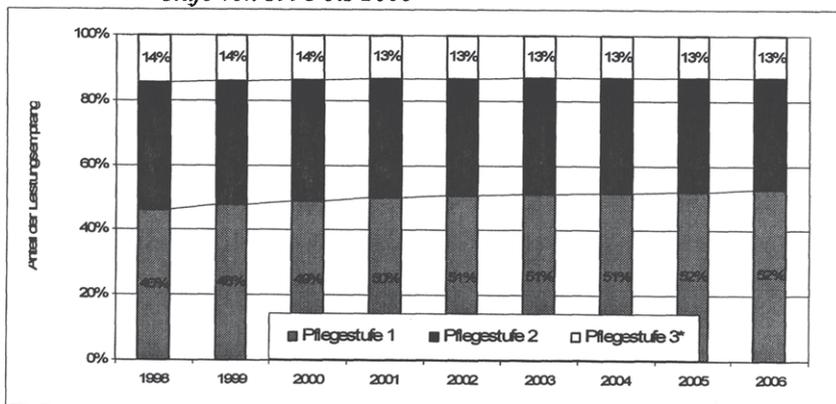
Quelle: BKK-Bundesverband 2006-2007, eigene Berechnungen.

Für die Entwicklung der Ausgabenanteile zwischen den drei Pflegestufen bildet neben der Relation von ambulanten zu stationären sowie Geld- zu Sachleistungen die Anzahl der Leistungsempfänger je Pflegestufe eine zentrale Einflussgröße. Wie Abbildung 38 zeigt, fand hier im Beobachtungszeitraum bei nahezu konstantem Anteil in der Pflegestufe III eine Verschiebung von der zweiten zur ersten Pflegestufe statt. Diese Verschiebung tritt aber seit dem Jahre 2001 kaum noch in Erscheinung, so dass bei diesem Befund offen bleibt, ob es sich um einen mittel- bis längerfristigen Trend handelt.

Auf einen Trend von ambulanten zu stationären Leistungen deutet für den Beobachtungszeitraum die in Abbildung 39 dargestellte Entwicklung hin. Diese Verschiebung, die das Wachstum der Leistungsausgaben tendenziell erhöht, fand in der Pflegestufe III in erheblich stärkerem Maße als in Pflegestufe I statt. Aus ökonomischer Sicht mag dieser Befund insofern überraschen, als die Relation zwischen ambulanten und stationären Leistungssätzen in der Pflegestufe I mit 205 Euro bzw. 384 Euro zu 1.023 Euro am höchsten ausfällt. Gleichwohl findet hier nur eine minimale Verschiebung zwischen ambulanten und stationären Leistungen statt, während in Pflegestufe III die stationären Leistungen die ambulanten inzwischen übertreffen. Es wirken hier offensichtlich andere Faktoren als die Relation der Leistungssätze, wie z.B. der Gesundheitsstatus der Pflegebedürftigen und Möglichkeiten der ambulanten Versorgung durch

Angehörige, stärker auf die Entwicklung des Verhältnisses von ambulanten zu stationären Pflegeleistungen ein. Vor dem Hintergrund des absehbaren Wandels der demographischen Struktur mit einem ständig steigenden Anteil älterer Menschen könnte die Verschiebung zwischen ambulanten und stationären Pflegeleistungen bei den geltenden Leistungssätzen einen relevanten Einfluss auf die Ausgabenentwicklung erlangen.

Abbildung 38: Die Entwicklung des Anteils der Leistungsempfänger je Pflegestufe von 1998 bis 2006

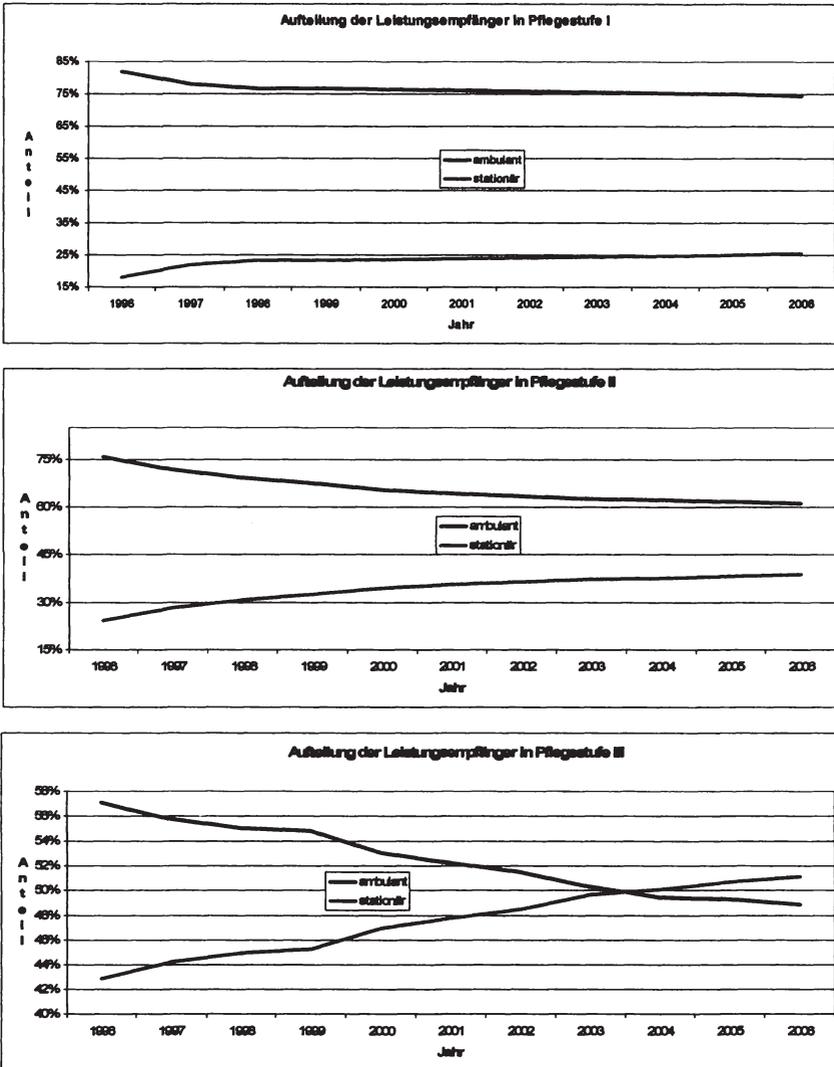


*) Inkl. Härtefälle.

Quelle: BKK-Bundesverband 2006-2007, eigene Berechnungen.

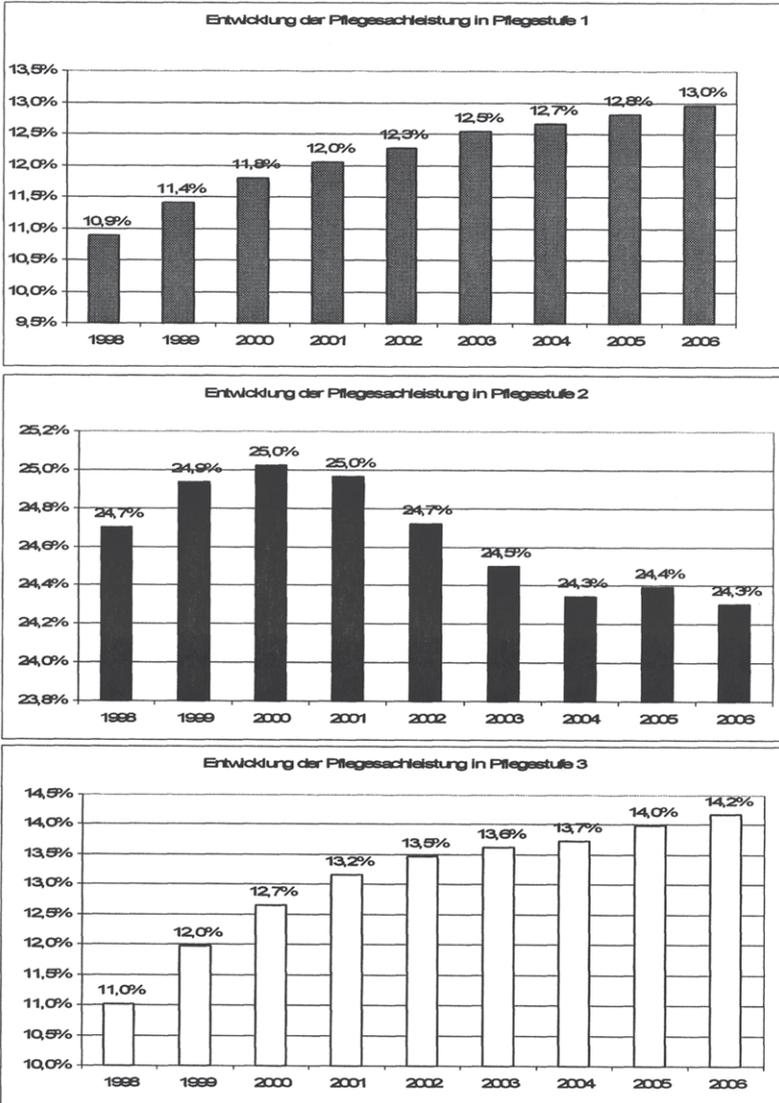
Die SPV sieht im Bereich der ambulanten Leistungen unterschiedliche Sätze für Pflegegeld und –sachleistungen vor. Die Leistungsempfänger besitzen hier ein Wahlrecht zwischen Geld- oder Sachleistungen und können sich in diesem Kontext auch in Form einer Kombinationsleistung für jegliche Variante zwischen diesen Leistungsarten entscheiden. Da die Leistungssätze für Pflegesachleistungen deutlich über jenen für entsprechende Geldleistungen, vor allem in der Pflegestufe II und III, liegen, wirkt auch dieses Verhältnis auf die Entwicklung der Leistungsausgaben in der SPV ein. Diesbezüglich zeichnet sich, wie Abbildung 40 illustriert, zwischen 1998 und 2005 innerhalb der Pflegestufe I ein leichter Trend in Richtung von Sachleistungen ab, der sich jedoch ab 2001 eher abschwächt. Gänzlich anders verläuft die Entwicklung in Pflegestufe II, in der die Pflegesachleistungen zunächst relativ zunehmen, um dann bis 2006 im Anteil deutlich unter den Ausgangswert abzufallen. In Pflegestufe III steigt der Anteil der Sachleistungen zunächst, d.h. zwischen 1998 und 2002, von 11,0% auf 13,5% spürbar an, danach schwächt sich dieses Wachstum allerdings ab. Bis zum Jahr 2006 erreicht der Anteil nur noch einen Zuwachs von 0,7 Prozentpunkten auf 14,2%.

Abbildung 39: Verschiebungen zwischen ambulantem und stationärem Leistungsempfang von 1996 bis 2006



Quelle: Daten des Bundesministeriums für Gesundheit 2007c, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Abbildung 40: Die Entwicklung des Anteils der Pflegesachleistungen je Pflege-
stufe von 1998 bis 2006



Quelle: BKK-Bundesverband 2007, eigene Berechnungen.

7.2 Ausgabenprofile

7.2.1 Spezifische Wahrscheinlichkeiten der Leistungsanspruchnahme

Wie der kursorische Überblick über die bisherige Einnahmen- und Ausgabenentwicklung bereits andeutet, entwickeln sich die Herausforderungen, mit denen sich die SPV künftig konfrontiert sieht, aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Einflussfaktoren. Neben den Determinanten, die auf der Finanzierungsseite die beitragspflichtigen Einnahmen beeinflussen, gehören hierzu auf der Ausgabe­seite vor allem die demographisch bedingte Veränderung der Versicherten- und Leistungsempfängerstruktur sowie die daraus resultierenden Ausgabenbedarfe. Dabei erfordert eine verlässliche Prognose der zukünftigen Ausgabenbedarfe die Ermittlung der Leistungswahrscheinlichkeiten sowie alle Leistungsausgaben umfassenden Ausgabenprofils. Analog zum Risikostrukturausgleich in der GKV bietet es sich hier methodisch an, die durchschnittlichen Ausgabenbedarfe je Versicherten in der SPV zu bestimmen. Diese hängen von Alter und Geschlecht der Versicherten sowie der gewählten Leistungsart ab und ermöglichen auf der Grundlage von Leistungswahrscheinlichkeiten und Aufwendungen je Leistungstag bzw. -jahr eine Ermittlung von erwarteten Ausgabenprofilen. In der Terminologie privater Versicherungen handelt es sich hier um erwartete Kopfschäden.

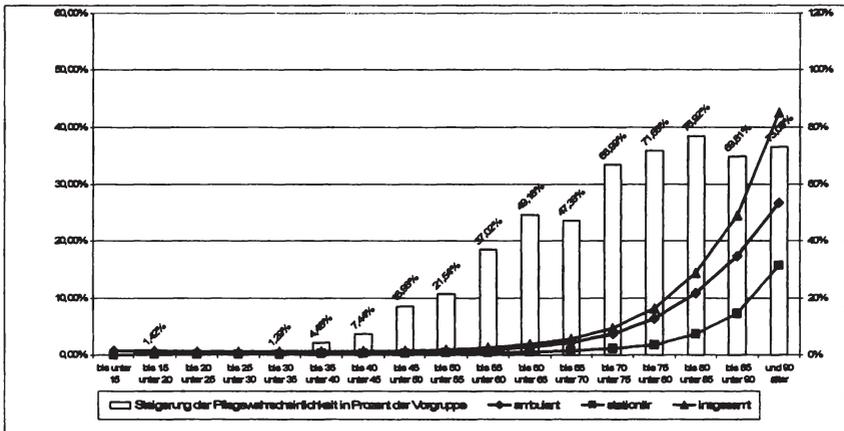
Um bei der Ermittlung der Ausgabenprofile eine variable und fein spezifizierte Berechnungsgrundlage zu schaffen, reicht es nicht aus, nur geschlechtsspezifische und altersabhängige Leistungswahrscheinlichkeiten zu bestimmen. Es bedarf darüber hinaus noch einer Berücksichtigung der verschiedenen Leistungsarten (ambulant und stationär), jeweils getrennt nach Pflegestufen. Grundlage für ein solches Vorgehen bilden alters- und geschlechtsspezifische Versichertenzahlen der SPV. Die amtliche Statistik weist diese Versichertenzahlen, getrennt nach Mitgliedern und Familienangehörigen, für die GKV aus und verweist dabei auch auf die Gesamtzahl in der SPV. Unterstellt man für die SPV eine identische, geschlechtsspezifische Besetzung der Altersklassen, kann unter Verwendung der sich in den o. a. Tabellen abzeichnenden Relationen ein den Anforderungen entsprechendes, alters- und geschlechtsspezifisches Tableau erstellt werden. Es weist dann in gleicher Weise die Versicherten der SPV aus.

Die amtliche Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit enthält die Leistungsempfängerzahlen der SPV getrennt nach Pflegestufen, Altersklassen und Geschlecht, sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich. Die Verbindung von Leistungsempfängerdaten und Versichertenzahlen ermöglicht die Bestimmung von spezifischen Leistungswahrscheinlichkeiten, die den o. a. Anforderungen entsprechen.

Abbildung 41 zeigt exemplarisch die altersspezifische Wahrscheinlichkeit der Männer für die Eingruppierung in eine Pflegestufe. Bis zur Altersklasse der 75

bis unter 80jährigen liegt die Wahrscheinlichkeit, überhaupt Pflegeleistungen zu empfangen, unter 10%. Für Versicherte unter 55 Jahren erreicht die Pflegewahrscheinlichkeit nicht einmal die 1%-marke. Ab der Altersklasse 55 bis unter 60 Jahre steigen die Pflegewahrscheinlichkeiten jährlich um mindestens 40% an. Beim Übergang von der Altersklasse der 75 bis unter 80jährigen zur Altersklasse der 80 bis unter 85jährigen nimmt die Pflegewahrscheinlichkeit um knapp 77% auf 14,5% zu. In der Altersklasse 90 und älter erreicht die Wahrscheinlichkeit, Leistungen aus der Pflegeversicherung zu empfangen, gut 42%. Die Wahrscheinlichkeit, ambulante Pflegeleistungen in Empfang zu nehmen, übersteigt durchweg die Wahrscheinlichkeit der stationären Pflegeleistungen in dieser Gesamtbetrachtung.

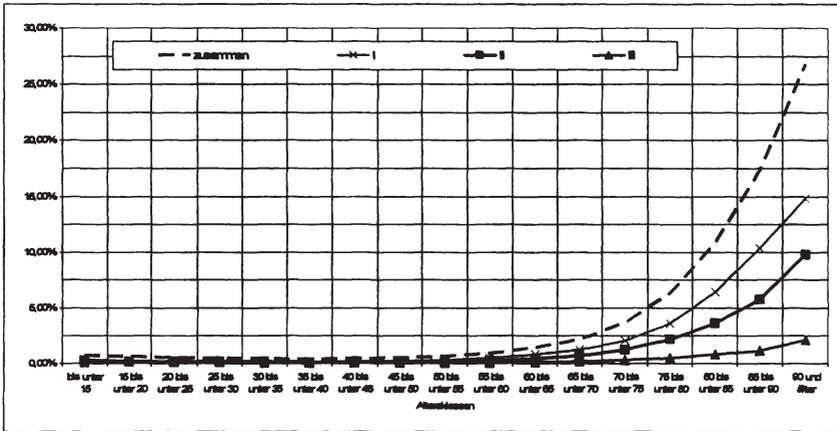
Abbildung 41: Altersklassenspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten für Männer (2006)



Quelle: Eigene Berechnungen.

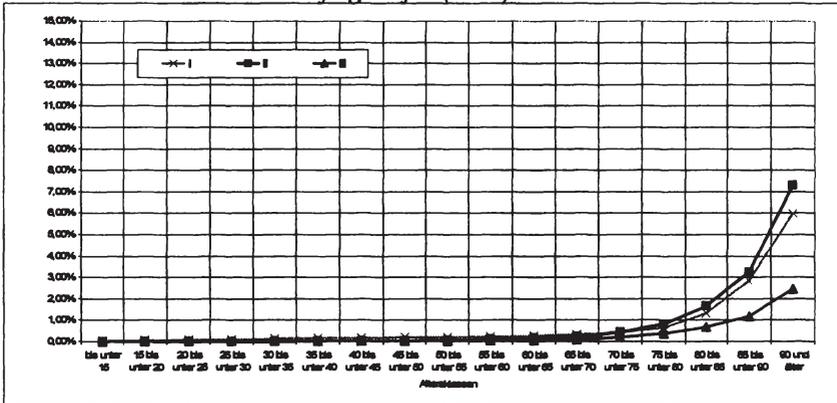
Bei den ambulanten Pflegewahrscheinlichkeiten der Männer (vgl. Abbildung 42) zeigt sich ab der Altersklasse der 65 bis unter 70jährigen ein moderater Anstieg. Dieser Anstieg ist maßgeblich durch den Zuwachs der Wahrscheinlichkeit in den Pflegestufen I und II geprägt. Die Wahrscheinlichkeit, ambulante Leistungen der Pflegestufe III in Anspruch zu nehmen, erfährt einen relevanten Anstieg erst ab der Altersklasse der 80 bis unter 85jährigen. Für die Altersklasse der über 90jährigen erreicht die ambulante Pflegewahrscheinlichkeit einen Wert von knapp 27%. Auf die Pflegestufe I entfallen hierbei knapp 15%, auf die Pflegestufe II knapp 10% und auf die Pflegestufe III etwa 2,1%. Abbildung 43 zeichnet für den stationären Bereich zunächst ein ähnliches Bild. Bis zur

Abbildung 42. Altersklassenspezifische ambulante Pflegewahrscheinlichkeiten für Männer nach Pflegestufen (2006)



Quelle: Eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Abbildung 43: Altersspezifische stationäre Pflegewahrscheinlichkeiten für Männer nach Pflegestufen (2006)



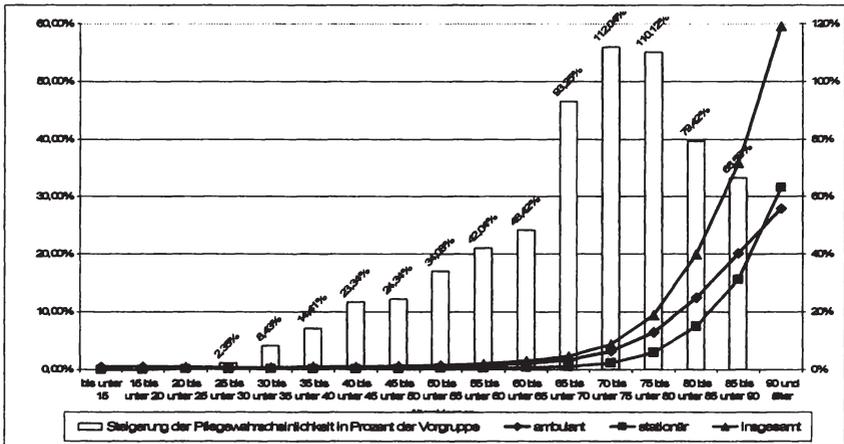
Quelle: Eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Altersklasse der 65 bis unter 70jährigen entsprechen die Pflegewahrscheinlichkeiten der Abfolge der Pflegestufen, wenngleich auf sehr geringem Niveau. Die Wahrscheinlichkeit, Leistungen der Pflegestufe I in Anspruch zu nehmen, liegt bei 0,3%, die der Pflegestufe II bei 0,25% und die der Pflegestufe III bei 0,1%.

Schon ab der nächsten Altersklasse der 70 bis unter 75jährigen übersteigt die Pflegewahrscheinlichkeit der Pflegestufe II, die der Pflegestufe I um 0,03 Prozentpunkte. Diese Abfolge setzt sich bis zur Altersklasse der über 90jährigen fort. Hier erreicht die Pflegestufe I eine Wahrscheinlichkeit von 6%, Pflegestufe II von 7,3% und die Pflegestufe III von 2,5%. Die Leistungswahrscheinlichkeiten höherer Altersklassen liegen somit im stationären Bereich in der Pflegestufe II über jenen der Pflegestufe I. Diese Entwicklung entspricht auch den Erwartungen, da die Gewährung einer stationären Pflegeleistung generell einer Begründung bedarf. Es liegt in der Natur der Pflegestufen, dass ein erhöhter Pflegebedarf einen stationären Aufenthalt eher erforderlich macht.

Die altersklassenspezifische Wahrscheinlichkeit der Frauen für die Eingruppierung in eine Pflegestufe erreicht bis zur Altersklasse der 60 bis unter 65jährigen ein nur sehr geringes Niveau (vgl. Abbildung 44). Die Wahrscheinlichkeit der 65 bis unter 70jährigen übertrifft die der 60 bis unter 65jährigen bereits um 93%. Eine Pflegewahrscheinlichkeit von etwa 10% tritt ab der Altersklasse der 75 bis unter 80jährigen auf. Steigerungen der Pflegewahrscheinlichkeit gegenüber der vorherigen Altersklasse erreichen hier Werte von über 100%. Die Wahrscheinlichkeit, ambulante Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen, liegt gerade in hohen Altersklassen nur geringfügig über jener der stationären Leistungen. In der Altersklasse der 80 bis unter 85jährigen beträgt die Wahrscheinlichkeit ambulanter Leistungen der Pflegeversicherung 12,4%, die stationärer Leistungen 7,5%. In der Altersklasse der über 90jährigen übersteigt die Wahrscheinlichkeit, stationäre Leistungen in Anspruch zu nehmen, mit 31,6% die der ambulanten Leistungen mit 28%.

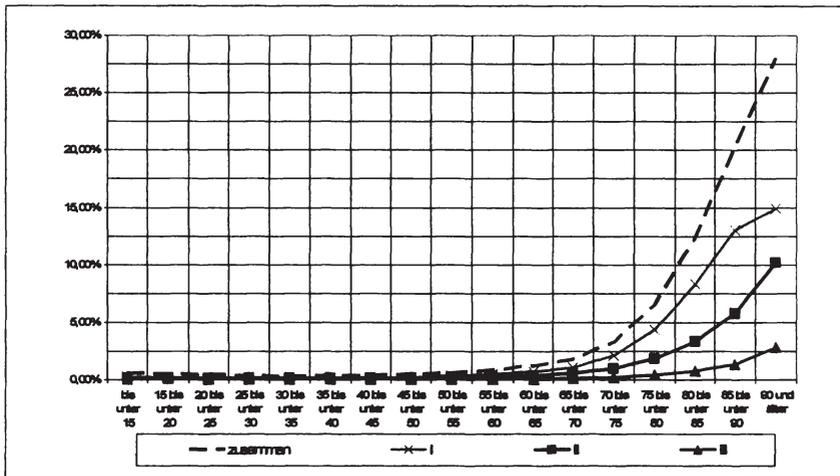
Abbildung 44: Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten für Frauen (2006)



Quelle: Eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen erhöht sich deutlich ab der Altersklasse der 75 bis unter 80jährigen. Diese Zunahme der Leistungswahrscheinlichkeit zieht sich durch alle Pflegestufen, wobei die Pflegestufe I im Vergleich der Leistungswahrscheinlichkeit der 90jährigen und älter mit den 85 bis unter 90jährigen eine Dämpfung im Zuwachs erfährt. In der Altersklasse der über 90jährigen beträgt die Wahrscheinlichkeit, ambulante Leistungen der Pflegestufe I zu empfangen, 14,9%, für Pflegestufe II 10,2% und für Pflegestufe III 2,9% (vgl. Abbildung 45).

