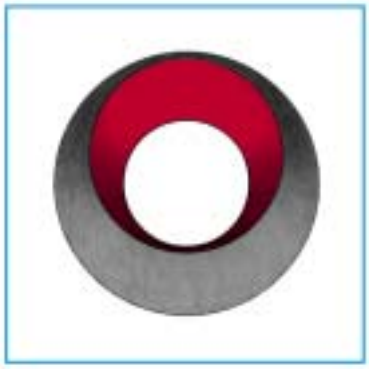
Friedrich-Ebert-Stiftung
Gesprächskreis Arbeit und Soziales



Bürgerversicherung versus Kopfpauschale

Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung

Dr. Klaus Jacobs, Dr. Bernhard Langer, Prof. Anita B. Pfaff, Prof. Dr. Martin Pfaff

FRIEDRICH EBERT STIFTUNG

Das Diskussionspapier wird von der Abteilung Arbeit und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von der Autorin und den Autoren in eigener wissenschaftlicher Verantwortung vorgenommen worden.

Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen

Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung

Abteilung Arbeit und Sozialpolitik

D-53170 Bonn

November 2003

Inhalt

Ursula Mehrländer, Peter König

Vorbemerkung.....5

Dr. Klaus Jacobs..... 7 bis 21

Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung

Dr. Bernhard Langer, Prof. Anita B. Pfaff, Prof. Dr. Martin Pfaff..... 23 bis 33

Kopfprämien zur Finanzierung der GKV?
Eine gesundheitspolitische Bewertung

Autorinnen- und Autorenverzeichnis.....34

Vorbemerkung

Die jetzt im Konsens gefundenen Eckpunkte für eine Reform des Gesundheitswesens in Deutschland reichen bis in das Jahr 2007 hinein. Für die Zeit danach werden mit sehr