Abbildung 45: Altersspezifische ambulante Pflegewahrscheinlichkeiten für Frauen nach Pflegestufen (2006)



Quelle: Eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

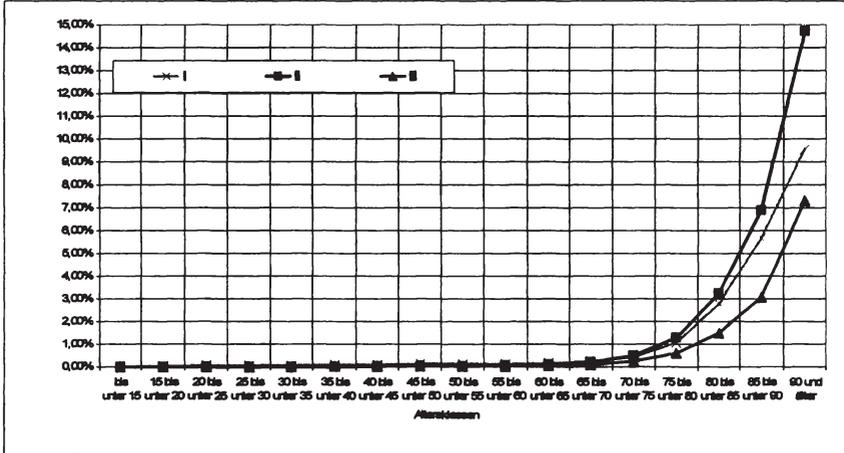
Ein deutlicher Anstieg bei der Wahrscheinlichkeit, stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen, zeigt sich erst ab der Altersklasse der 80 bis 85jährigen. Wie auch bei den Männern übersteigt die Wahrscheinlichkeit, Leistungen der Pflegestufe II zu erhalten, die in anderen Pflegestufen. Bis zu der Altersklasse der über 90jährigen erreicht die Pflegewahrscheinlichkeit für Pflegestufe I ein Niveau von 9,6%, für Pflegestufe II 14,7% und für Pflegestufe III 7,3%.

7.2.2 Ausgabenprofile in der SPV

Die Ermittlung von Ausgaben- bzw. Leistungsprofilen macht es nun erforderlich, die oben ermittelten spezifischen Wahrscheinlichkeiten der Leistungsanspruchnahme mit den dazugehörigen Ausgabengrößen zu verknüpfen. Die Ver-

bindung der Leistungstagestatistik mit den spezifischen Leistungsausgaben ermöglicht es, entsprechende Ausgabenwerte je Leistungstag zu bestimmen.

Abbildung 46: Altersspezifische stationäre Pflegewahrscheinlichkeiten für Frauen nach Pflegestufen (2006)



Quelle: Eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Die SPV gewährt im Bereich der ambulanten Leistungen unterschiedliche Leistungssätze für Pflegesachleistung und Pflegegeld. Die Leistungsempfänger besitzen hier ein Wahlrecht. Es steht ihnen frei, selbst zu entscheiden, Pflegesachleistungen oder Pflegegeld in Anspruch zu nehmen. Weiterhin kann der Pflegebedürftige in Form einer Kombinationsleistung jede erdenkliche Aufteilung von Geld- und Sachleistungen wählen. Er erhält zunächst Pflegesachleistungen und sofern er deren Maximalbetrag nicht ausschöpft, wird ihm der restliche Anteil in Prozent der Pflegegeldleistung ausbezahlt. Die Festschreibung der Leistungssätze erfolgt lediglich in Geld- bzw. Sachleistungen. Um später Effekte von Veränderungen der Leistungssätze bei Geld- und Sachleistungen abbilden zu können, bedarf es einer Bestimmung dieser Leistungsarten innerhalb der Kombinationsleistungen.

Ausgehend vom Gesamtvolumen der Pflegesach- bzw. Geldleistungen einer Pflegestufe wird zunächst das auf reine Pflegesachleistungen entfallende Ausgabenvolumen ermittelt. Im Detail werden für jeden Tag Pflegesach- und Pflegegeldleistung die maximal zu erreichenden Tagesleistungssätze angesetzt und mit der Zahl der jeweils erbrachten Leistungstage multipliziert. Die Leistungsausgabenvolumina werden vom ausgewiesenen Gesamtbetrag für Geld- bzw. Sach-

leistungen der entsprechenden Pflegestufe abgezogen. Da die Sachleistungen als Erstattungsbetrag festgesetzt werden, entfällt der Fehlbetrag in vollem Umfange auf die Kombinationsleistungen. Setzt man für die in Kombinationsleistungen erbrachten Leistungstage den vollen Pflegesachleistungsbetrag an und dividiert den Fehlbetrag durch diesen Wert, ergibt sich der durchschnittliche Anteil der Pflegesachleistungen von Leistungsempfängern, die Kombinationsleistungen gewählt haben. Da Empfänger von Kombinationsleistungen den restlichen Anteil bis zum 100% Leistungssatz als Pflegegeldleistungen ausbezahlt bekommen, wird der verbleibende Anteil gewichtet mit dem Pflegegeldleistungssatz den Pflegegeldleistungen zugeschlagen. Der Restbetrag zwischen den insgesamt nach der Ausgabenstatistik gewährten Pflegegeldleistungen und dem so ermittelten Leistungsvolumen geht auf vorzeitiges Ausscheiden von Leistungsempfängern zurück. Die bereits bezahlten Monatspauschalen der Pflegegeldleistung werden nicht zurückgefordert, wenn der Pflegebedürftige z.B. innerhalb des Leistungsmonats verstirbt. Insofern wird die Differenz als tagesgleicher Satz auf alle Empfänger von Pflegegeldleistungen verteilt.

Die SPV gewährt im ambulanten Bereich neben Pflegegeld und Pflegesachleistungen auch Leistungen für häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson sowie Kurzzeitpflege, Beiträge zur Rentenversicherung, Aufwendungen für Wohnumfeldverbesserungen, technische und Pflegehilfsmittel. All diese Leistungen unterliegen mit Ausnahme der Rentenversicherungsbeiträge über alle Pflegestufen einer maximalen Erstattungshöhe. Für die Ermittlung der Ausgabenprofile werden die hierauf entfallenden Leistungsvolumina als Pauschalaufschlag je gewährtem Leistungstag veranschlagt.

Für den stationären Bereich werden ebenfalls unter der Verwendung der gewährten Gesamtvolumina je Pflegestufe und der darauf entfallenden Leistungstage durchschnittliche Ausgabenwerte je Leistungstag ermittelt. Aufschläge, wie z. B. für die Unterbringung in Behindertenheimen, werden auf die stationären Leistungstage nach dem Vorbild der Kurzzeitpflege im ambulanten Bereich verteilt.

Im Ergebnis erhält man bei diesem Vorgehen durchschnittliche Ausgaben je gewährtem Leistungstag für alle verschiedenen Ausgabenarten der SPV. Die ergänzenden Leistungen, die als zusätzliche Leistungen zum Pflegegeld bzw. Pflegesachleistung gewährt werden, erweitern die entsprechenden Aufwendungen als Anteil der Leistungstage. Dies bedeutet, dass auf einen Leistungstag Pflegegeldleistung noch einmal ein minimaler Betrag in Prozent einer Tagesleistung für die rundungsbedingten Überzahlungen aufgeschlagen wird. Für Kurzzeitpflege oder teilstationäre Tages- und Nachtpflege werden durchschnittliche Inanspruchnahmen je gewährtem Leistungstag angesetzt. Dieses Vorgehen ordnet die ergänzenden Leistungsarten möglichst verursachungsgerecht den Hauptleistungsarten wie Pflegegeld und Pflegesachleistung zu, lässt allerdings Verän-

derungen im Sinne einer vermehrten oder verminderten Inanspruchnahme dieser ergänzenden Leistungen außer Acht.

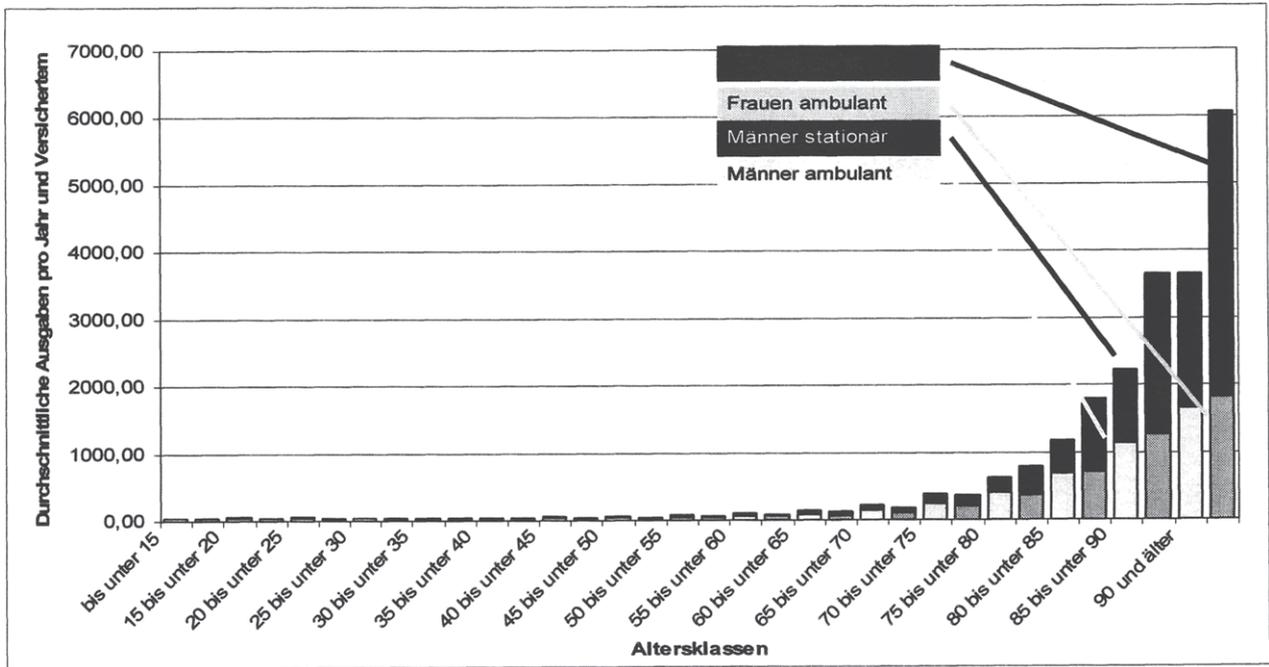
Die vorher ermittelten Pflegewahrscheinlichkeiten unterscheiden die Leistungswahrscheinlichkeiten nach Geschlecht, Altersklasse sowie ambulanter und stationärer Pflegestufe. Diese Verrechnung der Ausgabenwerte ergibt pflegestufenspezifische Durchschnittsausgaben je gewährtem Leistungstag, getrennt nach ambulanter und stationärer Leistung. Die Multiplikation dieser beiden Größen ermöglicht die Darstellung von alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofilen. Abbildung 47 zeigt diese exemplarisch. Bis zur Altersklasse der 75 bis zu unter 80jährigen übersteigt das Ausgabenprofil der Männer das entsprechende der Frauen. Dabei nimmt der ambulante Teil in beiden Gruppen das größte Gewicht ein. Ab der Altersklasse 80 bis unter 85jährigen übersteigt das erwartete Ausgabenprofil je sozial pflegeversicherter Frau den Komplementärwert der Männer. Die stationären Leistungen gewinnen stetig an Gewicht und nehmen ab der Altersklasse 85 den größten Anteil der Ausgaben ein. Wie bereits die Leistungswahrscheinlichkeiten zeigten, unterscheiden sich Männer und Frauen im ambulanten Bereich auch in den Ausgabenprofilen weitaus weniger als im stationären Bereich. Die deutlich höheren Leistungsausgaben der Frauen gehen hauptsächlich auf den Anstieg der stationären Leistungen zurück. Da Männer eine geringere Lebenserwartung als Frauen besitzen und Frauen entsprechend in diesen Altersklassen eher allein stehend sind und eine ambulante Pflege durch das Fehlen des Lebenspartners häufig ausscheidet, überrascht dieses Ergebnis nicht. Bis zur Altersklasse der 70 bis unter 75jährigen erreicht das erwartete Ausgabenprofil lediglich ein Niveau unterhalb 400 Euro je Versicherten und Jahr. Abbildung 48 zeigt eine Ausschnittsvergrößerung der Ausgabenprofile bis zu dieser Altersklasse, um eine bessere Darstellung der Werte zu erreichen.

7.3 Die Entwicklung der SPV bis zum Jahr 2050

7.3.1 Entwicklung der Bevölkerung und Versichertenpopulation

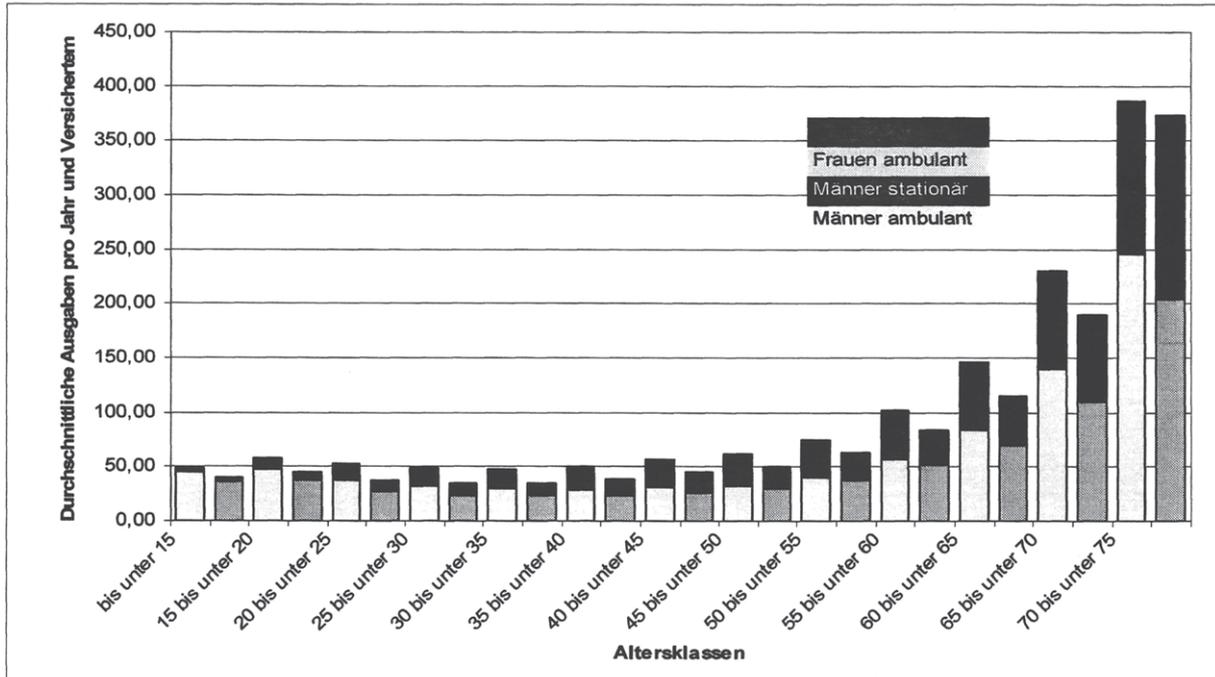
Umfang und Struktur einer Bevölkerung hängen ab von Geburten, Sterbefällen bzw. Lebenserwartung und Wanderungssaldo der Bevölkerung eines Landes (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005 Ziffer 542ff.). Die hier verwendeten Bevölkerungsprognosen stützen sich auf Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes. Die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes geht im Hinblick auf die Geburtenentwicklung zum einen davon aus, dass die zusammengefasste Geburtenziffer bis zum Jahre 2050 auf dem niedrigen Niveau von 1,4 konstant bleibt. In einer zweiten Variante unterstellt sie eine von 1,4 auf 1,6 steigende Geburtenziffer, wobei der Anstieg bis zum Jahr 2025 erfolgt. Ab dann bleibt die Geburtenziffer

Abbildung 47: Ausgabenprofile der SPV nach Alter, Geschlecht sowie ambulanter und stationärer Pflegeleistung



Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 48: Ausgabenprofile der SPV nach Alter, Geschlecht sowie ambulanter und stationärer Pflegeleistung bis zur Altersklasse 70-75



Quelle: Eigene Berechnungen.

konstant. Eine 3. Variante unterstellt bis zum Jahr 2050 eine leicht fallende Geburtenziffer (1,2). Weiterhin stützt sich die Vorausberechnung auf je zwei Annahmen zur Lebenserwartung und zum Wanderungssaldo, was die in Tabelle 23 dargestellten Varianten ergibt. Auf der Grundlage der oben ermittelten Versicherten- und Mitgliederzahlen und den in der Vorausberechnung ausgewiesenen Bevölkerungszahlen, lässt sich die zukünftige Entwicklung der SPV darstellen. Abbildung 49 zeigt die Alterspyramide der SPV im Jahr 2005. Auf einem relativ schmalen Sockel der unter 35jährigen lastet ein relativ massiver Ausbau durch die stark vertretenen 35 bis 55jährigen.

Tabelle 23: Annahmen und Varianten der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

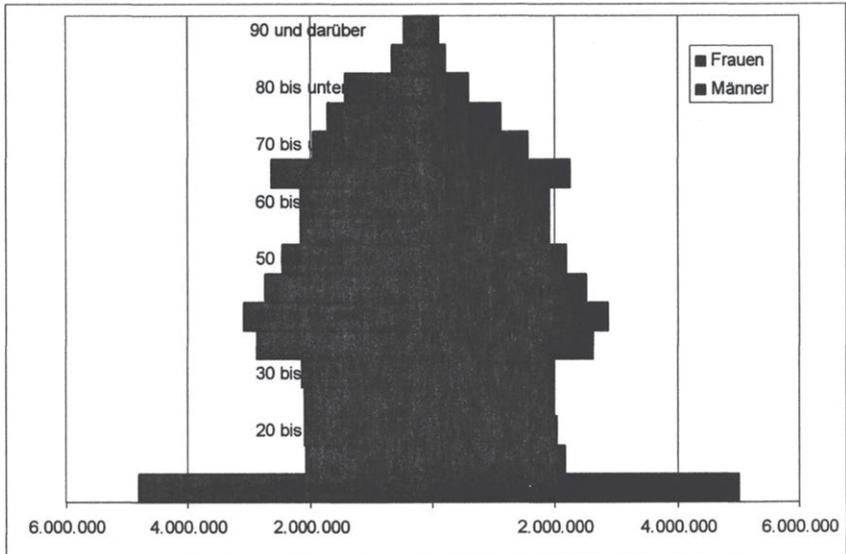
Jährlicher Wanderungssaldo bis zum Jahr 2050: 100 000 Personen (W1) 200 000 Personen (W2)	Geburtenhäufigkeit (durchschnittliche Kinderzahl je Frau)		
	annähernd konstant: 1,4	leicht steigend von 1,4 auf 1,6 (2006-2025), danach konstant	leicht fallend bis 2050 auf 1,2
Annahmen zur Lebenserwartung bei Geburt (im Alter von 60) im Jahr 2050			
Basisannahme m: 83,5 (25,3) Jahre w: 88,0 (29,1) Jahre	Variante 1 - W1 („mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze) Variante 1 - W2 („mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze)	Variante 3 - W1 Variante 3 - W2 („relativ junge“ Bevölkerung)	Variante 5 - W1 Variante 5 - W2
hoher Anstieg m: 85,4 (27,2) Jahre w: 89,8 (30,9) Jahre	Variante 2 - W1 Variante 2 - W2	Variante 4 - W1 Variante 4 - W2	Variante 6 - W1 „relativ alte“ Bevölkerung Variante 6 - W1

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2006a

Das Älterwerden der Bevölkerung und die immer geringer besetzten jungen Altersklassen bewirken die drohende demographische Belastung im Sinne eines Double-Aging. Nach Vorgabe der Variante 1-W1 der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung hat sich schon im Jahr 2015 der breitere Teil in die Altersklasse von 45 bis 65 Jahren verlagert bei gleichzeitig dünner werdendem Sockel der unter 25jährigen (vgl. Abbildung 50).

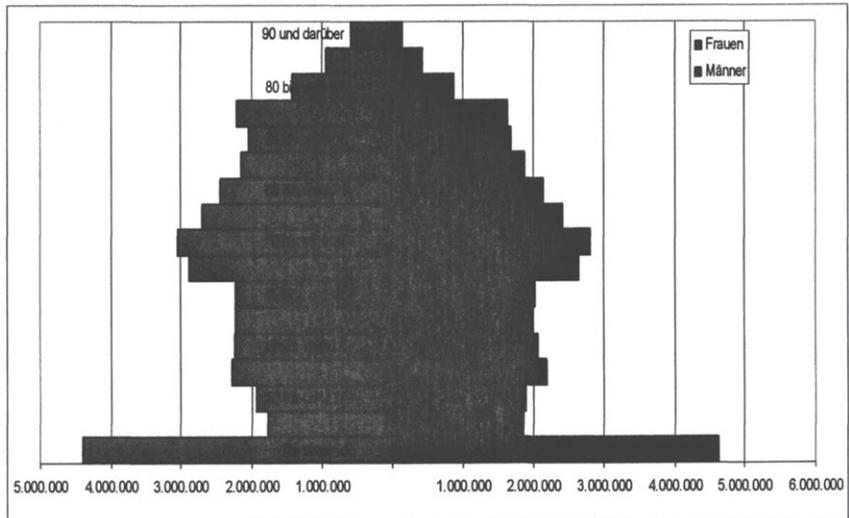
Abbildung 51 veranschaulicht den Altersaufbau in der SPV im Jahr 2030. Die Bevölkerungspyramide nimmt nun die Form eines Pilzes an. Ein relativ breiter Aufbau fußt auf einem noch schmalen Sockel. Die 60 bis unter 75jährigen stellen die am stärksten besetzten Altersklassen der SPV dar. Bis zum Jahr 2050 erreicht diese am stärksten besetzte Gruppe die Altersklasse der bis 85jährigen. Zusammen mit den noch älteren Altersgruppen stellen sie dann, nach Maßgabe der oben beschriebenen Ausgabenprofile die ausgabenintensivsten Altersklassen der Pflegeversicherung. Schon jetzt zeichnet sich ab, dass für

Abbildung 49: Alterspyramide der SPV im Jahr 2005



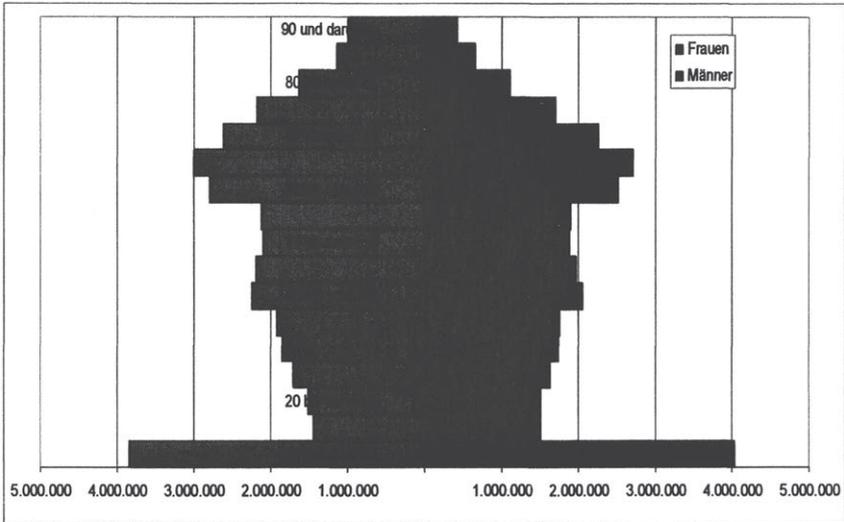
Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 50: Alterspyramide der SPV im Jahr 2015



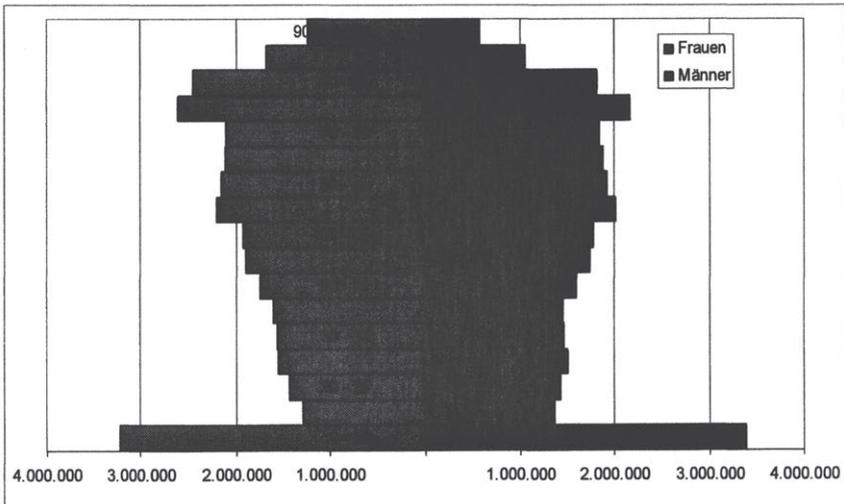
Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 51: Alterspyramide der SPV im Jahr 2030



Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 52: Alterspyramide der SPV im Jahr 2050



Quelle: Eigene Berechnungen

den Bereich der SPV die Hauptlast der demographischen Entwicklung erst nach 2030 ihre Wirkung entfalten wird

7.3.2 Modellparameter und Annahmen

Wie Eingangs erwähnt, stützen sich die Ausführungen auf die Daten zur Bevölkerungsentwicklung nach der Variante 1 W1 der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung und ermittelt zusammen mit der Statistik Versicherten der SPV die jeweiligen Versichertenzahlen.

Die Statistik der Leistungsempfänger der SPV bestimmt zum Stichtag 31.12. die Zahl der Leistungsempfänger der SPV getrennt nach Geschlecht und Altersklassen sowie Pflegestufen jeweils für ambulante und stationäre Leistungen. Basierend auf diesen Leistungsempfängerzahlen ermitteln wir ebenso differenzierte Leistungstage je Altersklasse und Jahr.

Da die so ermittelten Leistungstage auf den Stichtagswerten zum 31.12. aufbauen, unterscheiden sie sich von der Gesamtzahl der erbrachten Leistungstage, nach der Leistungstagestatistik, im Rechnungsjahr. Für den Fall der ambulanten Leistungen liegt die Zahl der tatsächlich erbrachten Leistungstage in der Jahresbetrachtung und über alle Pflegestufen hinweg, tiefer als in der Stichtagsbetrachtung. Das umgekehrte Bild ergibt sich bei den stationären Leistungsarten. Die Modellrechnungen nehmen dieses auf und führen einen Multiplikator (getrennt nach ambulanten und stationären Leistungen sowie Pflegestufen) ein, der die angeführten Verzerrungen zwischen Jahresbetrachtung und Stichtagsbetrachtung ausgleicht. Die Rechnungen nehmen die Multiplikatoren des Jahres 2006 als Datum für die Folgejahre.

Der Vergleich der Kontrollwerte mit den Modellwerten zeigt, dass die Rechnungen für den Bereich der Leistungsausgaben die veröffentlichten Daten zur Pflegeversicherung voll abbilden.

Aus den Ausgabewerten früherer Jahre kann entnommen werden, dass die Aufwendungen für diese Leistungsarten in der Regel zwischen 5% und 5,5% der Leistungsausgaben betragen. Im Mittel (seit 2003) beträgt der Anteil 5,33%. Die Berechnungen der Ausgaben ab 2007 nehmen diesen Anteil als Datum.

Anders als die Statistik der GKV weist die Datengrundlage der SPV keine beitragspflichtigen Einnahmen aus. Um dennoch Näherungswerte bestimmen zu können, versuchen die Rechnungen ein Äquivalent für diese Größe zu ermitteln. In erster Näherung werden für einen Beitragssatz von 1,7% die Beitragseinnahmen für das Jahr 2004 geschätzt. Unbeschadet diverser Unterschiede bei der Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV und der SPV verwenden die Berechnungen die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der GKV getrennt nach AKV und KVDR als Basis. In Form einer Extremwertabschätzung

werden die Beitragseinnahmen für den Fall bestimmt, dass die beitragspflichtigen Einnahmen der AKV für alle Mitglieder der SPV bis zur Alterklasse 60 bzw. im zweiten Fall bis zur Alterklasse 65 gelten. Eine Kombination aus diesen beiden Extremen in Verhältnis 10% zu 90% trifft die in der Statistik der SPV ausgewiesenen Beitragseinnahmen annähernd (Abweichung 6,2 Mio. Euro).

Durch die Heraufsetzung der Verrentungszeit ist mit einer weiteren Annäherung an die Variante „beitragspflichtige Einnahmen der AKV bis 65“ zu rechnen. Dieses geht in die Modellparameter ein. Für das Jahr 2005 wird eine Relation von 7,5% zu 92,5% und ab dem Jahr 2006 5% zu 95% festgesetzt. Die zur Bestimmung verwendeten beitragspflichtigen Einnahmen der AKV bzw. KVDR werden ab dem Jahr 2006 mit 1,5% für die AKV bzw. 1% für die KVDR fortgeschrieben.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung schätzt die Mehreinnahmen durch das Kinderberücksichtigungsgesetz auf knapp 700 Mio. Euro (GA 2004/2005, Ziffer 341). Kalibriert man das Modell derart, dass die o. a. Relation zwischen den Extremvarianten bei der Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen 7,5% zu 92,5% beträgt und trägt damit dem Umstand einer späteren Verrentung auch hier Rechnung, ergibt sich unter den o. a. Rahmenbedingungen ein Volumen von ca. 682 Mio. Euro. Aufbauend auf den Modellparametern werden so etwa 28% der beitragspflichtigen Einnahmen mit weiteren 0,25% belastet.

Durch das Vorziehen der Beitragsfälligkeiten der Arbeitgeber im Jahr 2006 erfolgte einmalig eine „13. Beitragszahlung“. Die damit verbundenen Mehreinnahmen schätzt der Sachverständigenrat Wirtschaft auf über 800 Mio. Euro (vgl. GA 2006/2007, Ziffer 359). Weiterhin führt der Rat aus, dass zur Jahresmitte das Defizit der SPV ohne diesen Vorzieheffekt bei etwa 500 Mio. Euro gelegen hätte, stattdessen aber ein Überschuss von 357 Mio. Euro vorhanden war ($500+357=857$).

Die Auswertungen zeigen, dass die Zahl der Mitglieder von 2005 auf 2006 zugenommen hat. Weiterhin steigt im Zeitablauf die Zahl der Mitglieder, die nach dem 31.12.1939 geboren wurden und damit im Falle der Kinderlosigkeit mit weiteren 0,25 Beitragssatzpunkten belastet werden. Die Modellrechnungen nehmen dieses auf und erhöhen den Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen, die durch die 0,25% zusätzlich belastet werden, ab dem Jahr 2006 auf 30%. Zusammen mit der veränderten Relation der beitragspflichtigen Einnahmen auf 5% zu 95% weisen unsere Rechnungen so Mehreinnahmen durch den Vorzieheffekt von 865 Mio. Euro aus und bewegen sich so auf ähnlichem Niveau wie die Schätzungen des Sachverständigenrates.

Im Jahr 2005 bzw. 2006 betragen die sonstigen Einnahmen der SPV 0,12 bzw. 0,13 Mrd. Euro. Die Auswertungen unterstellen daher ab 2007 0,13 Mrd. Euro sonstige Einnahmen.

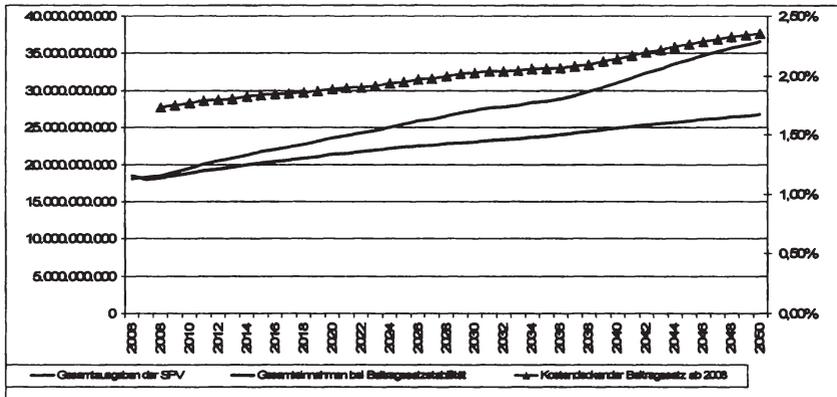
Nach Vorgabe des Tätigkeitsberichts 2005 des Bundesversicherungsamtes (BVA) betrug die Liquiditätsreserve der SPV in den Jahren 2004 bzw. 2005 3311 Mio. Euro bzw. 2945 Mio. Euro. Wenngleich diese Werte etwa 100 Mio. Euro unterhalb der Werte der Statistik „Finanzentwicklung der SPV“ des BMG liegen, verwendet die Auswertung im Sinne einer vorsichtigeren Abschätzung die BVA-Werte. Für das Jahr 2006 ergibt sich ein Mittelbestand von 3,4 Mrd. Euro statt der 3,5 Mrd. Euro der o. a. Statistik. Die weiteren Berechnungen schreiben diese Werte nach Maßgabe der Modellergebnisse für die Folgejahre fort.

7.3.3 Status quo-Prognose

Eine Status quo-Prognose der SPV versucht, die künftige Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben dieses Versicherungszweiges unter der Annahme aufzuzeigen, dass die derzeitigen Regelungen auch in Zukunft gelten. Dies bedeutet, dass die bisherigen starren Leistungssätze der SPV weiterhin unverändert auf dem derzeitigen Niveau verharren. Eine Veränderung der Leistungsausgaben basiert somit lediglich auf dem Wandel der demographischen Struktur. Da die geltende Leistungsgewährung infolge fehlender Dynamisierung der Leistungssätze und erheblicher Defizite bei der Betreuung Demenzkranker aus normativer Sicht gravierende Schwachstellen aufweist, kann die Status quo-Prognose nur eine methodische Benchmark bzw. den Ausgangspunkt für die nachfolgenden Projektionen bilden. Diese zielen dann darauf ab, die momentanen Defizite zu beseitigen und die damit einhergehenden Ausgaben- und Beitragssatzeffekte abzuschätzen.

Die in Abbildung 53 dargestellte Beitragssatzprognose unterstellt die oben angeführten Parameter und ermittelt auf deren Grundlage Ausgaben, Einnahmen und ausgabendeckenden Beitragssatz der SPV bis zum Jahr 2050. Sofern die Leistungssätze weiterhin unverändert bleiben und die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder mit 1,5% die der Rentner mit 1% jedes Jahr wachsen. bis zum Jahr 2030 steigt so der zur Deckung der Ausgaben erforderliche Beitragssatz um ca. 0,3 Prozentpunkte auf etwa 2,0%. Analog der Darstellung zur Entwicklung der Versichertenpopulation, steigt der Beitragssatz bis zum Jahr 2050 noch einmal auf fast 2,5% und damit mehr als im vorausgehenden Zeitraum. Dieses zeigt die starke demographisch bedingte Ausgabensteigerung in den Jahren nach 2030, da Entwicklung trotz konstanter Leistungssätze und bei kontinuierlich steigenden beitragspflichtigen Einnahmen eintritt.

Abbildung 53: Beitragssatzprognose bis zum Jahr 2050



Quelle: Eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

7.4 Zentrale Schwachstellen der SPV

Wie der cursorische Überblick über die bisherige Entwicklung ihrer Einnahmen und Ausgaben belegt, besitzt die SPV keine fiskalische Nachhaltigkeit. Es klappt schon heute eine Lücke zwischen der Wachstumsschwäche ihrer Finanzierungsbasis bzw. dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen, die im wesentlichen aus Löhnen und Renten bestehen, und ihrer Ausgabenentwicklung. Dabei geht das bisherige Ausgabenwachstum der SPV ausschließlich auf Umfang und Struktur der Pflegefälle zurück, denn es erfolgte seit ihrer Einführung keine Dynamisierung der Leistungssätze. Zudem bestehen bei der Betreuung Demenzkranker sowie geistig behinderter und psychisch kranker Pflegebedürftiger⁴⁵ erhebliche Versorgungslücken (siehe u.a. Priester, K. 2005), deren notwendige Schließung künftig weitere Aufwendungen erfordert. Für den Bereich der Demenzkranken vermag die in Eckpunkten beschlossene Reform der SPV hier Abhilfe zu schaffen. Gleichwohl liegt derzeit eine detaillierte Ausgestaltung der Leistungen noch nicht vor. Die ebenfalls in den Eckpunkten aufgenommene Stufenweise Erhöhung der Leistungssätze der SPV vermag den seit 1995 bestehenden Realwertverfall nicht aufzufangen.

Hierzu treten weitere Herausforderungen, die vornehmlich aus dem medizinisch-technischen Fortschritt und dem absehbaren Wandel der demographischen Struktur erwachsen. Da die noch aus der Einführungsphase stammenden Rück-

⁴⁵ Der Begriff „Demenzkranke“ umfasst im Folgenden auch jene Pflegebedürftigen.

lagen bei einer Fortsetzung des fiskalischen Trends auf der Einnahmen- und Ausgabenseite zur Finanzierung der jährlichen Budgetdefizite nur noch eine Zeit ausreichen dürften, steht die SPV dann bei geltenden Regelungen vor der Alternative steigender Beitragssätze und/oder der Aufnahme von Krediten. Ohne Finanzierungsreform geht nach derzeitigem Stand diese bedrohliche fiskalische Entwicklung dann noch mit Defiziten bei der Betreuung Demenzkranker und einem sich verschärfenden Leistungsverfall infolge starrer, d.h. seit Einführung der SPV unveränderter, Leistungssätze einher. Die bisher auftretenden fiskalischen Defizite und die entsprechenden künftigen demographischen Herausforderungen lassen sich nicht durch kurzfristig wirkende, inkrementale Eingriffe bewältigen, sondern verlangen nach einer grundlegenden Reform.

Die unterbliebene Dynamisierung der Leistungssätze führt dazu, dass der Realwert der Leistungsausgaben, die den Pflegebedürftigen zufließen, im Zeitablauf kontinuierlich abnimmt (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004, Ziffer 554). Bei diesem Leistungsverfall gilt es noch zu berücksichtigen, dass der Preisindex für Pflegeleistungen prinzipiell stärker ansteigt als die allgemeine Inflationsrate, was die Abnahme des Realwertes der Leistungssätze intensiviert bzw. beschleunigt. Dieser sog. negative Preisstruktureffekt liegt darin begründet, dass die arbeitsintensiven Pflegeleistungen, wegen eingeschränkter Möglichkeiten einer Kapitalintensivierung, nur einen vergleichsweise geringen Anstieg der Arbeitsproduktivität erlauben. Gleichwohl möchten die in der Pflege beschäftigten Arbeitnehmer mit ihrem Einkommen am allgemeinen Produktivitäts- bzw. Wachstumsprozess partizipieren. Die starre Budgetierung der Leistungssätze verhindert auch, dass sich der Gesundheits- und Pflegebereich in dem möglichen Umfang als Beschäftigungs- und Wachstumssektor entfalten kann (siehe auch Sell, S. 2005, S. 40f.). Bei Fortbestand der starren Leistungssätze nimmt die Zahl der Sozialhilfeempfänger wieder zu, und die SPV läuft Gefahr eines ihrer zentralen Ziele zu verfehlen. Unterbleibt eine Dynamisierung der Leistungssätze auf Dauer, so läuft dies auf eine „kalte Abschaffung“ der SPV hinaus (vgl. Breyer, F. et al. 2004, S. 100).

Der abnehmende Realwert der Leistungssätze geht zudem mit einer Verletzung des Postulates der intergenerativen Gerechtigkeit einher. Die bei der Einführung der SPV pflegenahen Jahrgänge, die ohne oder nach geringen Einzahlungen die Versicherungsleistungen in Anspruch nahmen, erhalten bei unveränderter Regelung ein höheres Leistungsniveau als spätere Jahrgänge, die in vollem Umfang bzw. über viele Jahre hinweg Beiträge entrichteten. Hinzu treten dann noch die negativen intergenerativen Verteilungseffekte, die künftig im Hinblick auf die Finanzierung aus dem Wandel der demographischen Struktur resultieren. Die interne Rendite, die jüngere Jahrgänge aus ihren Beitragszahlungen erhalten, verschlechtert sich dadurch erheblich (vgl. Ottnad, A. 2004, S. 496). Daneben

weist die SPV, ähnlich wie die Beitragsgestaltung der GKV, Verstöße gegen die intragenerative Gerechtigkeit auf, indem sie bei der Finanzierung Versicherte mit Lohnneinkommen gegenüber Bezieher anderer Einkunftsarten, wie z.B. Zinsen, und Zweiverdienerfamilien gegenüber Einverdienerfamilien vielfach benachteiligt (vgl. Wille, E. 1998 und 2002; Kukla, G. 2003, S. 287). Ferner fällt im Bereich der stationären Pflege für einen Pflegebedürftigen der Stufe III ein höherer Eigenanteil – als Differenz zwischen den Unterbringungskosten im Heim und den jeweiligen Leistungssätzen der SPV – als für einen Pflegebedürftigen der Stufe I an. Die Einkommen der Pflegebedürftigen dürften aber kaum von ihrer Pflegestufe abhängen oder gar mit einem Wechsel in eine höhere Stufe ansteigen.

In der SPV existiert ein einheitlicher Beitragssatz in Verbindung mit einem ex post-orientierten Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen. Im Gegensatz zur GKV, in deren System ein Wettbewerb der Krankenkassen auf der Grundlage eines ex ante-orientierten Risikostrukturausgleichs stattfindet, bestehen in der SPV mangels Wettbewerb auf der Beitrags- und/oder Leistungsseite keine Anreize zu effizientem und effektivem Handeln (vgl. Sauerbrey, G. 2003, S. 16f.). Die Kassen sehen sich nicht gezwungen, die Leistungsanbieter zu veranlassen, ihr Pflegeangebot stärker an den Präferenzen der Nachfrager, d.h. der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, zu orientieren (ähnlich Kesselheim, H. 2003, S. 23; Meyer, D. 2003, S. 346f.)

Die SPV stellt im Unterschied zur GKV, die auf eine volle Absicherung des Krankheitsrisikos abzielt, nur eine „Teilkaskoversicherung“ dar. Diese Unterschiede zwischen einer wettbewerblich orientierten Vollversicherung und einer nicht wettbewerblichen „Teilkaskoversicherung“ lösen vielfältige Verwerfungen an den Schnittstellen aus, denn beide Versicherungen decken ein ähnliches Risiko ab. Es liegt im Interesse einer Krankenkasse, an den Schnittstellen möglichst viele Leistungen in die SPV zu verlagern, denn dadurch vermeiden sie einen Anstieg der Beitragssätze in der wettbewerblichen GKV. Dies geschieht dann im Bereich der ambulanten Pflege zum Nachteil der Pflegebedürftigen, denen dadurch im Rahmen ihrer „Teilkasko“ ein geringerer Verfügungsbetrag verbleibt. Diese Konstellation an den Schnittstellen zwischen SPV und GKV setzt für die Krankenkassen auch keinerlei Anreize, durch präventive und/oder rehabilitative Maßnahmen Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (vgl. Sauerbrey, G. 2004/2005). Die entsprechenden Aufwendungen belasten innerhalb der GKV die Beitragssätze und damit die wettbewerbliche Position einer Krankenkasse ohne dass sie innerhalb der SPV von der verhinderten oder hinausgeschobenen Pflegebedürftigkeit profitiert.

7.5 *Quantitative Effekte möglicher Reformschritte*

7.5.1 **Berücksichtigung von Mehraufwendungen für Demenzkranke**

Die Sicherstellung der langfristigen Pflege alter und chronisch kranker Menschen und vor allem die Entlastung der Sozialhilfeträger bildeten zentrale Argumente bei der Einführung der SPV. Anhaltende demographische Veränderungen und eine immer älter werdende Gesellschaft, verbunden mit stetigem Fortschritt in der Bekämpfung tödlicher Krankheiten, lassen den sog. Alterskrankheiten oder Demenzen eine immer bedeutendere Rolle zukommen. Gerade für den Fall der demenziellen Erkrankungen, die zu den folgenreichsten und am häufigsten auftretenden psychiatrischen Erkrankungen von Menschen in höherem Alter gehören, entstehen außergewöhnliche Belastungen für Betroffene, Pflegende und die Gesellschaft (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Ziffer 583ff. und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002, S. 164). Unter den Entstehungsursachen einer Pflegebedürftigkeit nehmen Demenzen einen vorderen Rang ein (vgl. Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme 2003, S. 197ff.) Die Demenz erfordert aufgrund des besonderen Krankheitsbildes einen erhöhten Betreuungsaufwand je Patient, da die kognitiven Prozesse verlangsamt ablaufen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Ziffer 584).

Die folgenden Modellrechnungen tragen diesem Umstand in Form eines Leistungsaufschlages von 1,2 Mrd. Euro für Demenzpatienten Rechnung. Die Zahl der Demenzpatienten, die als Empfänger eines solchen Aufschlages in Frage kommen, können unter Verwendung von altersspezifischen Prävalenzen aus den bereits vorgestellten Versichertenzahlen der SPV ermittelt werden. Die Raten folgen denen aus einer Studie von Bickel, die verschiedene Prävalenzraten der Altersgruppen ab 65 aus einer Vielzahl von Meta-Analysen und Feldstudien zusammenstellt (vgl. Bickel, H. 2002, S. 10)⁴⁶. Eine Differenzierung der Prävalenzraten nach Männern und Frauen ist für die hier aufgeführten Modellrechnungen nicht erforderlich. Die altersspezifischen Erkrankungsrisiken für Demenz weichen nicht bedeutsam voneinander ab. Der Umstand, dass es sich bei den Demenzkranken hauptsächlich um Frauen handelt, geht auf deren höhere Lebenserwartung zurück (vgl. Bickel, H. 2001, S. 109f.). Da die vorliegenden Rechnungen auf geschlechtsspezifischen Versichertenzahlen aufbauen, erfüllen sie diese Anforderungen.

⁴⁶ Davon leicht abweichende, weil erhöhte Werte für die höchsten Alterklassen finden sich in Bickel, H. 1999, 2000, S. 211 – 218 sowie 2001, S. 109. Wenngleich Artikel jüngeren Datums, wie Priester, K. 2005, S. 168 sowie Häcker, J. und Raffelhüschen, B. 2005, S. 233ff., auf diese Werte verweisen, finden doch die jüngsten und auf mehreren Studien beruhenden Durchschnittswerte nach Bickel, H. 2002. in den folgenden Rechnungen Verwendung.

Ausgehend von den angeführten Werten des Basisjahres 2008 befinden sich unter den pflegeversicherten Personen des Jahres 2008 etwas mehr als 1 Mio. Demenzpatienten, die hauptsächlich auf die Altersklassen ab 80 Jahren entfallen. Die Zahl der Demenzpatienten liegt leicht unter den Werten von Häcker und Raffelhüschen, was auf die hier verwendeten, leicht geringeren, Prävalenzraten, nach Bickel, H. 2002, zurückgeht.

Verteilt man die avisierten Mittel auf diesen Personenkreis, erhalten die einzelnen Leistungsempfänger knapp 1.200 Euro im Jahr. Für Leistungen der Pflegestufe I wird ein Betreuungsaufwand von 90 Minuten im Tagesdurchschnitt erwartet (Pflegestufe II: 3 Stunden; Pflegestufe III: 5 Stunden) (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Ziffer 490). Die dafür gewährten Leistungssätze der ambulanten Pflegesachleistung erstatten derzeit ein Leistungsentgelt von etwa 8,50 Euro je Pflegestunde in Pflegestufe I (10,20 Euro in Pflegestufe II und 9,50 Euro in Pflegestufe III). Bei diesem Stundensatz der Pflegestufe I ermöglichen die Mehraufwendungen zusätzlich knapp 24 Minuten Pflegeleistungen am Tag. Dieses entspricht annähernd dem geforderten Wert von 30 Minuten pro Tag, den die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (2003, S. 39) ansetzt.

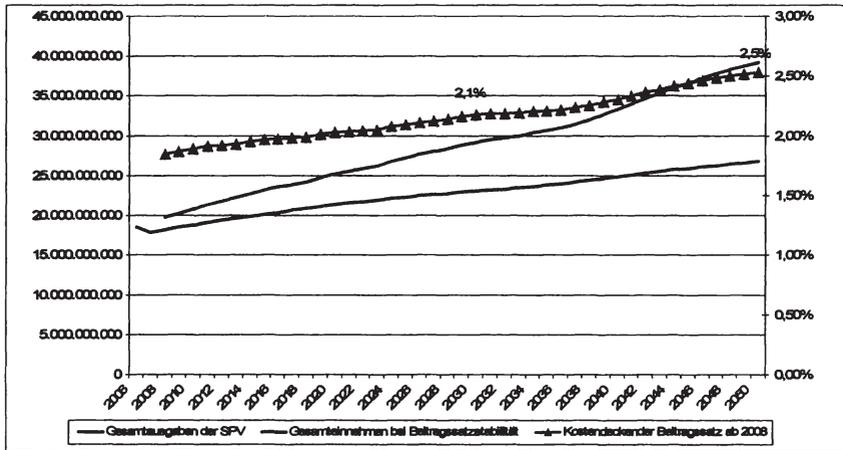
Auf der Grundlage der bisherigen Modellannahmen beschreibt Abbildung 54 den ausgabendeckenden Beitragssatz für die um Demenzleistungen erweiterten Leistungsvolumina der SPV bis zum Jahr 2050. Bei konstanten Leistungssätzen und jährlicher Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder um 1,5% bzw. der Rentner um 1% erhöht sich der ausgabendeckende Beitragssatz bis zum Jahr 2030 auf etwa 2,1%. Bis zum Jahr 2050 erfordern die Ausgaben ein Beitragssatzniveau von etwa 2,5%.

Sofern der Beitragssatz konstant auf dem derzeitigen Niveau von 1,7% der beitragspflichtigen Einnahmen bleibt, reichen die Beitragseinnahmen nicht aus, um die Ausgaben der SPV zu decken. Gerade ab dem Jahr 2030 steigen auch hier die Ausgaben trotz Verzicht auf eine Leistungsdynamisierung überproportional an. Sie steigen von etwa 29 Mrd. Euro im Jahr 2030 auf über 39 Mrd. Euro im Jahr 2050.

7.5.2 Effekte einer Dynamisierung der Leistungssätze

Die fehlende Dynamisierung der Leistungssätze stellt derzeit (2007) eine der gravierenden Schwachstellen der SPV dar. So empfiehlt z.B. der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005, Ziffer

Abbildung 54: Entwicklung von Ausgaben, Einnahmen und Beitragssatz bis zum Jahr 2050 (inkl. 1,2 Mrd. Mehrleistungen für Demenz)

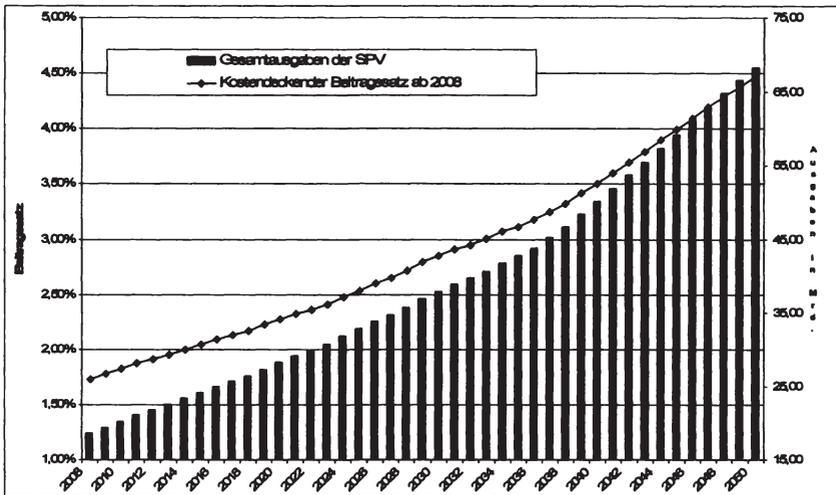


Quelle: Eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

663), die Leistungssätze für ambulante Pflegeleistungen rückwirkend seit Einführung der SPV mit einer Rate von einem Prozentpunkt oberhalb der Inflationsrate fortzuschreiben. Ein Wachstum, das mindestens dem allgemeinen Produktivitätsfortschritt entspricht, fordern Häcker, J. Höfer, M. und Raffelhüschen, B. (2004, S.4ff). Die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (2003, S.39ff. und S. 192ff.) spricht sich für eine Rate von 2,25% p. a. aus, was dem langfristigen Durchschnitt aus Inflationsrate (1,5%) und Lohnwachstum (3%) entspricht. Begründet wird eine Wachstumsrate unterhalb der Lohnsteigerung mit dem Bestreben, die Anreize zur Effizienzsteigerung in der SPV im Sinne einer Kosteneffizienz zu erhöhen. Ein ähnliches Vorgehen fordert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten (2004, Ziffer 554). Er schlägt vor, die Leistungen mit dem Preisindex der Pflegeleistungen vermindert um einen Abschlag zu dynamisieren.

Die folgende Abbildung 55 zeigt die Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen der SPV bis zum Jahr 2050 bei einer Dynamisierung der Leistungssätze um 1,5 Die Gesamtausgaben der SPV übersteigen schon im Jahr 2030 fast 38 Mrd. Euro. Bis zum Jahr 2050 wächst das Ausgabenvolumen auf etwa 68 Mrd. Euro an. Der ausgabendeckende Beitragssatz übersteigt schon ein Jahr 2033 die 3% Marke. Bis zum Jahr 2050 werden fast 4,5% erreicht.

Abbildung 55: Ausgaben und Beitragssatz der SPV bei Leistungsdynamisierung bis zum Jahr 2050



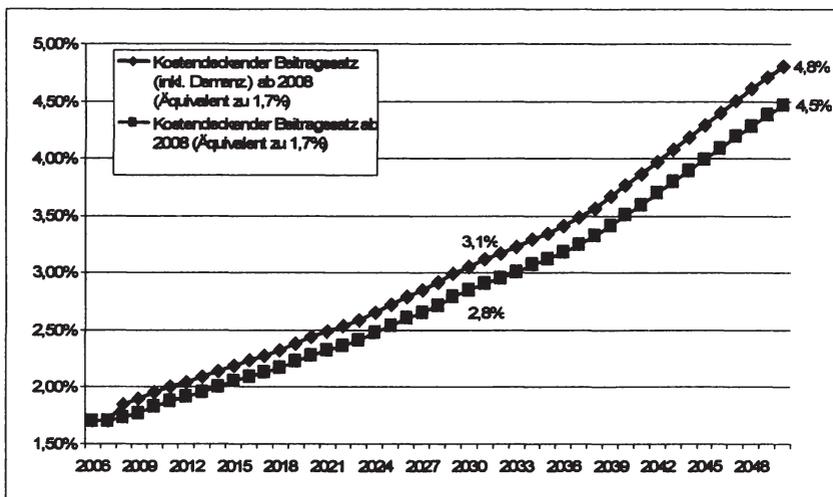
Quelle: Eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Sofern die Zusatzleistungen für Demenzpatienten der gleichen Dynamisierung unterliegen, steigen die jährlichen Zahlungen je Demenzpatient ausgehend von knapp 1200 Euro p. a. im Jahr schon bis zum Jahr auf knapp 2000 Euro p. a. Die Erweiterung der derzeitigen Leistungen der SPV um dynamisierte Leistungssätze und ergänzende Leistungen für Demenz erhöhen den Ausgabenbedarf erheblich. Sofern ausschließlich die derzeitige Umlagefinanzierung zur Deckung dieser Ausgabenvolumina dient, erhöht sich, unter sonst gleichen Bedingungen, der ausgabendeckende Beitragssatz auf 3,1% im Jahr 2030 und steigt bis zum Jahr 2050 auf 4,8% (vgl. Abbildung 56).

7.5.3 Exkurs zu den fiskalischen Auswirkungen der geplanten Reform der SPV

Am 18. und 19.06.2007 wurden Eckpunkte einer Reform der sozialen Pflegeversicherung beschlossen und in Grundzügen veröffentlicht. Neben einer Erhöhung des Beitragssatzes von 1,7% auf 1,95% der beitragspflichtigen Einnahmen und der Förderung der wohnortnahen Versorgung mit 60 Mio. Euro finden sich Anpassungen der Leistungssätze bzw. deren Dynamisierung sowie eine Verbesserung der Leistungen für Demenzkranke. Die Leistungssätze der Pflegeversicherung sollen bis zum Jahr 2012 stufenweise angehoben werden (vgl. Tabelle 24). Danach soll erstmalig ab dem Jahr 2015 und in den Folgejahren im 3-

Abbildung 56: Ausgabendeckender Beitragssatz der SPV bei Leistungsdynamisierung bis zum Jahr 2050



Quelle: Eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

jahresrhythmus eine Dynamisierung der Leistungssätze entsprechend der Preissteigerungsraten erfolgen, wobei die Anpassungsraten nicht höher sein sollen als das Wachstum der Bruttolöhne. Die tatsächliche Anpassung soll nach Prüfung per Rechtsverordnung und in Anlehnung an die Inflationsrate erfolgen.

Tabelle 24: Beabsichtigte Veränderung der Hauptleistungssätze der SPV in Euro pro Monat

			2007	2008	2010	2012
ambulant	Pflegestufe I	Geldleistung	205	215	225	235
		Sachleistung	384	420	450	450
	Pflegestufe II	Geldleistung	410	420	430	440
		Sachleistung	921	980	1040	1100
	Pflegestufe III	Geldleistung	665	675	685	700
		Sachleistung	1432	1470	1510	1550
Härtefälleleistungen		bleiben unverändert				
stationär	Pflegestufe I		bleiben unverändert			
	Pflegestufe II		bleiben unverändert			
	Pflegestufe III		1432	1470	1550	1550
	Härtefälleleistungen		1688	1750	1825	1918

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2007c.

Die stufenweise Anpassung der Leistungssätze sieht keine massiven Eingriffe in den Leistungshöhen vor, wie sie beispielsweise bei einer Angleichung von ambulanten und stationären Sätzen erfolgen würde. Vielmehr ist sie ebenfalls Ausdruck einer teilweisen Fortschreibung der derzeitigen Leistungssätze. Die folgende Tabelle 25 zeigt die durchschnittlichen Fortschreibungsraten der Leis

Tabelle 25: Durchschnittliche jährliche Fortschreibungsraten der Leistungssätze durch Stufenanpassung

		2008	2010	2012	2007-2012	
ambulant	Pflegestufe I	Geldleistung	4,9%	2,3%	2,2%	2,8%
		Sachleistung	9,4%	3,5%	0,0%	3,2%
	Pflegestufe II	Geldleistung	2,4%	1,2%	1,2%	1,4%
		Sachleistung	6,4%	3,0%	2,8%	3,6%
	Pflegestufe III	Geldleistung	1,5%	0,7%	1,1%	1,0%
		Sachleistung	2,7%	1,4%	1,3%	1,6%
	Härtefallleistungen		bleiben unverändert			
stationär	Pflegestufe I	bleiben unverändert				
	Pflegestufe II					
	Pflegestufe III	2,7%	2,7%	0,0%	1,6%	
	Härtefallleistungen	3,7%	2,1%	2,5%	2,6%	

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2007c, eigene Berechnungen.

tungssätze entsprechend dem vorliegenden Stufenplan. Ermittelt man die Veränderung von 2007 bis 2012 wird deutlich, dass die Anpassung im Wesentlichen mit einer Dynamisierung entsprechend einer jährlichen Fortschreibung zwischen 1% und 1,6% folgt. Lediglich die ambulanten Leistungen der Pflegestufe 1 sowie der Pflegestufe 2 bilden eine Ausnahme mit 3,2% bzw. 3,6% durchschnittlicher jährlicher Fortschreibung (Härtefallregelung stationär +2,6%). In Kombination mit der unterbliebenen Fortschreibung der stationären Leistungssätze der Pflegestufen 1 und 2 bewirkt dieses eine moderate Annäherung von ambulanten und stationären Sätzen. Da die Anpassung aber, insbesondere in den Jahren nach 2015, nur gering von Modellrechnungen mit Dynamisierung der Leistungssätze abweicht, verlieren vorangestellte Auswertungen ihre Aussagekraft nicht.

Obwohl jegliche Form der Dynamisierung der Leistungssätze gegenüber der derzeitigen Regelung positiv zu bewerten ist, vermag die Anpassung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate den Realwertverfall der Pflegeleistungen nur zu dämpfen, aber nicht aufzuheben. Durch den negativen Preisstruktureffekt im Dienstleistungsbereich unterliegen die Leistungen der SPV einem Anstieg des Preisindex, der über der allgemeinen Inflationsrate liegt. Insofern gelten obige Ausführungen zur Dynamisierung der Leistungssätze weiterhin, wenngleich in abgeschwächter Form.

Die Leistungen für Demenzkranke sollen auf bis zu 2.400 Euro jährlich angehoben werden, wobei – anders als im derzeitigen System – der Leistungsbezug nicht an einen Pflegebedarf im Sinne einer zugewiesenen Pflegestufe gebunden ist. Die Leistungshöhe soll in 2 nicht näher spezifizierten Stufen entsprechend dem Betreuungsbedarf der Patienten gewährt werden.

Weiterhin wird der Anspruch auf Tagespflege ausgebaut. Neben der Tagespflegeleistung soll für den häuslichen Betreuungsbedarf ein ergänzender Anspruch auf 50% des jeweiligen Pflegegeld- bzw. Pflegesachleistungssatzes der individuellen Pflegestufe bestehen. Sofern die Leistungen für Tagespflege sich - wie derzeit auch - weiterhin am Leistungsniveau der ambulanten Pflegesachleistungen orientieren, bedeutet dieses eine doppelte Erhöhung dieser Leistungen, durch Anpassung der Leistungssätze und zusätzliche Gewährung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2007c)⁴⁷.

Die folgenden Ausführungen unterstellen auch hier die oben vorgestellte Simulationsgrundlage. Dabei werden die beabsichtigten Leistungssätze soweit möglich berücksichtigt. Mangels einer genauen Spezifizierung im vorliegenden Papier orientieren sich die Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson in der Höhe an den Pflegegeldleistungen, allerdings auf dem dann angepassten Niveau. Die Leistungen für Tagespflege nehmen nicht nur – wie oben erwähnt – die neuen Leistungssätze für ambulante Sachleistungen auf. Die zusätzliche Leistungsgewährung von einem halben Monatssatz eines ambulanten Geld- bzw. Sachleistungssatzes geht ebenfalls auf dem dann angepassten Niveau in die Rechnungen ein. Wegen Unkenntnis der Wahlentscheidung (Geld- oder Sachleistung) der Leistungsempfänger gehen beide Sätze zu je 50% eines halben Monatssatzes in die Berechnungen ein.

In der Pressemitteilung des Gesundheitsministeriums werden für die ergänzenden Leistungen für Demenzkranke insgesamt 270 Mio. Euro angesetzt. Selbst

⁴⁷ Sofern die letztendliche Ausgestaltung des Gesetzes dieser Interpretation der Eckpunkte folgt, können die Empfänger von teilstationärer Pflege zusammen mit der ergänzenden, hälftigen Anrechnung der ambulanten Pflegesätze Pflege in Pflegestufe 2 und 3 einen höheren Leistungssatz als solche Pflegebedürftige, die vollstationär untergebracht sind.

unter Berücksichtigung der beabsichtigten 2 Stufen der Leistungsgewährung kann auf Grundlage der hier angewendeten Modellierung dieses Volumen nicht nachgebildet werden. Nach Maßgabe der unterstellten Prävalenzraten leiden im Jahr 2008 mehr als 1 Mio. Versicherte der SPV an Demenz. Da entsprechend der Ankündigung auch solche Patienten Leistungen empfangen sollen, die noch nicht in eine Pflegestufe eingruppiert werden können erscheint dieses Volumen mit unter 240 Euro je Patient und Jahr - innerhalb der 1. Mio. Personen, die nach Maßgabe der unterstellten Prävalenzraten demenziell erkrankt sind - deutlich zu gering.

Vor der Unkenntnis der zukünftigen Voraussetzungen der Leistungsgewährung und mit blick auf die beabsichtigten Stufen der zusätzlichen Leistungsgewährung unterstellen die nachfolgenden Modellrechnungen für den Fall mit Mehrleistungen für Demenz ein zusätzliches Leistungsvolumen je Erkranktem, entsprechend der hier unterstellten Prävalenzraten, von 1.000 Euro pro Jahr und bilden so einen Schätzwert als Annäherung an die beabsichtigte 2-stufige Regelung.

Eine beabsichtigte Dynamisierung der Leistungen für Demenz bis zum Jahr 2015 findet sich nicht in den vorliegenden Ausführungen zu den Eckpunkten. In Sinne einer vorsichtigen Schätzung werden die Mehrleistungen für Demenz bis zum Jahr 2015 konstant gehalten und ab dann mit dem gleichen 3-Jahresrhythmus und der gleichen Rate wie die übrigen Leistungssätze fortgeschrieben.

Bei einem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder von 1,5% und der Rentner von 1% p. a. erreicht der ausgabendeckende Beitragssatz bis zum Jahr 2030 ein Niveau von 2,8% ohne bzw. 3% inkl. Mehrleistungen für Demenz (nach der o. a. Spezifikation). Bis zum Jahr 2050 steigt das Beitragssatzniveau auf 4,3% bzw. 4,6% nach Maßgabe der hier unterstellten Mehrleistungen für Demenz (vgl. Abbildung 57).

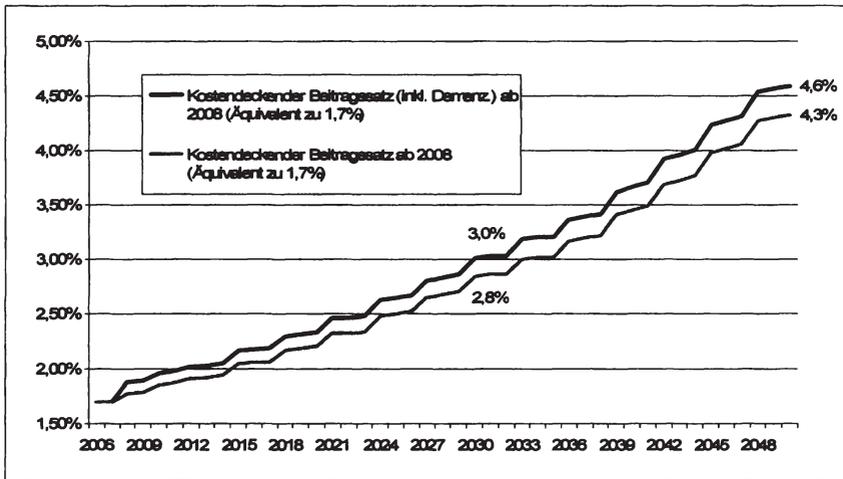
Durch die geplante Anhebung des Beitragssatzes auf 1,95% ab dem Jahr 2008 zeichnet der oben dargestellte Beitragssatzverlauf ein Bild, das zumindest für die ersten Jahre nicht den realen Gegebenheiten entspricht. Da die Anhebung des Beitragssatzes auf 1,95% allerdings nur eine temporär begrenzte Glättung des Beitragssatzniveaus verursachen wird, gibt der abgebildete Verlauf spätestens ab dem Jahr 2014/2015 die notwendigen Niveaus wider.

Die folgende Tabelle 26 zeigt bis zum Jahr 2016 neben dem ausgabendeckenden Beitragssatz (wie in der Abbildung) auch die voraussichtliche Entwicklung der Einnahmen bzw. Rücklage bei Anhebung des Beitragssatzes ab 2008 auf die beabsichtigten 1,95%. Nach Maßgabe der Modellparameter und der unterstellten Fortschreibungsraten bewirkt der Beitragssatzanstieg, dass auch für den Fall mit Mehrleistungen für Demenz die SPV in den Jahren 2008 und 2009 den Rücklagenbestand erhöhen kann. Ab dem Jahr 2009/2010 reichen die Beitragseinnah-

men trotz der Beitragssatzanpassung nicht aus, um die Ausgaben zu decken. Entsprechend beginnt die SPV defizitär zu werden und die Rücklagen zu verzehren. Ohne eine erneute Beitragssatzanpassung reichen Einnahmen und Rücklagen der SPV spätestens ab dem Jahr 2014/2015 nicht mehr zur Ausgabendeckung aus. Ab dann muss der Beitragssatz mindestens auf das ausgabendeckende Niveau angehoben werden, wie in der obigen Abbildung abgetragen.

Ohne Mehrleistungen für Demenz ist das Ausgabenniveau der SPV geringer, entsprechend vermag der angehobene Beitragssatz eine defizitäre Entwicklung der SPV länger zu vermeiden. Aber auch hier tritt nach Maßgabe der Modellparameter ab dem Jahr 2014 eine Unterdeckung mit entsprechendem Rücklagenverzehr ein.

Abbildung 57: Entwicklung des ausgabendeckenden Beitragssatzes der SPV bis zum Jahr 2050



Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder 1,5% p.a. der Rentner 1% p.a.
 Dynamisierung der Leistungssätze ab 2015 1,5% p.a. im 3-Jahresrhythmus.
 Anpassung der Leistungssätze entsprechend der Eckpunkte zur Pflegereform.
 Mehrleistungen für Demenz als Mittelwert 1.000 Euro je demenziell Erkranktem nach Prävalenzraten.
 Mehrleistungen für Demenz ab 2015 mit 1,5% p.a. im 3-Jahresrhythmus dynamisiert.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 26: Die voraussichtliche Entwicklung der SPV nach Umsetzung der geplanten Reform und Umsetzung der geplanten Reform

Jahr	ohne Mehrleistungen für Demenz					inkl. Mehrleistungen für Demenz				
	Status quo Finanzierung			Beitragssatz ab 2008 1,95%		Status quo Finanzierung			Beitragssatz ab 2008 1,95%	
	Gesamtausgaben der SPV	Rücklagenstand bei Beitragssatzstabilität 1,7% (unverzinst)	Kostendeckender Beitragssatz ab 2008	Kapitalstock (verzinst ab 2009)	Gesamteinnahmen in Mrd.	Gesamtausgaben der SPV	Rücklagenstand bei Beitragssatzstabilität 1,7% (unverzinst)	Kostendeckender Beitragssatz ab 2008	Kapitalstock verzinst ab 2009	Gesamteinnahmen in Mrd.
2006	18,0	3,4								
2007	18,3	3,1								
2008	19,0	2,3	1,77%	4,8	20,7	20,0	1,3	1,88%	3,8	20,6
2009	19,4	1,4	1,79%	6,6	21,1	20,5	-0,8	1,89%	4,5	21,0
2010	20,4	-0,2	1,85%	7,8	21,5	21,5	-3,5	1,96%	4,5	21,3
2011	21,0	-2,1	1,87%	8,8	21,8	22,1	-6,5	1,98%	4,2	21,7
2012	21,7	-4,4	1,92%	9,3	22,1	22,9	-10,0	2,02%	3,5	22,0
2013	22,1	-6,9	1,92%	9,8	22,4	23,3	-13,7	2,03%	2,7	22,3
2014	22,6	-9,5	1,94%	10,1	22,7	23,8	-17,6	2,05%	1,6	22,6
2015	24,1	-13,5	2,05%	9,2	23,0	25,4	-22,9	2,17%	-0,9	22,8
2016	24,5	-17,6	2,06%	8,1	23,3	25,9	-28,3	2,18%	-3,5	23,1

Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder 1,5% p. a. der Rentner 1% p. a.

Dynamisierung der Leistungssätze ab 2015 1,5% p. a. im 3-Jahresrhythmus.

Anpassung der Leistungssätze entsprechend der Eckpunkte zur Pflegereform.

Mehrleistungen für Demenz als Mittelwert 1.000 Euro je demenziell Erkranktem nach Prävalenzraten.

Mehrleistungen für Demenz ab 2015 mit 1,5% p. a. im 3-Jahresrhythmus dynamisiert.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Zwischenfazit

Die Eckpunkte zur Reform der Pflegeversicherung verfolgen in weiten Teilen richtige und notwendige Ansatzpunkte. Obwohl eine detaillierte Ausgestaltung derzeit noch nicht vorliegt, ist die Berücksichtigung der Mehrleistungen für Demenzpatienten ebenso positiv zu bewerten wie die beabsichtigte Leistungsgewährung auch ohne die Gewährung einer Pflegestufe oder die anvisierte Anpassung der Leistungssätze. Gleichwohl greifen die Reformpunkte teilweise zu kurz. Wie die obigen Simulationsrechnungen zeigen, vermag die Anhebung des Beitragssatzes die SPV keineswegs langfristig zu stabilisieren, er suggeriert vielmehr über einen relativ kurzen Zeitraum fiskalische Ausgewogenheit. Wünschenswerte und notwendige Schritte zu einer nachhaltigen Finanzierung der SPV, wie zumindest eine Teilkapitaldeckung, bleiben aus.

Die Anpassung bzw. Erhöhung der Leistungssätze der SPV ist weitgehend moderat ebenso die anvisierte Fortschreibung ab 2015. Insgesamt unterscheidet sie sich kaum von einer Dynamisierung der derzeitigen Leistungssätze. Obwohl durch die Maßnahme der Realwertverfall der Leistungssätze gedämpft wird, so ist er doch nicht völlig aufgehalten, dies gilt vor allem mit Blick auf die im Dienstleistungsbereich vorhandene Baumolsche Kostenkrankheit.

7.6 Reformoptionen zur Finanzierung der SPV

Wie bereits angeführt, gehen die Meinungen über das anzustrebende Reformmodell trotz weitgehender Einigkeit über die zentralen Schwachstellen der SPV weit auseinander. Dabei können grundsätzlich die folgenden Reformoptionen zur Diskussion stehen:

- (1) Abschaffung der Versicherungspflicht und Rückkehr, zur Regelung vor Einführung der SPV,
- (2) steuerfinanziertes Bundespflegeleistungsgesetz,
- (3) Beibehaltung des geltenden Systems unter Erweiterung der Beitragbemessungsgrundlage um zusätzliche Einkunftsarten sowie Einführung eines Splitting-Verfahrens,
- (4) umlagefinanzierte Pflegepauschale (vgl. Breyer, F. et al. 2004, S. 118; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004, Ziffer 550f.),
- (5) Einbeziehung aller Bürger in die SPV auf der Grundlage des Umlageverfahrens mit weiterhin lohn- bzw. einkommensabhängigen Beiträgen (vgl. Lauterbach, K. W. et al. 2005),
- (6) wettbewerbsorientierte eigenständige SPV mit Risikostrukturausgleich,

- (7) Integration der SPV in die GKV (vgl. Breyer, F. et al. 2004, S.115; Initiative Mehr Gesundheit 2005; Donges, J.B. et al. 2005, S. 33f.); Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Ziffer 659),
- (8)umlageorientierte SPV mit temporärer Kapitaldeckung (vgl. Kommission für die Nachhaltigkeit der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme 2003, S. 200ff.),
- (9)Ergänzung der bestehenden Beitragsgestaltung um eine dauerhafte Kapitaldeckung (vgl. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. 2003, S. 19f.; Gabner, M. und Schottky, E. 2005),
- (10) langfristiger Übergang zu einer vollen Kapitaldeckung mit einem graduellen Auslaufen der Umlageelemente (vgl. Ottnad, A. 2003, S. 79ff.; Kommission „Soziale Sicherheit“ 2003, S. 31ff.; Häcker, J. und Raffelhüschen, B. 2004b, S. 169ff.; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004, Ziffer 546ff.) sowie
- (11) sofortiger Umstieg in die vollständige Kapitaldeckung (vgl. Arentz, O. et al. 2004; Oberender, P. und Fleckenstein, J. 2004; Donges, J.B. et al.2005).

Diese Reformoptionen erlauben wiederum Kombinationen, die ihrerseits eigenständige Reformvorschläge darstellen. So kann z.B. der Übergang zu einer wettbewerbsorientierten eigenständigen SPV (6) sowohl bei Beibehaltung des geltenden Systems (3), als auch bei einer umlagefinanzierten Pflegepauschale (4) oder im Rahmen einer Bürgerversicherung (5) erfolgen. Ebenso könnte eine ergänzende Kapitaldeckung – in kollektiver oder privater Form- zu den umlagefinanzierten Varianten (3 bis 7) hinzutreten. Aus normativer Sicht scheiden prima vista nur die beiden ersten Optionen aus, denn sie stehen im Konflikt mit den wohl immer noch geltenden Zielen, die für die Einführung einer Pflegeversicherung sprachen.

Die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um zusätzliche Einkunftsarten sowie die Einführung eines Splitting-Verfahrens beseitigen fiskalische und distributive Mängel der geltenden Beitragsgestaltung und stellen insofern gewisse Verbesserungen des Status quo dar (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005, Ziffer 660). Sie reichen jedoch in quantitativer Hinsicht bei weitem nicht aus, um in der SPV fiskalische Nachhaltigkeit zu erzielen. Es bleibt auch bei der Lohnbezogenheit der Beiträge und mit ihrem zwangsläufigen Anstieg bei einer zunehmenden Belastung des Produktionsfaktors Arbeit. Zudem verschärfen sich die intergenerativen Verteilungsprobleme, denn das Umlageverfahren bürdet vor dem Hintergrund des absehbaren Wandels der demographischen Struktur der künftigen Generation überproportionale Lasten auf. Diese Nachteile weist im Prinzip auch eine Bürgerversicherung mit lohn- bzw. einkommensabhängigen Beiträgen auf. Die

Einbeziehung der bisher privat Versicherten in die SPV geht nur für sich betrachtet mit positiven fiskalischen und intragenerativen Distributionseffekten einher, verletzt dafür aber das Postulat der intergenerativen Gerechtigkeit um so mehr. Zudem führt die Auflösung der privaten Pflegepflichtversicherung und die damit einhergehende Abschaffung der Kapitaldeckung - abgesehen von erheblichen rechtlichen Problemen - zu einer noch stärkeren Lohnbezogenheit der Beiträge, d.h. zu einer zusätzlichen Belastung des Faktors Arbeit. Schließlich nimmt durch die Umstellung von der Kapitaldeckung auf das Umlageverfahren die implizite Staatsschuld zu, sodass sich die Bürgerversicherung die anfänglichen fiskalischen Vorteile durch die Einbeziehung der privat Versicherten mit Hilfe von finanziell ungedeckten Wechseln auf die Zukunft erkauft.

Die vielfältigen Probleme, die an den Schnittstellen dieser beiden Versicherungszweige bestehen, sprechen - zumindest auf lange Frist - für eine Integration der SPV in die GKV. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass auch in der GKV eine strukturelle Lücke zwischen der Wachstumsschwäche ihrer Finanzierungsbasis und der Ausgabendynamik klafft. Da sie zudem ähnliche distributive und allokativen Defizite wie die SPV aufweist, bedarf auch die GKV - neben einer Ausschöpfung der Rationalisierungsreserven auf der Ausgabenseite - einer Finanzierungsreform. Solange sich hier noch keine Konturen abzeichnen, lässt sich die Integration von SPV und GKV kaum unter gesamtwirtschaftlichen Aspekten beurteilen. Die Integration der SPV in die GKV könnte aber grundsätzlich bei mehreren anderen Reformoptionen langfristig hinzutreten.

Um in der SPV eine fiskalische Nachhaltigkeit, ein Abrücken von der Lohnbezogenheit der Beiträge und eine Eindämmung der impliziten Staatsschuld zu erreichen, bietet sich eine (Teil-)Kapitaldeckung an. Das derzeitige umlagefinanzierte System verletzt selbst im Falle einer Dynamisierung der Leistungsausgaben insofern die intergenerative Gerechtigkeit, als es bei ständig steigenden Beiträgen infolge des Wandels der demographischen Struktur die interne Rendite jüngerer Jahrgänge erheblich verschlechtert. Von allen Zweigen der sozialen Sicherung eignet sich die SPV aus fiskalischen und intergenerativen Gerechtigkeitsaspekten am ehesten bzw. besten für eine (Teil-) Kapitaldeckung (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 204, Ziffer 546).

Jede Kapitaldeckung innerhalb eines beliebigen Zweiges der sozialen Sicherung dient vor dem Hintergrund des demographischen Wandels der intergenerativen Gerechtigkeit und mindert die implizite Staatsschuld, die letztlich in der ursprünglichen Einführung des Umlageverfahrens wurzelt. Eine völlige Umstellung vom Umlageverfahren auf Kapitaldeckung belastet die jeweilige Generati-

on, d.h. die betroffenen Alterskohorten⁴⁸), gleich zweifach, denn sie sieht sich dann gezwungen, zum einen für die Absicherung ihres Risikos anzusparen und zum anderen jene Mitbürger zu alimentieren, die dies aus Altersgründen nicht mehr vermögen. Diese Generation tilgt dann quasi die implizite Staatsschuld, die bei der Einführung des Umlageverfahrens entstand. Im Vergleich mit der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sprechen im Sinne gesamtwirtschaftlicher Ziele zwei zentrale Tatbestände für eine (Teil-)Kapitaldeckung der SPV: Zunächst weist das Risikoprofil der Pflegeversicherung eine besonders starke Demographieabhängigkeit mit einem bei zunehmenden Alter sehr steilen Kostenverlauf auf. Ferner fällt der Finanzbedarf bei der Pflege deutlich stärker als bei Krankheit und Rente in den letzten Lebensjahren an. Damit verbleibt für einen erheblich größeren Teil der Bevölkerung noch eine hinreichende bzw. relevante Zeitspanne für die notwendigen Ansparprozesse.

Wie bereits angedeutet, stellt der Übergang vom Umlageverfahren auf Kapitaldeckung eine intergenerative Zusatzbelastung für die jeweilige Generation dar, denn sie trägt – abgesehen von den Effekten eines Wandels der demographischen Struktur – vornehmlich die Kosten jener Generation, die von der erstmaligen Einführung des Umlageverfahrens profitierte. Da die SPV im Gegensatz zur GRV bei einer Umstellung auf Kapitaldeckung eine erheblich höhere Ansparzeit gewährt, verteilt sich diese Belastung hier auf deutlich mehr Alterskohorten. Das Verhältnis zwischen jenen, die schon ihr eigenes Pflegerisiko finanzieren, und jenen, die noch eine steuer- oder beitragsfinanzierte Unterstützung erhalten, fällt bei der SPV erheblich günstiger aus als bei GKV und GRV. Dieser Vorzug einer vergleichsweise höheren intergenerativen Gerechtigkeit hängt auch nicht davon ab, ob die jeweilige Finanzierung der Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung durch individuelle und risikoäquivalente Prämien oder kollektiv mit Hilfe von Pflegepauschalen oder einkommensabhängigen Beiträgen erfolgt. Diese Varianten können lediglich mit unterschiedlichen intragenerativen Verteilungswirkungen einhergehen. Schließlich erleichtert die längere Ansparzeit, welche die SPV erlaubt, die Aufbringung der Mittel auch in fiskalischer Hinsicht.

Vor dem Hintergrund der obigen Überlegungen überrascht es nicht, dass die meisten Gremien oder Autoren, die Reformvorschläge unterbreiten, eine partielle oder vollständige Kapitaldeckung in der SPV vorsehen. Dabei legen fiskalische und intergenerative Verteilungsaspekte prima vista einen möglichst zügigen Übergang zu einer vollständigen Kapitaldeckung nahe. Diese Reformoption dürfte allerdings zur Alimentation jener pflegenahen Jahrgänge, die nicht oder kaum mehr ansparen können, einen jährlichen Steuertransfer von über 10 Mrd. Euro erfordern. Unter Berücksichtigung der erforderlichen Mehraufwendungen

⁴⁸ Diese Terminologie erfolgt hier aus modellhaften Vereinfachungsgründen. In der Realität handelt es sich um mehrere (überlappende) Generationen.

für Demenzkranke und einer Dynamisierung der Leistungsausgaben liegt dieser Zuschussbedarf noch deutlich höher. Da ein vollständiger Übergang zur Kapitaldeckung der SPV den Finanzierungsspielraum der öffentlichen Haushalte für anderweitige Reformvorhaben, z.B. für kassenspezifische Gesundheitspauschalen im Bereich der GKV, stark einengt, bietet sich unter den gegebenen und in absehbarer Zeit zu erwartenden Umständen bzw. volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen auf mittlere Frist als pragmatische Lösung eine Teilkapitaldeckung an. Diese tritt dann zum bestehenden Beitragssystem quasi als 2. Säule hinzu und dient dazu, sowohl das bestehende Versorgungsdefizit zu beseitigen, als auch die künftige Demographielücke fiskalisch zu schließen.

7.7 Ein Drei-Säulen-Modell als Reformvorschlag

7.7.1 Modellstruktur

Zur leistungsmäßigen Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung stellen die folgenden Ausführungen ein sog. Drei-Säulen-Modell vor. Säule 1 beinhaltet die derzeitige umlagefinanzierte SPV bei einem fixierten Beitragssatz von 1,7% auf die beitragspflichtigen Einnahmen. Nach der Abschaffung des Kinderberücksichtigungsgesetzes soll ein Kinderbonus von 5 Euro eine bessere Anerkennung der Erziehungsleistungen sicherstellen. Eine Umgestaltung der Leistungssätze in der SPV bezweckt, einer Ungleichbehandlung von ambulanten und stationären Pflegeleistungen entgegenzuwirken.

Eine 2. Säule ergänzt diese erste Säule durch eine private kapitalgedeckte Pflegepflichtversicherung. Diese Säule finanziert die zusätzlichen Aufwendungen für eine Dynamisierung der Leistungssätze, die Leistungsverbesserungen für Demenzkranke, die Belastungen durch die bevorstehende demographische Veränderung und das eventuelle Defizit der ersten Säule in Form eines Pauschalbeitrages. Die Versicherten können zusätzlich eine freiwillige private kapitalgedeckte Pflegeversicherung zur Höher- bzw. Weiterversicherung von Pflegeleistungen auf freiwilliger Basis in Form einer dritten Säule wählen.

Die Finanzierung der verbesserten Leistungen der SPV erfolgt durch das Zusammenspiel der beiden ersten Säulen. Die Fixierung des Beitragssatzes bei 1,7% im umlagefinanzierten Teil der Säule 1 entkoppelt die Lohnnebenkosten dauerhaft von bestimmten Ausgabensteigerungen in der SPV. Da steigende Lohn- bzw. Lohnnebenkosten den Faktor Arbeit belasten, leistet das Modell zumindest tendenziell auch einen Beitrag für mehr Beschäftigung.

Die Ergänzung der Finanzierung durch Elemente der Kapitaldeckung ermöglicht

- die Demographieanfälligkeit dieses Zweigs der sozialen Sicherung weitgehend abzubauen,
- für Teile der Finanzierung die gegenüber dem Umlageverfahren höheren Renditen auf Kapitalanlagen zu nutzen,

- die Finanzierung der SPV durch Umlage- und Kapitaldeckungselemente im Sinne einer Risikostreuung zu diversifizieren,
- Belastungen durch dynamisierte Leistungssätze oder demographische Veränderungen über die Zeit zu glätten und gleichmäßiger zu verteilen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004, Ziffer 500) sowie
- die im Umlageverfahren etablierte intergenerative Umverteilung zu reduzieren und damit intergenerative Ungleichbehandlungen infolge einer Altersverschiebung der Bevölkerung bzw. der Versicherten zu vermeiden.

Die Beitragsgestaltung der ersten Säule beinhaltet weiterhin die bekannten Solidarelemente wie

- den Familienlastenausgleich durch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen,
- den Einkommensausgleich, durch die proportionale Beitragsgestaltung,
- die Umverteilung von guten zu schlechten Risiken sowie
- die Umverteilung von jung zu alt aufgrund der stark altersabhängigen Pflegebedürftigkeiten.

Sofern dort alle Elemente der Beitragsgestaltung erhalten bleiben, übernimmt das neue System – wenn auch mit einem geringeren Gewicht- die damit verbundenen negativen Effekte, wie z. B.

- Verstöße gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip infolge der Ungleichbehandlung verschiedener Einkunftsarten bei der Beitragsbemessung und
- ungerechtfertigte Benachteiligungen von Ein- gegenüber Zweiverdienerfamilien, da bei gleichem Haushaltseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze Einverdienerfamilien durch die Beitragsdeckung einer geringeren Durchschnittsbelastung unterliegen.

Die Beitragsgestaltung der zweiten Säule bleibt zunächst offen in der Ausgestaltung. Um einer Ungleichbehandlung der Einkunftsarten vorzubeugen, gebührt aber einer pauschalen Beitragsgestaltung der Vorzug. Pauschalbeiträge

- behandeln alle Einkunftsarten bei der Beitragserhebung gleich und stellen damit auf eine breitere Beitragbemessungsgrundlage ab,
- vermeiden einen Einnahmenrückgang bei der Verrentung der Beitragszahler und
- bieten eine höhere Transparenz als paritätisch finanzierte Beiträge.

Der Kreis der Beitragszahler bzw. Pauschalenzahler kann sich auf alle Versicherten beziehen oder nur auf den Kreis der Mitglieder aus Säule 1. Für beide Varianten sprechen jeweils unterschiedliche Argumente. Eine Erhebung der Pauschale von allen Versicherten vermeidet die oben beschriebenen Ungleichbehandlungen von Ein- gegenüber Zweiverdienerfamilien. Alle Erwachsenen führen danach den gleichen Pauschalbeitrag ab. Sofern ein Belastungsausgleich fehlt, beutet dies aber auch, dass die Pauschale geringe Haushaltseinkommen prozentual stärker belastet als hohe. Bei gleichen Haushaltseinkommen wird ein Singlehaushalt weniger belastet als ein Zweipersonenhaushalt. Die Solidarelemente Familienlastenausgleich (im Sinne der beitragsfrei mitversicherten Ehegatten) und Einkommensausgleich gehen verloren.

Wird analog zur Beitragsgestaltung der Säule 1 die Pauschale nur von Mitgliedern erhoben, beinhalten beide Säulen den Familienlastenausgleich als quasi konstitutives Element der SPV. Diese Variante vermeidet Doppelbelastungen von Geringverdienerfamilien mit einem Einkommensbezieher. Die Ungleichbehandlung von Ein- und Zweiverdienerfamilien bleibt damit aber bei dieser Variante in beiden Teilen des Finanzierungssystems erhalten, wenngleich die sonstigen Vorteile einer pauschalen Beitragsgestaltung auch bei einer Einschränkung des Beitragszahlerkreises auf Mitglieder bestehen bleiben.

Eine Entscheidung über den Kreis der Beitragszahler fällt letztlich den politischen Entscheidungsträgern zu. Gründe der Transparenz und theoretischen Konsistenz sprechen allerdings für eine einheitliche Regelung in beiden Finanzierungssäulen. Dies bedeutet, dass bei einer Beitragspflicht in Säule 2 für alle erwachsenen Versicherten gleichzeitig in Säule 1 zumindest ein Splittingansatz nach dem Vorbild einschlägiger Reformvorschläge in der GKV gelten sollte (vgl. Wille, E. 1998 und 2002). Bleibt in Säule 1 der beitragspflichtige Kreis auf die Mitglieder beschränkt, empfiehlt sich dies auch in Säule 2.

Außerhalb von allokativen und distributiven Überlegungen sprechen pragmatische Gründe für die Einschränkung des beitragspflichtigen Kreises auf die Mitglieder der SPV:

- Das Einzugsverfahren kann unter Mithilfe des Arbeitgebers erfolgen. Mahnbescheide, Einzugsermächtigungen, Kontrollen der gemeldeten Personen in einem Haushalt usw. erübrigen sich.
- Wird die Pauschale von allen erwachsenen Versicherten erhoben und gleichzeitig ein Splitting-Modell in der Säule 1 etabliert, muss sich die SPV zumindest für die Kontrolle der Beitragszahlungen der einzelnen Haushalte einer Finanzamtslösung bedienen, deren administrativer Aufwand einen Teil der hinzugewonnenen Mittel wieder aufbraucht.

Eine Abschaffung des Kinderberücksichtigungsgesetzes stellt einen Schritt in Richtung der Befreiung der Sozialversicherungszweige von versicherungsfrem-

den Elementen dar. Eine gesonderte Anerkennung der Erziehungsleistung bildet keine Aufgabe der SPV, sondern der Gesellschaft insgesamt. Die dafür aufzuwendenden Mittel bedürfen folglich einer Finanzierung aus Steuereinnahmen. Eine solche Finanzierung stellt über dies sicher, dass sich an der Aufbringung der Mittel die gesamte Gesellschaft und nicht nur die Versicherten bzw. Mitglieder der SPV beteiligen. Die erforderlichen Aufwendungen für die Anerkennung von Erziehungsleistungen gehen deshalb nicht in die Ausgaben- bzw. Einnahmenkalkulation der durchgeführten Berechnungen ein.

7.7.2 Möglichkeiten der Ausgestaltung des Kapitaldeckungselementes im Rahmen des Reformvorschlages

Der vorliegende Reformvorschlag erweitert die Beitragsgestaltung der SPV um ein Kapitaldeckungselement und diversifiziert damit -wie bereits erwähnt- im Sinne einer Risikostreuung die Finanzierungsgrundlage. Er bietet aber auch die Möglichkeit, die SPV langfristig komplett in ein kapitalgedecktes System zu überführen. Der Modellaufbau erlaubt hierfür zwei grundsätzliche Möglichkeiten:

Möglichkeit 1 beinhaltet eine totale Absicherung von neugeborenen Kindern in einer privaten Pflegepflichtversicherung. Dadurch verbleibt nur der derzeitige Bevölkerungsbestand in der SPV, die dauerhaft um ein Kapitaldeckungselement ergänzt wird. Sobald die jetzt lebende Bevölkerung durch Ableben aus dem derzeitigen System ausscheidet, ist der gesamte Pflegebedarf nach dem Vorbild einer privaten Pflegeversicherung abgedeckt.

Der Vorzug, den diese Art der Überführung in eine private Pflegeversicherung mit sich bringt, darf aber nicht über die damit verbundenen Probleme hinwegtäuschen. Durch derartige stichtagsbezogene Umgestaltungen entstehen Verwerfungen bei der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern. Kinder, die bei Einführung des Modells bereits geboren sind, genießen weiterhin die beitragsfreie Mitversicherung sowohl in Säule 1 als auch in Säule 2. Gleichzeitig müssen diese Kinder ab Erreichen des Erwachsenenstatus bzw. ab Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit sowohl in Säule 1 als auch in Säule 2 Beiträge zahlen und tragen damit zur Finanzierung der Pflegeaufwendungen der im alten System verbleibenden Restbevölkerung bei - sofern sie nicht im Falle eines Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze in eine private Pflegepflichtversicherung überwechseln.

Für Kinder, die nach dem Stichtag geboren sind, fällt sofort eine Prämie in der privaten Pflegepflichtversicherung an. Eine beitragsfreie Versicherung von Kindern existiert damit nicht mehr. Sofern die Kosten einer voll privaten Pflegeversicherung nicht mit einem Aufschlag auf das Kindergeld einhergehen, entstehen gerade für kinderreiche Familien spürbare Mehrbelastungen, die dem Ziel einer Kinderförderung entgegenlaufen. In der Übergangszeit kann sogar die seltsame

Konstellation eintreten, dass die älteren Kinder einer Familie Beitragsfreiheit genießen, für die jüngeren aber Beiträge in der privaten Pflegepflichtversicherung anfallen.

Aus fiskalischer Sicht weist diese erste Form der Umgestaltung ebenfalls Nachteile auf. Durch die völlige Ausgliederung der Neugeborenen fehlen dem System später die jungen Mitglieder. Zumindest im umlagefinanzierten Teil (Säule 1) entzieht diese Variante systematisch Nettozahler und vergrößert damit den Anteil der Nettoempfänger.

Die zweite Form der Überführung erfordert zwar einen längeren Übergangszeitraum als die erste, behält dafür aber die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bei und schließt Einnahmefälle durch den Schwund von jungen Mitgliedern und Versicherten als Nettozahler aus. Dieses Modell finanziert die höheren Aufwendungen infolge dynamisierter Leistungssätze und der Aufnahme von Zusatzleistungen für Demenz über die kapitalgedeckte Säule 2. Im Gegenzug bedeutet dies, dass die bisherigen, fixierten Leistungssätze weiterhin aus der ersten Säule getragen werden. Damit sinkt der Anteil der Gesamtausgaben, die aus der ersten Säule stammen, kontinuierlich ab. Die Bedeutung des umlagefinanzierten Elementes gegenüber dem kapitalgedeckten Teil schwindet im Zeitablauf. Sinkende Beitragssätze in der SPV unterstützen dies noch. Ab dem Jahr 2030 tritt eine demographische Stabilisierung ein. Die steigende demographische Belastung gehört zu diesem Zeitpunkt der Vergangenheit an. Das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen liegt dann über dem Wachstum der Gesamtausgaben, die aus der ersten Säule finanziert werden müssen. Dies führt zu Beitragssatzsenkungen mit der Folge, dass in sehr langer Frist das Umlageelement auch in dieser Variante verschwindet.

Kapitalrücklagen können grundsätzlich

- a) kohortenspezifisch nach dem Vorbild der PKV,
- b) als kollektiver Kapitalstock oder
- c) individuell als Vorsorgesparen

gebildet werden.

Für Versicherungen mit Pflichtcharakter scheidet die Alternative c) generell aus. Individuelles „Vorsichtssparen“ zur Abfederung eventuell zu erwartender Belastungssteigerungen kann auch ohne eine Reform nach individuellem Dafürhalten der Versicherten erfolgen. Sofern dieses bereits in ausreichendem Maß geschieht, ist eine ausreichende Nachhaltigkeit gewährleistet, auch wenn sich diese nicht direkt in monetären Größen der Sozialversicherung niederschlägt.

Die Alternative a), ein kohortenspezifisches Ansparen nach dem Vorbild der PKV, bietet für jede Neugründung einer Pflichtversicherung die wohl beste Variante. Sie setzt aber relative junge Eintrittsalter der Versicherten voraus. Je später ein Versicherter in einer solchen Versicherung eintritt, umso kürzer ist der Zeitraum zur Bildung der individuellen Kapitalrücklage. In einer gewachsenen Gesellschaft mit einer etablierten Altersstruktur dürfte sich eine ad hoc Umstellung damit als nicht durchführbar erweisen. Gerade ältere Versicherungsnehmer werden unverhältnismäßig stark belastet. Die Versicherungsprämien erreichen exorbitante Höhen.

Die Erweiterung der bestehenden, umlagefinanzierten SPV um einen kapitalgedeckten Teil erfordert damit die Bildung eines kollektiven Kapitalstocks. Diese Form des Ansparens ermöglicht die Kalkulation einer einheitlichen Pauschale für alle Beitragszahler. Die einheitliche und altersunabhängige Pauschale subsumiert dann auch in der zweiten Säule eine Umverteilung von jung zu alt. Im Vergleich zur individuell kalkulierten Pauschale zahlen junge Versicherte eine zu hohe Prämie, alte Versicherte eine zu geringe.

Das Gesamtvolumen des Kapitalstocks muss bis zu einem vorgesehenen Endzeitpunkt ein Ansparvolumen erreichen, das in der Summe über alle Versicherten dem eines individuellen kalkulierten Kapitalstocks entspricht. Diese Rücklagenbildung bzw. Rücklagenhöhe bezieht sich allerdings nur auf die Aufwendungen, die durch die Dynamisierung bzw. Veränderung der Leistungssätze, die erweiterte Leistungsgewährung für Demenzkranke und die Glättung der demographischen Last anfallen.

Elemente eines medizinisch-technischen Fortschritts oder Ausgabensteigerungen durch zukünftige Verbesserungen der Versorgungsqualität dürfen im Kapitalvolumen keine Berücksichtigung finden. In einem kollektiv gebildeten Kapitalstock würden ansonsten einführende Generationen an der Finanzierung von Versorgungsverbesserungen zukünftiger Generationen beteiligt, ohne selbst jemals in den Genuss dieser Leistungen zu kommen. Dies würde die Generationengerechtigkeit verletzen (vgl. dazu auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004, Ziffer 507ff.).

Die Bildung eines kollektiven Kapitalstocks birgt allerdings Risiken. Die den Kapitalstock verwaltende Instanz erlangt aufgrund des hohen Volumens einen beachtlichen Einfluss auf dem Kapitalmarkt. Überlässt man die Verwaltung des Anlagevolumens einer staatlichen Instanz könnte der Vermögensbestand „Begehrlichkeiten der Politik“ wecken, was eine Zweckentfremdung der angesparten Mittel nicht ausschließt. Selbst durch die Übertragung auf eine unabhängige Instanz könnten neue Verschuldungsspielräume mit negativen Wirkungen auf den Kapitalstock entstehen. Daneben könnte ein wachsender Kapitalstock die Politik dazu verleiten, bei der Leistungsgewährung großzügigere Maßstäbe anzulegen (vgl. ebenda).

Die Bildung einer individuellen Anwartschaft bannt diese Gefahr weitgehend. Nach Vorgabe der Anwartschaftsversicherung der privaten Krankenversicherungsunternehmen wird den Versicherten der Säule 2 jährlich das Volumen einer individuell gebildeten Altersrückstellung verbrieft. Die Versicherten erhalten damit, wie auch bei privaten Krankenversicherungsunternehmen, Eigentumsrechte an der Kapitalrücklage. Dies beugt einer Zweckentfremdung des kollektiven Kapitalstocks vor. Bis zum Jahr 2030 entspricht, hinsichtlich des kapitalgedeckten Teils der Ausgaben, die individuelle Anwartschaft der Versicherten in der Höhe genau dem Volumen einer individuellen Altersrückstellung nach dem Vorbild privater Krankenversicherungen.

Da der Leistungsfall der Pflegeversicherung –von wenigen Ausnahmen abgesehen– erst in sehr hohen Altersklassen anfällt, kann diese individuell verbrieftete Altersrückstellung bei relativ jungen Versicherten problemlos übertragen werden (beispielsweise beim Wechsel zu einer privaten Pflegepflichtversicherung). Gefahren eines *lemon circle*, hervorgerufen durch zwischenzeitliche Veränderungen des individuellen Risikos, bestehen bei der Pflegeversicherung im Vergleich zu PKV in deutlich geringerem Ausmaß. Die Möglichkeit einer Übertragbarkeit dieser Altersrückstellungen ab 2030 intensiviert den Wettbewerb zwischen privaten und sozialer Pflegeversicherung(en).

7.8 Zwischenfazit

Ab dem Jahre 1999 verzeichnet die SPV Budgetdefizite, die mit Ausnahme des Jahres 2006 einem steigenden Trend folgen. Im Jahr 2006 übersteigen die Einnahmen der SPV die Ausgaben um 0,45 Mrd. Euro. Die Erhebung von 0,25% Beitragssatz für Kinderlose im Jahr 2005 und die vorgezogene Beitragszahlung im Jahr 2006, die dafür Sorge trug, dass in diesem Jahr die Pflegeversicherung einmalig einen „13. Beitragsmonat“ erhielt zeichnen hierfür maßgeblich verantwortlich, wobei letztgenanntes als singuläres Ereignis nicht zur weiteren Entlastung der Kassen beiträgt.

Die seit 1999 anfallenden und tendenziell zunehmenden Budgetdefizite der SPV gehen darauf zurück, dass das Wachstum der Finanzierungsbasis bzw. der beitragspflichtigen Einnahmen deutlich hinter dem Anstieg der Leistungsausgaben zurückblieb. Für die Budgetdefizite der SPV zeichnet somit weniger die mit 15,8% in 8 Jahren eher moderate Zunahme der Leistungsausgaben als die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen verantwortlich. Ähnlich wie in der GKV leidet auch die SPV weniger unter einer Ausgabenexplosion als einer Einnahmimplosion. Das Verhältnis von Beitragszahlern zu Versicherten scheidet als Einflussgröße des Ausgabenwachstums aus wie die Relation Beitragszahler zu beitragsfrei Mitversicherten von denen vielmehr leicht dämpfende Effekte auf das Ausgabenwachstum bzw. das Budgetdefizit der SPV ausgingen.

Da die Leistungssätze der SPV je nach Pflegestufe, ambulanten oder stationären Leistungen, Geld- oder Sachleistungen differieren, hängt das Ausgabenwachstum der SPV auch von einer Veränderung dieser Relationen ab. Auf einen Trend von ambulanten zu stationären Leistungen deutet die Entwicklung für den Beobachtungszeitraum hin. Diese Verschiebung, die das Wachstum der Leistungsausgaben tendenziell erhöht, fand in der Pflegestufe III in erheblich stärkerem Maße als in Pflegestufe I statt.

Die Herausforderungen, mit denen sich die SPV künftig konfrontiert sieht setzen sich, aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Einflussfaktoren zusammen. Neben den Determinanten, die auf der Finanzierungsseite die beitragspflichtigen Einnahmen beeinflussen, gehören hierzu auf der Ausgabenseite vor allem die demographisch bedingte Veränderung der Versicherten- und Leistungsempfängerstruktur sowie die daraus resultierenden Ausgabenbedarfe.

Um bei der Ermittlung der Ausgabenprofile eine variable und fein spezifizierte Berechnungsgrundlage zu schaffen, reicht es nicht aus, nur geschlechtsspezifische und altersabhängige Leistungswahrscheinlichkeiten zu bestimmen. Es bedarf darüber hinaus noch einer Berücksichtigung der verschiedenen Leistungsarten (ambulant und stationär), jeweils getrennt nach Pflegestufen. Bis zur Altersklasse der 75 bis zu unter 80jährigen übersteigt das Ausgabenprofil der Männer das entsprechende der Frauen. Dabei nimmt der ambulante Teil in beiden Gruppen das größte Gewicht ein. Ab der Altersklasse 80 bis unter 85jährigen übersteigt das erwartete Ausgabenprofil je sozial pflegeversicherter Frau den Komplementärwert der Männer. Die stationären Leistungen gewinnen stetig an Gewicht und nehmen ab der Altersklasse 85 den größten Anteil der Ausgaben ein. Wie bereits die Leistungswahrscheinlichkeiten zeigten, unterscheiden sich Männer und Frauen im ambulanten Bereich auch in den Ausgabenprofilen weitaus weniger als im stationären Bereich. Bis zur Altersklasse der 70 bis unter 75jährigen erreicht das erwartete Ausgabenprofil lediglich ein Niveau unterhalb 400 Euro je Versicherten und Jahr.

Das Älterwerden der Bevölkerung und die immer geringer besetzten jungen Altersklassen bewirken die drohende demographische Belastung im Sinne eines Double-Aging. Nach Vorgabe der Variante 1-W1 der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung hat sich schon im Jahr 2015 der breitere Teil in die Altersklasse von 45 bis 65 Jahren verlagert bei gleichzeitig dünner werdendem Sockel der unter 25jährigen. Bis zum Jahr 2050 erreicht diese am stärksten besetzte Gruppe die Altersklasse der bis 85jährigen. Zusammen mit den noch älteren Altersgruppen stellen sie dann nach Maßgabe der oben beschriebenen Ausgabenprofile die ausgabenintensivsten Altersklassen der Pflegeversicherung. Für den Bereich der SPV wird die Hauptlast der demographischen Entwicklung erst nach 2030 ihre Wirkung entfalten.

Sofern die Leistungssätze weiterhin unverändert bleiben und die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder mit 1,5% die der Rentner mit 1% jedes Jahr wachsen, steigt bis zum Jahr 2030 der zur Deckung der Ausgaben erforderliche Beitragssatz um ca. 0,3 Prozentpunkte auf etwa 2,0%. Analog der Darstellung zur Entwicklung der Versichertenpopulation, steigt der Beitragssatz bis zum Jahr 2050 noch einmal auf fast 2,5% und damit mehr als im vorausgehenden Zeitraum. Dieses verdeutlicht noch einmal die starke demographisch bedingte Ausgabensteigerung in den Jahren nach 2030, da die Entwicklung trotz konstanter Leistungssätze und bei kontinuierlich steigenden beitragspflichtigen Einnahmen eintritt.

Das bisherige Ausgabenwachstum der SPV geht ausschließlich auf Umfang und Struktur der Pflegefälle zurück, denn es erfolgte seit ihrer Einführung keine Dynamisierung der Leistungssätze. Zudem bestehen bei der Betreuung Demenzkranker sowie geistig behinderter und psychisch kranker Pflegebedürftiger erhebliche Versorgungslücken, deren notwendige Schließung künftig weitere Aufwendungen erfordert. Die unterbliebene Dynamisierung der Leistungssätze führt dazu, dass der Realwert der Leistungsausgaben, die den Pflegebedürftigen zufließen, im Zeitablauf kontinuierlich abnimmt. Bei diesem Leistungsverfall gilt es noch zu berücksichtigen, dass der Preisindex für Pflegeleistungen prinzipiell stärker ansteigt als die allgemeine Inflationsrate, was die Abnahme des Realwertes der Leistungssätze intensiviert bzw. beschleunigt und zudem mit einer Verletzung des Postulates der intergenerativen Gerechtigkeit einhergeht.

Die Berücksichtigung eines Leistungsaufschlages von 1,2 Mrd. Euro für Demenzpatienten verteilt auf die etwas mehr als 1 Mio. Demenzpatienten des Jahres 2008 bewirken einen Leistungssatz von knapp 1.200 Euro im Jahr. Bei konstanten Leistungssätzen und jährlicher Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder um 1,5% bzw. der Rentner um 1% erhöht sich der ausgabendeckende Beitragssatz inkl. Mehrleistungen für Demenz bis zum Jahr 2030 auf etwa 2,1%. Bis zum Jahr 2050 erfordern die Ausgaben ein Beitragssatzniveau von etwa 2,5%.

Die fehlende Dynamisierung der Leistungssätze stellt eine der gravierenden Schwachstellen der SPV dar. Bei einer Dynamisierung der Leistungssätze der Ausgaben um 1,5% p. a. übersteigen die Gesamtausgaben der SPV schon im Jahr 2030 fast 38 Mrd. Euro. Bis zum Jahr 2050 wächst das Ausgabenvolumen auf etwa 68 Mrd. Euro an. Der ausgabendeckende Beitragssatz übersteigt schon im Jahr 2033 die 3% Marke. Bis zum Jahr 2050 werden fast 4,5% erreicht.

Bei Einbeziehung und Dynamisierung der Zusatzleistungen für Demenzpatienten erhöht sich, unter sonst gleichen Bedingungen, der ausgabendeckende Beitragssatz auf 3,1% im Jahr 2030 und steigt bis zum Jahr 2050 auf 4,8%.

Die jüngst vorgelegten Eckpunkte zur Reform der Pflegeversicherung verfolgen in weiten Teilen richtige und notwendige Ansatzpunkte und entkräften bisherigen Kritikpunkte teilweise. Obwohl eine detaillierte Ausgestaltung derzeit noch nicht vorliegt ist die Berücksichtigung der Mehrleistungen für Demenzpatienten ebenso positiv zu bewerten wie die beabsichtigte Leistungsgewährung auch ohne das Vorliegen eines Pflegebedarfs im Ausmaß der die Gewährung einer Pflegestufe rechtfertigt oder die anvisierte Anpassung der Leistungssätze. Gleichwohl greifen die Reformpunkte bisweilen zu kurz. Die beabsichtigte Anhebung des Beitragssatzes vermag die SPV keineswegs langfristig zu stabilisieren, sie suggeriert vielmehr über einen relativ kurzen Zeitraum fiskalische Ausgewogenheit. Wünschenswerte und notwendige Schritte zu einer nachhaltigen Finanzierung der SPV bleiben so aus.

Die Anpassung bzw. Erhöhung der Leistungssätze der SPV ist weitgehend moderat ebenso die anvisierte Fortschreibung ab 2015. Insgesamt unterscheidet sie sich kaum von einer Dynamisierung der derzeitigen Leistungssätze. Obwohl durch die Maßnahme der Realwertverfall der Leistungssätze gedämpft wird, so ist er in keinem Fall aufgehalten, dies gilt vor allem mit Blick auf die im Dienstleistungsbereich vorhandene Baumolsche Kostenkrankheit.

Die Meinungen über das anzustrebende Reformmodell gehen trotz weitgehender Einigkeit über die zentralen Schwachstellen der SPV weit auseinander. Um in der SPV eine fiskalische Nachhaltigkeit, ein Abrücken von der Lohnbezogenheit der Beiträge und eine Eindämmung der impliziten Staatsschuld zu erreichen, bietet sich eine (Teil-) Kapitaldeckung an. Das derzeitige umlagefinanzierte System verletzt selbst im Falle einer Dynamisierung der Leistungsausgaben insofern die intergenerative Gerechtigkeit, als es bei ständig steigenden Beiträgen infolge des Wandels der demographischen Struktur die interne Rendite jüngerer Jahrgänge erheblich verschlechtert. Von allen Zweigen der sozialen Sicherung eignet sich die SPV aus fiskalischen und intergenerativen Gerechtigkeitsaspekten am ehesten bzw. besten für eine (Teil-) Kapitaldeckung (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 204, Ziffer 546).

Jede Kapitaldeckung innerhalb eines beliebigen Zweiges der sozialen Sicherung dient vor dem Hintergrund des demographischen Wandels der intergenerativen Gerechtigkeit und mindert die implizite Staatsschuld, die letztlich in der ursprünglichen Einführung des Umlageverfahrens wurzelt, wobei eine völlige Umstellung vom Umlageverfahren auf Kapitaldeckung die jeweilige Generation, d.h. die betroffenen Alterskohorten, zweifach belastet.

Zur leistungsmäßigen Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung stellen die folgenden Ausführungen ein sog. Drei-Säulen-Modell vor. Säule 1 beinhaltet die derzeitige umlagefinanzierte SPV bei einem fixierten Beitragssatz von 1,7% auf die beitragspflichtigen Einnahmen. Nach der Abschaffung des Kinderbe-

rücksichtigungsgesetzes soll ein Kinderbonus von 5 Euro eine bessere Anerkennung der Erziehungsleistungen sicherstellen

Eine 2. Säule ergänzt diese erste Säule durch eine private kapitalgedeckte Pflegepflichtversicherung. Diese Säule finanziert die zusätzlichen Aufwendungen für eine Dynamisierung der Leistungssätze, die Leistungsverbesserungen für Demenzkranke, die Belastungen durch die bevorstehende demographische Veränderung und das eventuelle Defizit der ersten Säule in Form eines Pauschalbeitrages. Die Versicherten können zusätzlich eine freiwillige private kapitalgedeckte Pflegeversicherung zur Höher- bzw. Weiterversicherung von Pflegeleistungen auf freiwilliger Basis in Form einer dritten Säule wählen.

Die Finanzierung der verbesserten Leistungen der SPV erfolgt durch das Zusammenspiel der beiden ersten Säulen. Die Fixierung des Beitragssatzes bei 1,7% im umlagefinanzierten Teil der Säule 1 entkoppelt die Lohnnebenkosten dauerhaft von bestimmten Ausgabensteigerungen in der SPV. Da steigende Lohn- bzw. Lohnnebenkosten den Faktor Arbeit belasten, leistet das Modell zumindest tendenziell auch einen Beitrag für mehr Beschäftigung. Die Ergänzung der Finanzierung durch Elemente der Kapitaldeckung ermöglicht die Demographiefähigkeit abzubauen, die höheren Renditen auf Kapitalanlagen zu nutzen und die Finanzierung der SPV im Sinne einer Risikostreuung zu diversifizieren, Belastungen durch dynamisierte Leistungssätze oder demographische Veränderungen über die Zeit zu glätten sowie die im Umlageverfahren etablierte intergenerative Umverteilung zu reduzieren. Die Beitragsgestaltung der ersten Säule beinhaltet weiterhin die bekannten Solidarelemente übernimmt aber auch die damit verbundenen negativen Effekte.

Die Beitragsgestaltung der zweiten Säule bleibt zunächst offen in der Ausgestaltung. Um einer Ungleichbehandlung der Einkunftsarten vorzubeugen, gebührt aber einer pauschalen Beitragsgestaltung der Vorzug.

Für die Ausgestaltung des Kapitaldeckungselementes im Rahmen des Reformvorschlages bieten sich mehrere Möglichkeiten an, wobei ein kohortenspezifisches Ansparen nach dem Vorbild der PKV für jede Neugründung einer Pflichtversicherung die wohl beste Variante bietet. Die Erweiterung der bestehenden, umlagefinanzierten SPV um einen kapitalgedeckten Teil erfordert damit die Bildung eines kollektiven Kapitalstocks. Diese Form des Ansparens ermöglicht die Kalkulation einer einheitlichen Pauschale für alle Beitragszahler. Die einheitliche und altersunabhängige Pauschale subsumiert dann auch in der zweiten Säule eine Umverteilung von jung zu alt. Im Vergleich zur individuell kalkulierten Pauschale zahlen junge Versicherte eine zu hohe Prämie, alte Versicherte eine zu geringe.

Das Gesamtvolumen des Kapitalstocks muss bis zu einem vorgesehenen Endzeitpunkt ein Ansparvolumen erreichen, das in der Summe über alle Versicher-

ten dem eines individuellen kalkulierten Kapitalstocks entspricht. Diese Rücklagenbildung bzw. Rücklagenhöhe bezieht sich allerdings nur auf die Aufwendungen, die durch die Dynamisierung bzw. Veränderung der Leistungssätze, die erweiterte Leistungsgewährung für Demenzkranke und die Glättung der demographischen Last anfallen.

Die Bildung der Rücklage erfolgt zusammen mit einer individuellen verbrieften Anwartschaft nach Vorgabe der Anwartschaftsversicherung der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Da der Leistungsfall der Pflegeversicherung – von wenigen Ausnahmen abgesehen – erst in sehr hohen Altersklassen anfällt, kann diese individuell verbrieft Altersrückstellung bei relativ jungen Versicherten problemlos übertragen werden (beispielsweise beim Wechsel zu einer privaten Pflegepflichtversicherung). Die Möglichkeit einer Übertragbarkeit dieser Altersrückstellungen intensiviert zudem den Wettbewerb zwischen privaten und sozialer Pflegeversicherung(en).

8 Zusammenfassung der Ergebnisse der Arbeit

8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Die GKV verzeichnete in den letzten drei Jahrzehnten einen im Prinzip ungebrochenen Trend steigender Beitragssätze. Dabei litt ihre finanzielle Situation bei einem moderaten Wachstum der Leistungsausgaben vor allem unter einer Erosion der Finanzierungsbasis. Eine empirische Analyse der Einnahmenentwicklung in der GKV zeigt, dass die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in erster Linie auf die mäßige Steigerung der Arbeitsentgelte zurückgeht. Die GKV befindet sich in fiskalischer Hinsicht insofern in einem Dilemma zwischen einer Wachstumsschwäche ihrer Finanzierungsbasis und einer Dynamik der Gesundheitsausgaben, als das bisher moderate Wachstum ihrer Leistungsausgaben nicht im Zuge einer automatischen Entwicklung eintrat. Ohne diese diskretionären Eingriffe in die Ausgabenentwicklung wäre der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am BIP zweifellos deutlich angestiegen und damit das Ziel der Beitragssatzstabilität noch stärker verfehlt worden. Da sich derzeit kein Ende dieser Lücke zwischen Ausgabenentwicklung und Wachstum der Finanzierungsbasis abzeichnet, reicht auch eine – in normativer Hinsicht fraglos gebotene – Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht aus, um die künftigen ausgabenseitigen Herausforderungen, wie z. B. die fiskalischen Effekte des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts, zu bewältigen. Ohne eine Finanzierungsreform der GKV drohen schon mittelfristig entweder weiter steigende Beitragssätze oder empfindliche Leistungsausgrenzungen bzw. Rationierungen.

Um einer kasuistischen Argumentation vorzubeugen, stehen am Beginn der Überlegungen zur Reform der Krankenversicherung bzw. zur Finanzierungsreform der GKV explizite Zielvorstellungen. Die Beachtung des weiten Zielspektrums der Gesundheitsversorgung dient auch dazu, zu vermeiden, dass sich die Analyse allzu einseitig auf fiskalische Ziele und die Empfehlungen entsprechend auf Kostendämpfungsmaßnahmen beschränken. Aus der allokativen, distributiven und fiskalischen Zielsetzung lassen sich die Leitlinien Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung, Autonomie und Eigenverantwortung von Versicherten und Patienten, Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Stabilität und Transparenz sowie Rechts- und Planungssicherheit ableiten.

Die Realisierung dieser Ziele und Leitlinien verfehlt das geltende System der GKV in vielerlei Hinsicht. Es fehlt eine allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung, die verhindert, dass der Gesellschaft durch Trittbrettfahrerverhalten und/oder Unterschätzung des zukünftigen Krankheitsrisikos finanzielle Belas-

tungen entstehen. Die Segmentierung in zwei verschiedene Versicherungsmärkte beeinträchtigt den Wettbewerb, denn dieser erfolgt zwischen GKV und PKV unter ungleichen Rahmenbedingungen und nur oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Die Beitragsbemessung orientiert sich in der GKV am theoretisch wie inhaltlich äußerst unscharfen Solidarprinzip und weist eine Vielzahl verteilungspolitischer Verwerfungen auf. Das geltende System der GKV vermag keine Nachhaltigkeit und schon gar keine Stabilität zu gewährleisten.

Um diesen Mängeln zu begegnen existieren neben den beiden Optionen „Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen“ und „Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich“ eine Vielzahl von Reformalternativen. Diese können an unterschiedlichen Elementen und Strukturen des geltenden Beitragssystems ansetzen und auch aus zahlreichen Kombinationen dieser Elemente bestehen. Pflichtversichertenkreis, Bemessungsgrundlage, Beitragstarif, Mitversicherung von Familienangehörigen, Deckung der Ausgaben und Beteiligung des Arbeitgebers stellen diese grundsätzlichen Ansatzpunkte dar. In fiskalischer Hinsicht unterstellen – mehr oder weniger explizit – alle Reformvorschläge, dass die derzeitige Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV nicht nur auf konjunkturelle, sondern auch auf strukturelle Einflussfaktoren zurückgeht.

Einen pragmatischen Reformvorschlag bietet der Ansatz der kassenspezifischen Gesundheitspauschalen nach dem Vorschlag von Rürup und Wille. Trotz der Einschränkungen des Ansatzes im Vergleich zu einem Idealvorgehen wie im Vorschlag der Bertelsmannkommission (vgl. Breyer et al. 2004), vermag der Vorschlag eine Vielzahl der beschriebenen Mängel und Zielverfehlungen des derzeitigen Systems abzuschwächen oder sogar zu beseitigen. Er entwickelt in allokativer, distributiver und fiskalischer Sicht deutliche Verbesserungen zum gegenwärtigen System.

Die Anpassung des ursprünglichen Modells der Gesundheitspauschale nach Rürup und Wille auf die neuen Rahmenbedingungen des Jahres 2005 und die Einbeziehung des höheren Eigenanteils durch den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9% reduzieren das erforderliche Transfervolumen um etwa 2 Mrd. Euro. Folgt man der ursprünglichen Modellausgestaltung beträgt das erforderliche Transfervolumen 29 Mrd. Die Einbeziehung der Satzungsleistungen in den Ausgabenumfang, der in einen Belastungsausgleich eingeht, erhöht das Gesamtvolumen auf 31 Mrd. Euro. Durch die interne Finanzierung der Kinder innerhalb der Gesundheitspauschale für Erwachsene erhöhen sich die Pauschalen und damit auch allfällige Zahlungen im Rahmen des Belastungsausgleichs. Gleichzeitig werden die zusätzlichen Steuereinnahmen, die durch die Ausschüttung des Arbeitgeberanteils entstehen voll zur Gegenfinanzierung des Ausgleichsvolumens verwendbar. Die Deckungslücke, also die Mittel, die zur Umsetzung des Reformvorschlages zusätzlich benötigt werden sinken so auf 9 Mrd. Euro inkl. bzw. 7 Mrd.

Euro exklusive Satzungsleistungen. Wenngleich auch dieses Volumen nicht unerheblich ist, so ermöglicht die hier vorgestellte Variante doch den Erhalt von den meisten positiven Effekten des Rürup Wille Modells und bietet gleichzeitig eine politisch gangbarere, weil leichter finanzierbare Einstiegsvariante.

Anders als die Vorschläge zur Entwicklung einer Reform vermag die jüngste Novelle und der damit verbundene Gesundheitsfonds (GKV-WSG) keine der bestehenden Schwachstellen zu beseitigen oder auch nur abzumildern. Der allgemeine Beitragssatz dürfte selbst bei moderaten Annahmen bis zum Jahre 2008 bzw. 2009 noch um 1,0 bzw. 1,2 Prozentpunkte ansteigen. Der zentrale Gesundheitsfonds mit dem gesetzlich fixierten Beitragssatz könnte wegen des einheitlichen Beitragssatzes des Arbeitgebers – und der damit einhergehenden höheren Belastungen der Versicherten bei Kostendifferenzen zwischen den Krankenkassen – bei isolierter Betrachtung die Wettbewerbsintensität erhöhen. Einer Verwirklichung dieses Zieles setzt jedoch die Obergrenze des Zusatzbeitrages, der ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen nicht überschreiten darf, insofern enge Grenzen, als Versicherte mit niedrigem Einkommen nun nur geringe Anreize zu einem Kassenwechsel besitzen. Zur Reduktion der Gefahr einer Kostenspirale und aus Verwaltungsgründen dient die vorgesehene Freigrenze nur bedingt.

Lediglich die Einführung eines Freibetrags in angemessener Höhe vermag Effekte einer sich selbst verstärkenden Pauschalensteigerung zu dämpfen bzw. für den Großteil der Krankenkassen aufzuheben.

Mit Blick auf die Ergebnisse des Gesundheitsreform scheinen neben einer Parallelität von einkommensabhängigen Beiträgen und Pauschalen, Befürchtung einer Überforderung oder Mehrbelastung der Mitglieder bzw. Versicherten die konstituierenden Merkmale zu sein. Ein Drei-Säulenmodell mit konstitutiver Gesundheitspauschale bei gleichzeitiger Fixierung der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge auf unterschiedlichen Niveaus vermag einen Weg aufzuzeigen, der ohne die Etablierung einer Belastungsobergrenze, eines Freibetrages oder einer Freigrenze allfällige Mehrbelastungen gänzlich vermeidet. Darüber hinaus werden wesentliche Elemente, wie sie auch schon im Vorschlag nach Rürup und Wille eingebracht wurden, bzw. Verbesserungen des derzeitigen Systems aufrechterhalten wenn auch in teilweise abgeschwächter Form.

Der Vorschlag entkoppelt die direkten Lohnkosten von Beitragssatzsteigerungen bedingt durch z. B. Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis oder Ausgabensteigerungen. Durch die Beitragssatzfixierung werden die Bruttoarbeitskosten transparenter, derzeit übliche Arbeitskostenvariationen durch Kassenwechsel sind bei einem einheitlich fixierten Beitragssatz über alle Kassen ausgeschlossen.

Die Pauschale verlagert ausgabenseitige Belastungen des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts aus dem Beitragsgefüge heraus, sofern dieses mit Beitragssatzstabilität nicht vereinbar ist und erhöht gleichzeitig in ihrem Umfang die Generationengerechtigkeit. Über den Arbeitgeberanteil erfolgt nur geringfügig gemindert eine (Teil-) solidarische Mitfinanzierung des Faktors Arbeit an Kinderversicherung und Familienmitversicherung. Die Minderung nimmt mit sinkendem fixiertem Beitragssatz zu. Da die Pauschale die beitragsfreie Mitversicherung nur in (derzeit) geringem Umfang einschränkt, bleibt dieses Hauptmerkmal des Solidarprinzips weitgehend erhalten. Da die Pauschale für alle Erwachsenen erhoben wird, sinkt in deren Umfang die derzeit existierende Ungleichbehandlung von Ein- gegenüber Zweiverdienerhaushalten. Bei Fixierung des Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitragsatzes manifestieren sich alle derzeit existierenden Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen in Differenzen zwischen den kassenindividuellen Pauschalen. Dies verdoppelt für die Versicherten die Beitragsunterschiede zwischen den Krankenkassen und erhöht die Wettbewerbsintensität. Darüber hinaus führt der hier skizzierte Modellvorschlag zu einer Fixierung des Arbeitgeberbeitragsatzes und zu einer partiellen Entkoppelung des Arbeitnehmerbeitragsatzes von den Lohnkosten in Verbindung mit einem expliziten Einstieg in eine Gesundheitspauschale.

Allerdings fallen mit zunehmender Höhe des fixierten Beitragssatzes die Effekte aller Pro-Argumente in äußerst schwacher Intensität an. Lohnzusatzkosten als %-Wert des Bruttolohns sind weiterhin verkoppelt mit der Lohnhöhe. Sofern die Bemessungsgrundlage weiterhin weitgehend lohnzentriert ist, bleiben Verstöße gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip bedingt durch unterschiedliche Beitragspflicht der Einkunftsarten im Hauptfinanzierungsblock (Beitrag) erhalten.

Das Drei-Säulenmodell erlaubt neben der externen Finanzierung der Kinder die Einbeziehung weiterer Reformelemente wie eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkunftsarten wie z. B. Zinsen. Die Einführung eines Ehegattensplittings, unter Berücksichtigung der Pauschale des nicht erwerbstätigen Ehepartners. Eine eventuelle Einbeziehung der PKV in den Finanzkraftausgleich des Risikostrukturausgleichs.

8.2 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Reform der sozialen Pflegeversicherung

Die fünfte und jüngste Säule der Sozialversicherung, die soziale Pflegeversicherung (SPV), rückt derzeit wieder verstärkt in den Fokus kontroverser politischer Diskussionen. GKV und SPV decken nicht nur vergleichbare Risiken ab, sie nutzen auch weitgehend die gleiche Finanzierungsbasis und sehen sich dadurch mit ähnlichen Problemen konfrontiert.

Die mit Ausnahme des Jahres 2006 seit 1999 anfallenden und tendenziell zunehmenden Budgetdefizite der SPV gehen darauf zurück, dass das Wachstum der Finanzierungsbasis bzw. der beitragspflichtigen Einnahmen deutlich hinter dem Anstieg der Leistungsausgaben zurückblieb. Für die Budgetdefizite der SPV zeichnet somit weniger die mit 15,8% in 8 Jahren eher moderate Zunahme der Leistungsausgaben als die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen verantwortlich. Ähnlich wie in der GKV leidet auch die SPV weniger unter einer Ausgabenexplosion als einer Einnahmenimplosion. Das Verhältnis von Beitragszahlern zu Versicherten scheidet als Einflussgröße des Ausgabenwachstums aus wie die Relation Beitragszahler zu beitragsfrei Mitversicherten von denen vielmehr leicht dämpfende Effekte auf das Ausgabenwachstum bzw. das Budgetdefizit der SPV ausgingen.

Da die Leistungssätze der SPV je nach Pflegestufe, ambulanten oder stationären Leistungen, Geld- oder Sachleistungen differieren, hängt das Ausgabenwachstum der SPV auch von einer Veränderung dieser Relationen ab. Auf einen Trend von ambulanten zu stationären Leistungen deutet die Entwicklung für den Beobachtungszeitraum hin. Diese Verschiebung, die das Wachstum der Leistungsausgaben tendenziell erhöht, fand in der Pflegestufe III in erheblich stärkerem Maße als in Pflegestufe I statt.

Die Herausforderungen, mit denen sich die SPV künftig konfrontiert sieht setzen sich, aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Einflussfaktoren zusammen. Neben den Determinanten, die auf der Finanzierungsseite die beitragspflichtigen Einnahmen beeinflussen, gehören hierzu auf der Ausgabenseite vor allem die demographisch bedingte Veränderung der Versicherten- und Leistungsempfängerstruktur sowie die daraus resultierenden Ausgabenbedarfe.

Für die Ermittlung der Ausgabenbedarfe muss eine variable und fein spezifizierte Berechnungsgrundlage geschaffen werden. Es reicht nicht aus, nur geschlechtsspezifische und altersabhängige Leistungswahrscheinlichkeiten zu bestimmen. Es bedarf darüber hinaus noch einer Berücksichtigung der verschiedenen Leistungsarten jeweils getrennt nach Pflegestufen. Bis zur Altersklasse der 75 bis zu unter 80jährigen übersteigt das so spezifizierte Ausgabenprofil der Männer das entsprechende der Frauen. Die stationären Leistungen gewinnen stetig an Gewicht und nehmen ab der Altersklasse 85 den größten Anteil der Ausgaben ein. Bis zur Altersklasse der 70 bis unter 75jährigen erreicht das erwartete Ausgabenprofil lediglich ein Niveau unterhalb 400 Euro je Versicherten und Jahr.

Das Älterwerden der Bevölkerung und die immer geringer besetzten jungen Altersklassen bewirken die drohende demographische Belastung im Sinne eines Double-Aging. Nach Vorgabe der Variante 1-W1 der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung ist die Altersklasse der bis 85jährigen die am stärksten besetzte Gruppe. Zusammen mit den noch älteren Altersgruppen stellen sie

dann nach Maßgabe der Ausgabenprofile die ausgabenintensivsten Altersklassen der Pflegeversicherung. Für den Bereich der SPV wird die Hauptlast der demographischen Entwicklung erst nach 2030 ihre Wirkung entfalten.

Das bisherige Ausgabenwachstum der SPV geht ausschließlich auf Umfang und Struktur der Pflegefälle zurück, denn es erfolgte seit ihrer Einführung keine Dynamisierung der Leistungssätze. Zudem bestehen bei der Betreuung Demenzkranker sowie geistig behinderter und psychisch kranker Pflegebedürftiger erhebliche Versorgungslücken, deren notwendige Schließung künftig weitere Aufwendungen erfordert. Die unterbliebene Dynamisierung der Leistungssätze führt dazu, dass der Realwert der Leistungsausgaben, die den Pflegebedürftigen zufließen, im Zeitablauf kontinuierlich abnimmt. Bei diesem Leistungsverfall gilt es noch zu berücksichtigen, dass der Preisindex für Pflegeleistungen prinzipiell stärker ansteigt als die allgemeine Inflationsrate, was die Abnahme des Realwertes der Leistungssätze intensiviert bzw. beschleunigt und zudem mit einer Verletzung des Postulates der intergenerativen Gerechtigkeit einhergeht.

Bei einer Dynamisierung der Leistungssätze ab 2008 um 1,5% p. a. übersteigen die Gesamtausgaben der SPV schon im Jahr 2030 fast 38 Mrd. Euro. Bis zum Jahr 2050 wächst das Ausgabenvolumen auf etwa 68 Mrd. Euro an. Der ausgabendeckende Beitragssatz übersteigt schon im Jahr 2033 die 3% Marke. Bis zum Jahr 2050 werden fast 4,5% erreicht. Bei Einbeziehung und Dynamisierung der Zusatzleistungen für Demenzpatienten i. H. v. 1,2 Mrd. Euro im Jahr 2008 erhöht sich, unter sonst gleichen Bedingungen, der ausgabendeckende Beitragssatz auf 3,1% im Jahr 2030 und steigt bis zum Jahr 2050 auf 4,8%.

Die jüngst vorgelegten Eckpunkte zur Reform der Pflegeversicherung verfolgen in weiten Teilen richtige und notwendige Ansatzpunkte und entkräften teilweise Kritikpunkte an der derzeitigen SPV. Obwohl eine detaillierte Ausgestaltung derzeit noch nicht vorliegt ist die Berücksichtigung der Mehrleistungen für Demenzpatienten ebenso positiv zu bewerten wie die beabsichtigte Leistungsgewährung, auch ohne das Vorliegen eines Pflegebedarfs, im Ausmaß der die Gewährung einer Pflegestufe rechtfertigt oder die anvisierte Anpassung der Leistungssätze. Gleichwohl greifen die Reformpunkte bisweilen zu kurz. Die beabsichtigte Anhebung des Beitragssatzes vermag die SPV keineswegs langfristig zu stabilisieren, er suggeriert vielmehr über einen relativ kurzen Zeitraum fiskalische Ausgewogenheit. Wünschenswerte und notwendige Schritte zu einer nachhaltigen Finanzierung der SPV bleiben leider aus.

Die beabsichtigte Anpassung bzw. Erhöhung der Leistungssätze der SPV ist weitgehend moderat ebenso die anvisierte Fortschreibung ab 2015. Insgesamt unterscheidet sie sich kaum von einer Dynamisierung der derzeitigen Leistungssätze. Obwohl durch die Maßnahme der Realwertverfall der Leistungssätze gedämpft wird, so ist er in keinem Fall aufgehalten, dies gilt vor allem mit Blick auf die im Dienstleistungsbereich vorhandene Baumolsche Kostenkrankheit.

Die Meinungen über das anzustrebende Reformmodell in der SPV gehen trotz weitgehender Einigkeit über die zentralen Schwachstellen der SPV weit auseinander. Um in der SPV eine fiskalische Nachhaltigkeit, ein Abrücken von der Lohnbezogenheit der Beiträge und eine Eindämmung der impliziten Staatsschuld zu erreichen, bietet sich eine (Teil-)Kapitaldeckung an. Jede Kapitaldeckung innerhalb eines beliebigen Zweiges der sozialen Sicherung dient vor dem Hintergrund des demographischen Wandels der intergenerativen Gerechtigkeit und mindert die implizite Staatsschuld, die letztlich in der ursprünglichen Einführung des Umlageverfahrens wurzelt, wobei eine völlige Umstellung vom Umlageverfahren auf Kapitaldeckung die jeweilige Generation, d.h. die betroffenen Alterskohorten, zweifach belastet.

Zur leistungsmäßigen Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung biete sich auch in der SPV ein Drei-Säulen-Modell an. Säule 1 beinhaltet die derzeitige umlagefinanzierte SPV bei einem fixierten Beitragssatz von 1,7% auf die beitragspflichtigen Einnahmen. Nach der Abschaffung des Kinderberücksichtigungsgesetzes soll ein Kinderbonus von 5 Euro eine bessere Anerkennung der Erziehungsleistungen sicherstellen. Eine 2. Säule ergänzt diese erste Säule durch eine private kapitalgedeckte Pflegepflichtversicherung. Diese Säule finanziert die zusätzlichen Aufwendungen für eine Dynamisierung der Leistungssätze, die Leistungsverbesserungen für Demenzkranke, die Belastungen durch die bevorstehende demographische Veränderung und das eventuelle Defizit der ersten Säule in Form eines Pauschalbeitrages. Die Versicherten können zusätzlich eine freiwillige private kapitalgedeckte Pflegeversicherung zur Höher- bzw. Weiterversicherung von Pflegeleistungen auf freiwilliger Basis in Form einer dritten Säule wählen.

Die Finanzierung der verbesserten Leistungen der SPV erfolgt durch das Zusammenspiel der beiden ersten Säulen. Die Fixierung des Beitragssatzes bei 1,7% im umlagefinanzierten Teil der Säule 1 entkoppelt die Lohnnebenkosten dauerhaft von bestimmten Ausgabensteigerungen in der SPV. Die Beitragsgestaltung der zweiten Säule bleibt zunächst offen in der Ausgestaltung. Um einer Ungleichbehandlung der Einkunftsarten vorzubeugen, gebührt aber einer pauschalen Beitragsgestaltung der Vorzug.

Für die Ausgestaltung des Kapitaldeckungselementes bietet ein kohortenspezifisches Ansparen nach dem Vorbild der PKV für jede Neugründung einer Pflichtversicherung die wohl beste Variante. Die Erweiterung der bestehenden, umlagefinanzierten SPV um einen kapitalgedeckten Teil erfordert damit die Bildung eines kollektiven Kapitalstocks. Diese Form des Ansparens ermöglicht die Kalkulation einer einheitlichen Pauschale für alle Beitragszahler. Die einheitliche und altersunabhängige Pauschale subsumiert dann auch in der zweiten Säule eine Umverteilung von jung zu alt. Im Vergleich zur individuell kalkulierten

Pauschale zahlen junge Versicherte eine zu hohe Prämie, alte Versicherte eine zu geringe.

Das Gesamtvolumen des Kapitalstocks muss bis zu einem vorgesehenen Endzeitpunkt ein Ansparvolumen erreichen, das in der Summe über alle Versicherten dem eines individuell kalkulierten Kapitalstocks entspricht. Die Bildung der Rücklage erfolgt zusammen mit einer individuellen und verbrieften Anwartschaft nach Vorgabe der Anwartschaftsversicherung der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Da der Leistungsfall der Pflegeversicherung - von wenigen Ausnahmen abgesehen - erst in sehr hohen Altersklassen anfällt, kann diese individuell verbrieft Altersrückstellung bei relativ jungen Versicherten problemlos übertragen werden (beispielsweise beim Wechsel zu einer privaten Pflegepflichtversicherung). Die Möglichkeit einer Übertragbarkeit dieser Altersrückstellungen intensiviert zudem den Wettbewerb zwischen privaten und sozialer Pflegeversicherung(en).

Da steigende Lohn- bzw. Lohnnebenkosten den Faktor Arbeit belasten, leistet das Modell zumindest tendenziell auch einen Beitrag für mehr Beschäftigung. Die Ergänzung der Finanzierung durch Elemente der Kapitaldeckung ermöglicht die Demographieanfälligkeit abzubauen, die höheren Renditen auf Kapitalanlagen zu nutzen und die Finanzierung der SPV im Sinne einer Risikostreuung zu diversifizieren, Belastungen durch dynamisierte Leistungssätze oder demographische Veränderungen über die Zeit zu glätten sowie die im Umlageverfahren etablierte intergenerative Umverteilung zu reduzieren. Die Beitragsgestaltung der ersten Säule beinhaltet weiterhin die bekannten Solidarelemente, übernimmt aber auch die damit verbundenen negativen Effekte.

Literatur

- Adam, H. (2005), *Forschungskampagne 2005 Kostenvergleich einer Absicherung des Krankheitsrisikos der Beamten durch das System der Beihilfe gegenüber einer Einbeziehung in die gesetzliche Krankenversicherung - fiskalische Konsequenzen für den öffentlichen Haushalt in Niedersachsen, Hildesheim.*
- Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (1994), *Ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform Stufe 3, Göttingen.*
- Allianz Private Krankenversicherung: *Zukunft braucht Visionen. Modellvorstellung der Allianz Private Krankenversicherung für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland. München 2003.*
- Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGR) (2004), *Begriffsdefinitionen, Internet: www.statistik.Baden-württemberg.de/.*
- Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGR) (2004), *Internet: www.statistik.Baden-württemberg.de/.*
- Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGR) (2005), *Internet: Arbeitskreis VGR 2006, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder, Reihe 1 Band 5, Stand August 2006, Stuttgart.*
- Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGR) (2005), *Internet: www.statistik.Baden-württemberg.de/.*
- Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGR) (2006a), *Internet: www.statistik.Baden-württemberg.de/.*
- Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGR) (2006b), *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder, Reihe 1 Band 5, Stand August 2006, Stuttgart.*
- Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGR) (2007a), *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder Vorabversion, Reihe 1 Band 1, Stand August 2006, Stuttgart.*
- Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGR) (2007b), *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder Vorabversion, Reihe 1 Band 2, Stand August 2006, Stuttgart.*
- Arentz, O. et al. (2004), *Nachhaltigkeit durch Kapitaldeckung in der gesetzlichen Pflegeversicherung - eine Blaupause, in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften, Bd. 55, Heft 3, S. 223-245.*
- Augurzky, B. et al. (2004), *Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen, RWI: Materialien, Heft 8, Essen.*
- Bauer, T. und Riphahn, R. T. (2002), *Employment effects of payroll taxes - an empirical test for Germany. In: Applied Economics 34, S. 865-876.*
- Behrens, J. et al. (1996), *Die Hoffnung auf Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Behrens, Johann et al. (Hrsg.), Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland. Wettbewerb und Markt als Ordnungselemente im Gesundheitswesen auf dem Prüfstand des Systemvergleichs, Baden-Baden, S. 11-19.*

- Bericht der Kommission "Soziale Sicherheit" ("Herzog-Kommission") zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. Berlin, 29. September 2003.
- Beske, F. (2002a), Die Bedeutung des Verschiebebahnhofs und der versicherungsfremden Leistungen für die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Arzt und Krankenhaus*, 12/02, S. 1-4.
- Beske, F. (2002b), Berliner Konzept einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel.
- Beske, F., Drabinsik, Thomas und Michel, Claus (2002), Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel.
- Bickel, H. (1999), Epidemiologie der Demenzen, in: Förste, H., Bickel, H., Kurz, A. (Hrsg.): *Alzheimer Demenz. Grundlagen Klinik und Therapie*, Berlin.
- Bickel, H. (2001), Demenzen in höherem Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten in: *Zeitschrift für Genotologie & Geriatrie*, Band 34, Heft 2, S. 108-115.
- Bickel, H. (2002), Stand der Epidemiologie, in: Hallauer, J. F. und Kurz, A. (Hrsg.), *Weißbuch Demenz, Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland*, Stuttgart.
- BKK-Bundesverband (2005), Daten aus Gesundheitswesen und Sozialpolitik, CD-ROM, Essen.
- BKK-Bundesverband (2006), Daten aus Gesundheitswesen und Sozialpolitik, CD-ROM, Essen.
- BKK-Bundesverband (2007), Daten aus Gesundheitswesen und Sozialpolitik, CD-ROM, Essen.
- Boetius, J. u. Wiesmann, H.- O. (1998), Die Finanzierungsgrundlagen in der gesetzlichen Krankenversicherung - Zur Grenzziehung zwischen GKV und PKV -, Köln.
- Bork, C. (2003), Gutachten zur Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen, Wiesbaden, 13.06.2003.
- Bork, C. und Gasche, M. (2003), Ökonomische Wirkungen einer Finanzierungsreform im Gesundheitswesen. In: *Wirtschaftsdienst* 12/2003. S. 768-776.
- Bretz, M. (1986), Bevölkerungsvorausberechnungen: Statistische Grundlagen und Probleme, in: *Wirtschaft und Statistik*, 4/1986, S. 233-260.
- Breyer, F. (2002), Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge - eine Begriffserklärung, in: *Schmollers Jahrbuch* 122, Heft 4/2002, S. 605-616.
- Breyer, F., et al. (2001), Wirtschaftliche Aspekte der Märkte von Gesundheitsleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der europäischen Union, Endbericht, Berlin.
- Breyer, F. et al. (2004), Reform der sozialen Sicherung, Gutachten im Auftrag der Bertelsmann, der Heinz Nixdorf und der Ludwig-Erhard Stiftung e.V., Bonn, Gütersloh.
- Breyer, F. und Ulrich, V. (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, in: *Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik*, Bd. 220/1, S. 1-17.

- Breyer, F. und Felder, S. (2004), Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben im 21. Jahrhundert: Eine neue Berechnung unter Berücksichtigung der Sterbekosten. FEMM Working Paper Nr. 5/2004.
- Bundesagentur für Arbeit (2006); Statistik der BA, Detaillierte Informationen, Internet: <http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/detail/b.html>.
- Bundesanstalt für Arbeit (2003), Lassen sich Erwerbsquoten des Mikrozensus korrigieren? In: IAB Werkstattbericht, Diskussionsbeiträge des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, Ausgabe 12, Nürnberg.
- Bundesdruckerei (1999), STATIS, Die Zeitreihen des Statistischen Bundesamtes, CD-Rom, Version 1.2 (ohne Ortsangabe).
- Bundesministerium der Finanzen (2005), Zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates beim Bundesministerium der Finanzen, Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998), Statistisches Taschenbuch '98, Bonn
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1999), Statistisches Taschenbuch 1999, Bonn
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000), Statistisches Taschenbuch 2000, Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit (2000), Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (2001), Daten des Gesundheitswesens, Ausgaben 2001, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (2002), Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (2003), Mitgliederstatistik KM 6 nach Kassenart und Alter zum Stichtag 1. Juli, Stand 4. November 2003, Internet: <http://www.bmgs.bund.de/>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2005), Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006a), Kennzahlen und Faustformeln, Internet: <http://www.bmgs.bund.de/>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006b), Gesetzliche Krankenversicherung, Mitversicherte Angehörige und Krankenstand - Jahresdurchschnitte 1998-2005, Ergebnisse der GKV-Statistik KM1 10. November 2006.
- Bundesministerium für Gesundheit (2007a), Kennzahlen und Faustformeln, Stand 30. Nov 2006, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2007b), Ergebnisse der GKV-Statistik KM1, Stand: 2. Januar 2007. www.bmgesundheit.de
- Bundesministerium für Gesundheit (2007c), Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 19. Juni 2007, www.bmgesundheit.de.

- Bundesministerium für Gesundheit (2007d), Statistiken zur Pflegeversicherung, www.bmgesundheit.de.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), Bericht der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004), Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln -, Stand April 2004, Internet: <http://www.bmgs.bund.de/>.
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2005); Kennzahlen und Faustformeln GKV, Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung: <http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/datenbanken/stats/4608.php>.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2004), Jahreswirtschaftsbericht 2004, Berlin.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2004), Jahreswirtschaftsbericht 2004, Berlin.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2001), Rentenversicherungswerte in Zeitreihen, Internet: www.bfa.de.
- Cassel, D. (2003a), Kapitaldeckung und höhere Rentner-Beiträge zur ergänzenden Finanzierung demographischer Effekte in der GKV, in: Albring, Manfred und Wille, E. (Hrsg.), Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt et al., S. 209-234.
- Cassel, D. (2003b), Intergenerative Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Cassel, D., Müller, Herbert und Thieme, H. Jörg (Hrsg.), Stabilisierungsprobleme in der Marktwirtschaft, Prozesse und Strukturen, München, S. 235-261.
- Cassel, D. und Oberdieck, V. (2002), Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst 2002/1, S. 15-22.
- Daveri, F. (2003), Labour taxes and unemployment: a survey of the aggregate evidence. In: Fornero, E.; Castellino, O. (Hrsg.): Pension policy in an integrating Europe. Cheltenham, S. 67-84.
- Deutscher Bundestag (2002), Schlussbericht der Enquête-Kommission "Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik", Deutscher Bundestag - 14. Wahlperiode, Bundestagsdrucksache 14/8800 vom 28.3.2002
- Donges, J. B. et al. (Kronberger Kreis, 2005), Tragfähige Pflegeversicherung, Berlin.
- Epsen, I. et al. (2003), Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbands, Endbericht - 06. März 2003.
- Erbsland, M. und Wille, E. (1995), Bevölkerungsentwicklung und Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 4/1995, S. 661-686.
- Farhauer, O. und Borchardt, K. (2004), Bürgerversicherung - eine Reformalternative? Institut "Finanzen und Steuern" e.V., IFSt-Schrift Nr. 415, Bonn, im April 2004.

- Farhauer, O., Borchardt, K. und Stargardt, T. (2004), *Bürgerversicherung - Die Wirkung von Kopfprämien auf den Arbeitsmarkt*, Technische Universität Berlin, Diskussionspapier 2004/8, Berlin.
- Felder, S. (2003), *Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung über den Risikostrukturausgleich*, in *Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften*, Bd. 54, Heft 1, S. 60-72.
- Fitzenberger, B. und Franz, W. (2003), *Flexibilität der qualifikatorischen Lohnstruktur und Lastverteilung der Arbeitslosigkeit: Eine ökonometrische Analyse für Westdeutschland*. In: Gahlen, Bernhard; Hesse, Helmut; Ramser, Hans Jürgen (Hrsg.): *Verteilungsprobleme der Gegenwart*. Tübingen 1998. S. 47-79.
- Fritzsche, B. (2003/04), *Verteilungspolitische Aspekte einer Umstellung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung auf Pauschprämien in Verbindung mit Ausgleichszahlungen*, in: *RWI: Mitteilungen*, Vol. 54/55, S. 51-85.
- Galler, H. P. (1999), *Arbeitsmarkt und soziale Sicherungssysteme. Empirische Evidenz zu den Anreizwirkungen der sozialen Sicherung*. In: *Allgemeines Statistisches Archiv* 83, 1999, S. 63-87.
- Gaßner, M., Habermann, K. und Forster, Rudolf (2005), *Das CDU/CSU-Modell einer "Solidarischen Gesundheitsprämie"*, in: *Gesundheits-Politik-Management-Ökonomie*, Jg. 11, Nr. 1/2005, S. 1-14.
- Gawel, E. (1991), *Die Beamtenrechtliche Beihilfe als Risikovorsorgesystem im Krankheitsfall: Grundlagen einer systemvergleichenden gesundheitsökonomischen Analyse*, Bergisch Gladbach, Köln.
- Gerken, L. und Raddatz, G. (2003), *"Bürgerversicherung" und "Kopfpauschale"*. Im *Dickicht der Gesundheitsreform*, Stiftung Marktwirtschaft, Frankfurter Institut, *Argumente zu Marktwirtschaft und Politik*, Nr. 79, Berlin.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2003), *Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Stellungnahme der GVG*, Köln.
- Glaeske, G. et al. (2001), *Weichenstellungen für die Zukunft. Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. Vorgelegt zur Tagung der F.-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, "Mittel- und langfristige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens" am 5. Dezember 2001* in Berlin, Bonn.
- Göppfardt, D. und Henke, K.-D. (2006), *Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich - Was bleibt vom Ausgleichsverfahren?* Diskussionspapier der Fakultät VIII Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin, Stand 04. April 2006.
- Grabka, M. (2004), *Alternative Finanzierungsmodelle einer sozialen Krankenversicherung für Deutschland -Methodische Grundlagen und Exemplarische Durchführung einer Mikrosimulationsstudie*, Berlin.
- Gruber, J. (1994), *The Incidence of Mandated Maternity Benefits*. In: *American Economic Review* 84, S. 622-641.
- Gruber, J. und Krueger, A. B. (1991), *The Incidence of Mandated Employer-Provided Insurance: Lessons from Workers' Compensation Insurance*. In: Bradford, David (Hrsg.): *Tax Policy and the Economy*. Cambridge.

- Häcker, J., und Raffelhüschen, B. (2004b), Denn sie wussten was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, Bd. 73, S. 158-174.
- Henke, K-D., Grabka, M. und Borchardt, K. (2002), Kapitalbildung, auch im Gesundheitswesen? Auf dem Wege zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 10. Jg., Heft 3, S. 196-210
- Henke, K.-D. et al. (2004), Eine Systematisierung der Reformvorschläge zur Finanzierung der Krankenversorgung in Deutschland, in Journal of Public Health, Vol. 12, Nr. 1, S. 10-19.
- Igel, C. und Schaufler, T. (2006), Der neue Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter- Strategische Wettbewerbsoptionen der Krankenkassen nach der Gesundheitsreform 2006 - eine positive Analyse, in BzG 09-06, 24. August 2006.
- Initiative Mehr Gesundheit (2005), Das Stuttgarter Modell 2005 für ein bürgerfreundlicheres, freieres, leistungsfähigeres und nachhaltig gesichertes Gesundheits- und Pflegewesen, Stuttgart.
- Institut der deutschen Wirtschaft (1998), Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1998, Köln.
- Institut der deutschen Wirtschaft (1999), Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1999, Köln.
- Institut der deutschen Wirtschaft (2000), Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 2000, Köln.
- Institut der deutschen Wirtschaft (2001), Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 2001, Köln.
- Institut der deutschen Wirtschaft (2003), Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 2003, Köln.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (1997), Die Senkung der Sozialversicherungsbeiträge. IAB Werkstattbericht Nr. 7/1997
- International Monetary Fund (2003), World Economic Outlook. Growth and Institutions. Washington D. C., April 2003. Chapter IV: Unemployment and Labour Market Institutions: Why Reforms Pay Off. S. 129-150.
- Iten, R.; Banfi, S.; INFRAS Zürich (1998), Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. In: Mitteilungsblatt für Konjunkturfragen 3/1998.
- Jacobs, K. und Reschke, P. (1992), Freie Wahl der Krankenkasse. Konzeption und Konsequenzen eines geordneten Kassenwettbewerbs, Baden-Baden.
- Kaltenborn, B. et. al. (2003), Sozialabgaben und Beschäftigung. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 4/2003, S. 672-688.
- Kesselheim, H. (2003), Perspektiven für die Pflege, in: Gesundheit und Gesellschaft, 6. Jg., Ausgabe 11/03, S. 20-25.
- Knappe, E. (2000), Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt, europäische Integration, in: Die BKK 12/2000, S. 527-533.

- Knappe, E. und Arnold, R. (2002), Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit. Gutachten für die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V., München.
- Kohaut, S.; Schnabel, C. (2003), Verbreitung, Ausmaß und Determinanten der übertariflichen Entlohnung. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 4/2003, S. 661-671.
- Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (2003), Bericht der Kommission, Berlin.
- Kommission "Soziale Sicherheit" (2003), Bericht der Kommission zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin.
- Kötz, H.; Schäfer, H. -B. (1993), Economic Incentives to Accident Prevention: An Empirical Study on the German Sugar Industry. In: International Review on Law and Economics 13, 1993, S. 19-33.
- Kronberger Kreis (2002), Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen, Kronberger Kreis Studie Nr. 39, Berlin.
- Kukla, G. (2003), Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung - Politischer Kraftakt oder Reförmchen?, in: Die Krankenversicherung, 55. Jg., Oktober, S. 285-289.
- Lauterbach, K. W. et al. (2005), Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 10.Jg., Heft 4, S. 221-230.
- Layard, R.; Nickell, S. und Jackman, R. (1991), Unemployment. Macroeconomic Performance and the Labour Market. Oxford.
- Meyer, D. (2003), Marktwirtschaftliche Problemfelder in der stationären Pflege, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Bd. 26, Heft 4, S. 335-352.
- Neubauer, G. (2002), Koordinaten eines Systemwechsels, Ist die GKV durch Reform noch zu retten?, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr. 5, S. 3-6.
- Oberender, P. und Fleischmann, J. (2002), Gesundheitspolitik in der sozialen Marktwirtschaft. Analysen der Schwachstellen und Perspektiven einer Reform, Stuttgart.
- Oberender, P. und Zerth, J. (2003), Bayreuther Manifest. Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen, Bayreuth.
- Oberender, P. und Fleckenstein, J. (2004) Reform der Sozialen Pflegeversicherung in Deutschland - Entschärfung einer "Zeitbombe" Universität Bayreuth, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere 05-04, Mai 2004.
- OECD (1999-2003), OECD Health-Data 1999-2003, Paris.
- OECD (2006), OECD Revenue Statistics 1965-2005, Paris.
- Ottmad, A. (2003), Die Pflegeversicherung: Ein Pflegefall, Wege zu einer solidarischen und tragfähigen Absicherung des Pflegerisikos, München.
- Ottmad, A. (2004), Systemwechsel in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Notwendigkeit und Möglichkeit einer Umstellung auf Kapitaldeckung, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), 33. Jg., Heft 8, S. 495-500.

- Poensgen, A. (2003), Konsequent die Zukunft des Gesundheitswesens gestalten. Transparenz, Qualität und klare Verantwortlichkeit, The Boston Consulting Group GmbH.
- Postler, A. (2003), Modellrechnungen der Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen von demographischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt, Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen, Nr. 298, Duisburg.
- Reformkommission Soziale Marktwirtschaft (1999), Effiziente Krankenversicherung als Voraussetzung für ein hohes Leistungsniveau im Gesundheitswesen.
- Rodrig, S. und Wiesemann, H.-O. (2004), Der Einfluss des demographischen Wandels auf die Ausgaben in der Krankenversicherung. In: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 1/2004, S. 17-45.
- Rosendahl, B. (2003), Pflege auf dem Prüfstand, in: Gesundheit und Gesellschaft, 6. Jg., Ausgabe 9/03, S. 32-37.
- Rumm, U. (2002), Die private Krankenversicherung in der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Wie soll die künftige Versicherung gegen Krankheit gestaltet sein?, in: Pitschas, Rainer et al. (Hrsg.), Reformoptionen der GKV-Quo vadis Gesundheitswesen, Vorträge der 4. Speyerer Gesundheitstage vom 15. und 16. April 2002, Speyer, S. 67-92.
- Rürup, B. (2004), Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch pauschale Gesundheitsprämien, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Bd. 10, Heft 2, S. 31-36.
- Rürup, B. und Wille, E. (2004): Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, Gutachten, Darmstadt und Mannheim, 15. Juli 2004
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Sachstandsbericht 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, 1. Aufl., Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997/98), Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Sondergutachten 1997, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/20001, Ausführliche Zusammenfassung, Bonn.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Bonn.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002), Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Jahresgutachten 2002/2003, Stuttgart.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003), Staatsfinanzen konsolidieren - Steuersystem reformieren, Jahresgutachten 2003/2004, Berlin.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004), *Erfolge im Ausland - Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/2005*, Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2005), *Die Chance nutzen - Reformen mutig voranbringen, Jahresgutachten 2005/2006*, Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006), *Widerstreitende Interessen - Ungenutzte Chancen, Jahresgutachten 2006/2007*, Berlin.
- Sauerbrey, G. (2003), *Reform der Pflegeversicherung. Finanzielle Anreize können Kosten deutlich senken*, in: *Gesellschaftspolitische Kommentare*, Nr. 4, S. 15-17.
- Sauerbrey, G. (2004/2005), *Prävention vor Pflege. Reform der Pflegeversicherung nicht mehr aufschiebbar*, in: *Gesellschaftspolitische Kommentare*, Nr. 12/04+1/05, S. 37-40.
- Sauerland, D. (2002), *Gesundheitspolitik in Deutschland. Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven*, Gütersloh.
- Schawo, D. und Schneider, W. (2006), *Die Rechnung geht nicht auf*. In: *Gesundheit und Gesellschaft*, Ausgabe 9/06 Jahrgang 9, S. 14-15.
- Sehlen, S., Schröder, Wilhelm F. und Schiffhorst, Guido (2004), *Bürgerversicherung Gesundheit - Grünes Modell - Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten*, IGES-Papier Nr. 04-06, Berlin.
- Sell, S. (2005), *Ein Job-Riese in Fesseln*, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 8. Jg., Ausgabe 6/05, S. 37-43.
- Statistisches Bundesamt (1994), *Statistisches Jahrbuch 1994 für die Bundesrepublik und für das Ausland*, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (1995), *Statistisches Jahrbuch 1995 für die Bundesrepublik und für das Ausland*, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2000), *Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik und für das Ausland* CD-Rom, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2000a), *Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik und für das Ausland* CD-Rom, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2000b), *Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050, Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2001a), *Definition Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit, Internet*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2001b), *Definition Bruttolohn- und -gehaltssumme, Internet*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2001c), *Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1998, Fachserie 12 Reihe S.2*, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (2002), *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen*, Internet: www.destatis.de, ohne Ortsangabe.
- Statistisches Bundesamt (2004), *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen*, Internet: www.destatis.de/themen/d/thm_volksw.htm, ohne Ortsangabe.
- Statistisches Bundesamt (2005), *Fachserie 14 Reihe 6*, Stuttgart.

- Statistisches Bundesamt (2006a), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Internet: www.destatis.de, ohne Ortsangabe.
- Statistisches Bundesamt (2006b), Bevölkerung Deutschlands bis 2050 - 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006c), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Internet: www.destatis.de, ohne Ortsangabe.
- Ulrich, V. (2003), Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV, in: Albring, Manfred und Wille, E. (Hrsg.), Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt et al., S. 59-83.
- Union in Deutschland, UID (2004), Das Gesundheitsprämien-Modell der Union, UID Dokumentation, Nr. 37 vom 22. November 2004.
- Union in Deutschland, UID (2004), Das Gesundheitsprämien-Modell der Union, UID Dokumentation, Nr. 37 vom 22. November 2004.
- Wagner, Gert G. (2003), Pauschalprämien setzen das Konzept der Bürgerversicherung am besten um, in: ifo Schnelldienst, 56. Jg., 17/2003, S.3-6.
- Wasem, J. (1999), Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie, Neuss.
- Wille, E. (1986), Effizienz und Effektivität als Handlungskriterien im Gesundheitswesen, insbesondere im Krankenhaus, in: Wille, E. (Hrsg.), Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen, Frankfurt et al., S. 91-126.
- Wille, E. (1998), Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1 /2, S. 16-27.
- Wille, E. (1999a), Einführung: Die Sozialabgaben als wirtschaftspolitisches Problem, in: Wille E. (Hrsg.): Entwicklung und Perspektiven der Sozialversicherung, Baden-Baden, S. 7-20.
- Wille, E. (1999b), Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wille, E. (Hrsg.), Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden, S. 95-156.
- Wille, E. (2000), Das deutsche Gesundheitswesen unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten, in: Wille, E. und Albring, Manfred (Hrsg.), Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt et al., S. 349-387.
- Wille, E. (2001a), Basis und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Arbeitsbericht Nr. 199/Dezember 2001 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Wille, E. (2001b), Einige Anmerkungen zur Schwerpunkt- und Prioritätenbildung im Gesundheitswesen aus ökonomischer Sicht, in: Albring, Manfred und Wille, E. (Hrsg.), Qualitätsorientierte Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Behandlung, Frankfurt et al., S. 17-27.

- Wille, E. (2002), Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Gesundheit und Gesellschaft, Wissenschaft*, 2. Jg. Ausgabe 3 (Juli), S. 7-14.
- Wille, E. (2003), Anmerkungen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung "zur Modernisierung des Gesundheitswesens", in: *Wirtschaftsdienst*, 83. Jg., Heft 6 (Juni), S. 355-358.
- Wille, E. (2005), Die SPV: ein gesundheitspolitischer Pflegefall, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 10. Jg., Heft 4, S. 201-202.
- Wille, E. (2005), Optionen im Rahmen einer Finanzierungsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung - ein systematischer Überblick, in: Wille, E. und Albring, Manfred (Hrsg.), *Versorgungsstrukturen und Finanzierungsoptionen auf dem Prüfstand*, Frankfurt et al., S. 137-153.
- Wille, E. (2006), Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)" (BT-Drucksache 16/3100)
- Wille, E. und Igel, C. (2002) Zur Reform der Beitragsgestaltung, insbes. der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse. Gutachten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Mannheim.
- Wille, E. und Igel, C. (2005) Ein teilkapitalgedecktes Reformmodell einer nachhaltigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung, Gutachten im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg, Mannheim.
- Wille, E. und Igel, C. (2007a) Die Reform der Pflegeversicherung: Teilkapitaldeckung aus ökonomischer Sicht sinnvoll. In *DIE BKK*. 06/2007 S. 230-236.
- Wille, E. und Igel, C. (2007b) Nachhaltige Finanzierungskonzepte für die GKV in: Glaeske, G., Trittin, C. (2007). *Weichenstellung: Die GKV der Zukunft. Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 54. GEK-Edition. Asgard, S. 143-178. St. Augustin
- Wille, E. und Igel, C. (2007c) Finanzierbar und sozial nachhaltig: Wie sollte die soziale Pflegeversicherung reformiert werden? Teilkapitaldeckung als pragmatische Lösung Beitrag im *IFO Schnelldienst* 2007 Mai, S. 11-14.
- Wille, E. und Igel, C. (2007d) Die soziale Pflegeversicherung: ein Pflegefall? in: Albrecht, Peter et al. (Hrsg.) *Mannheimer Vorträge zur Versicherungswirtschaft Nr. 85: 31. Mannheimer Versicherungswirtschaftliche Jahrestagung „Die soziale Pflegeversicherung: Status quo und Reformoptionen.“*
- Wille, E. und Igel, C. (2007e) Stabilisierung sozialer Sicherungssysteme, insbesondere der Kranken- und Pflegeversicherung: in Hauff, Michael von, Hrsg., *Die Zukunftsfähigkeit der Sozialen Marktwirtschaft*, Marburg.
- Wille, E. et al. (1999), Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels bis zum Jahr 2040. Expertise für die Enquête-Kommission "Demographischer Wandel" des Deutschen Bundestages, in: Enquête-Kommission "Demographischer Wandel" *Deutscher Bundestag* (Hrsg.), *Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik*, Bd. III, Heidelberg, S. 631-755.

- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004), Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Gutachten, Bonn.
- Zok, K. (1999), Anforderungen an die Gesetzliche Krankenversicherung. Einschätzungen und Erwartungen aus Sicht der Versicherten, WIdO-Materialien 43, Bonn.
- Zok, K. (2003), Gestaltungsoptionen in der Gesundheitspolitik. Die Reformbereitschaft von Bürgern und Versicherten im Spiegel von Umfragen, Bonn.
- Zweifel, P. und Breuer, M. (2002), Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, Gutachten im Auftrag des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller, Zürich.

STAATLICHE ALLOKATIONSPOLITIK IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

- Band 1 Horst Siebert (Hrsg.): Umweltallokation im Raum. 1982.
- Band 2 Horst Siebert (Hrsg.): Global Environmental Resources. The Ozone Problem. 1982.
- Band 3 Hans-Joachim Schulz: Steuerwirkungen in einem dynamischen Unternehmensmodell. Ein Beitrag zur Dynamisierung der Steuerüberwälzungsanalyse. 1981.
- Band 4 Eberhard Wille (Hrsg.): Beiträge zur gesamtwirtschaftlichen Allokation. Allokationsprobleme im intermedialen Bereich zwischen öffentlichem und privatem Wirtschaftssektor. 1983.
- Band 5 Heinz König (Hrsg.): Ausbildung und Arbeitsmarkt. 1983.
- Band 6 Horst Siebert (Hrsg.): Reaktionen auf Energiepreiserhöhungen. 1982.
- Band 7 Eberhard Wille (Hrsg.): Konzeptionelle Probleme öffentlicher Planung. 1983.
- Band 8 Ingeborg Kiesewetter-Wrana: Exporterlösinstabilität. Kritische Analyse eines entwicklungs-politischen Problems. 1982.
- Band 9 Ferdinand Dudenhöfer: Mehrheitswahl-Entscheidungen über Umweltnutzungen. Eine Untersuchung von Gleichgewichtszuständen in einem mikroökonomischen Markt- und Abstimmungsmodell. 1983.
- Band 10 Horst Siebert (Hrsg.): Intertemporale Allokation. 1984.
- Band 11 Helmut Meder: Die intertemporale Allokation erschöpfbarer Naturressourcen bei fehlenden Zukunftsmärkten und institutionalisierten Marktsubstituten. 1984.
- Band 12 Ulrich Ring: Öffentliche Planungsziele und staatliche Budgets. Zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch nicht-staatliche Entscheidungseinheiten. 1985.
- Band 13 Ehrentraud Graw: Informationseffizienz von Terminkontraktmärkten für Währungen. Eine empirische Untersuchung. 1984.
- Band 14 Rüdiger Pethig (Ed.): Public Goods and Public Allocation Policy. 1985.
- Band 15 Eberhard Wille (Hrsg.): Öffentliche Planung auf Landesebene. Eine Analyse von Planungskonzepten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. 1986.
- Band 16 Heiga Gebauer: Regionale Umweltnutzungen in der Zeit. Eine intertemporale Zwei-Regionen-Analyse. 1985.
- Band 17 Christine Pfitzer: Integrierte Entwicklungsplanung als Allokationsinstrument auf Landesebene. Eine Analyse der öffentlichen Planung der Länder Hessen, Bayern und Niedersachsen. 1985.
- Band 18 Heinz König (Hrsg.): Kontrolltheoretische Ansätze in makroökonomischen Modellen. 1985.
- Band 19 Theo Kempf: Theorie und Empirie betrieblicher Ausbildungsplatzangebote. 1985.
- Band 20 Eberhard Wille (Hrsg.): Konkrete Probleme öffentlicher Planung. Grundlegende Aspekte der Zielbildung, Effizienz und Kontrolle. 1986.
- Band 21 Eberhard Wille (Hrsg.): Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen. Aspekte der Zielbildung und Outputmessung unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens. 1986.
- Band 22 Bernd Gutting: Der Einfluß der Besteuerung auf die Entwicklung der Wohnungs- und Baulandmärkte. Eine intertemporale Analyse der bundesdeutschen Steuergesetze. 1986.
- Band 23 Heiner Kuhl: Umweltressourcen als Gegenstand internationaler Verhandlungen. Eine theoretische Transaktionskostenanalyse. 1987.
- Band 24 Hubert Hombach: Besteuerung, Inflation und Kapitalallokation. Intersektorale und internationale Aspekte. 1987.

- Band 25 Peter Müller: Intertemporale Wirkungen der Staatsverschuldung. 1987.
- Band 26 Stefan Kronenberger: Die Investitionen im Rahmen der Staatsausgaben. 1988.
- Band 27 Armin-Detlef Rieß: Optimale Auslandsverschuldung bei potentiellen Schuldendienstproblemen. 1988.
- Band 28 Volker Ulrich: Preis- und Mengeneffekte im Gesundheitswesen. Eine Ausgabenanalyse von GKV-Behandlungsarten. 1988.
- Band 29 Hans-Michael Geiger: Informational Efficiency in Speculative Markets. A Theoretical Investigation. Edited by Ehrentraud Graw. 1989.
- Band 30 Karl Sputek: Zielgerichtete Ressourcenallokation. Ein Modellentwurf zur Effektivitätsanalyse praktischer Budgetplanung am Beispiel von Berlin (West). 1989.

ALLOKATION IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

- Band 31 Wolfgang Krader: Neuere Entwicklungen linearer latenter Kovarianzstrukturmodelle mit quantitativen und qualitativen Indikatorvariablen. Theorie und Anwendung auf ein mikroempirisches Modell des Preis-, Produktions- und Lageranpassungsverhaltens von deutschen und französischen Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes. 1991.
- Band 32 Manfred Erbsland: Die öffentlichen Personalausgaben. Eine empirische Analyse für die Bundesrepublik Deutschland. 1991.
- Band 33 Walter Ried: Information und Nutzen der medizinischen Diagnostik. 1992.
- Band 34 Anselm U. Römer: Was ist den Bürgern die Verminderung eines Risikos wert? Eine Anwendung des kontingenten Bewertungsansatzes auf das Giftmüllrisiko. 1993.
- Band 35 Eberhard Wille, Angelika Mehnert, Jan Philipp Rohweder: Zum gesellschaftlichen Nutzen pharmazeutischer Innovationen. 1994.
- Band 36 Peter Schmidt: Die Wahl des Rentenalters. Theoretische und empirische Analyse des Rentenzugangsverhaltens in West- und Ostdeutschland. 1995.
- Band 37 Michael Ohmer: Die Grundlagen der Einkommensteuer. Gerechtigkeit und Effizienz. 1997.
- Band 38 Evamaria Wagner: Risikomanagement rohstoffexportierender Entwicklungsländer. 1997.
- Band 39 Matthias Meier: Das Sparverhalten der privaten Haushalte und der demographische Wandel: Makroökonomische Auswirkungen. Eine Simulation verschiedener Reformen der Rentenversicherung. 1997.
- Band 40 Manfred Albring / Eberhard Wille (Hrsg.): Innovationen in der Arzneimitteltherapie. Definition, medizinische Umsetzung und Finanzierung. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 25.-27.10.1996. 1997.
- Band 41 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 7.-8.11.1997. 1998.
- Band 42 Manfred Albring / Eberhard Wille (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 5.-7.11.1998. 1999.
- Band 43 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen. 2000.
- Band 44 Manfred Albring / Eberhard Wille (Hrsg.): Qualitätsorientierte Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Behandlung. 2001.
- Band 45 Martin Pfaff / Dietmar Wassener / Astrid Sterzel / Thomas Neldner: Analyse potentieller Auswirkungen einer Ausweitung des Pharmaversandes in Deutschland. 2002.
- Band 46 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Konfliktfeld Arzneimittelversorgung. 2002.

- Band 47 Udo Schneider: Theorie und Empirie der Arzt-Patient-Beziehung. Zur Anwendung der Principal-Agent-Theorie auf die Gesundheitsnachfrage. 2002.
- Band 48 Manfred Albring / Eberhard Wille: Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen. 2003.
- Band 49 Uwe Jirjahn: X-Ineffizienz, Managementanreize und Produktmarktwettbewerb. 2004.
- Band 50 Stefan Resch: Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherung. 2004.
- Band 51 Paul Marschall: Lebensstilwandel in Ostdeutschland. Gesundheitsökonomische Implikationen. 2004.
- Band 52 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen durch neue Versorgungsstrukturen? 8. Bad Orber Gespräche. 6. - 8. November 2003. 2004.
- Band 53 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Versorgungsstrukturen und Finanzierungsoptionen auf dem Prüfstand. 9. Bad Orber Gespräche. 11.-13. November 2004. 2005.
- Band 54 Brit S. Schneider: Gesundheit und Bildung. Theorie und Empirie der Humankapitalinvestitionen. 2007.
- Band 55 Klaus Knabner / Eberhard Wille (Hrsg.): Qualität und Nutzen medizinischer Leistungen. 10. Bad Orber Gespräche, 10.-12. November 2005. 2007.
- Band 56 Holger Cischinsky: Lebenserwartung, Morbidität und Gesundheitsausgaben. 2007.
- Band 58 Christian Igel: Zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung. Entwicklung, Probleme und Reformmodelle. 2008.

www.peterlang.de

Dominik Wallau

Effizienzfördernde Reformen im Gesundheitswesen

Analytischer Vergleich der gesetzlichen Unfall- und Krankenversicherung

Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien, 2004.
XXIX, 400 S., zahlr. Abb. und Tab.

Studien zur Wirtschaftspolitik. Herausgegeben vom Forschungsinstitut für
Wirtschaftspolitik an der Universität Mainz e.V. Bd. 78
ISBN 978-3-631-52280-6 · br. € 68.50*

Beim Vergleich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der
Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) fällt auf, daß die Beitragssätze zur
Krankenversicherung in den letzten Jahren kontinuierlich anstiegen, während
die Beiträge zur Unfallversicherung im Durchschnitt fast konstant blieben.
Angesichts der teilweisen Übereinstimmung der Leistungsbereiche der beiden
Versicherungszeige stellt sich die Frage, ob es Merkmale in der GUV gibt,
deren Übertragung auf die GKV zur Erschließung von Effizienzvorteilen
und damit zur Verringerung der Lohnnebenkosten beitragen könnten.
Untersuchungsziel der Studie ist es, durch eine vergleichende Analyse der
Strukturen von GKV und GUV sowie unter Einbeziehung von Erkenntnissen
aus einzelnen Modellvorhaben effizienzfördernde Strukturelemente in der
GUV zu identifizieren und darauf aufbauend Handlungsempfehlungen für das
Gesundheitswesen abzuleiten.

Aus dem Inhalt: Leistungen und Strukturen der Gesetzlichen Kranken- und
Unfallversicherung · Zusammenhang zwischen den Beiträgen zur Kranken-
und Unfallversicherung sowie der Abgabenbelastung und der Lohnneben-
kosten · Effizienzanalyse zentraler Strukturelemente der Kranken- und
Unfallversicherung · Handlungsempfehlungen für Strukturreformen in der
Gesetzlichen Krankenversicherung



Frankfurt am Main · Berlin · Bern · Bruxelles · New York · Oxford · Wien
Auslieferung: Verlag Peter Lang AG
Moosstr. 1, CH-2542 Pieterlen
Telefax 0041 (0)32/3761727

*inklusive der in Deutschland gültigen Mehrwertsteuer
Preisänderungen vorbehalten

Homepage <http://www.peterlang.de>

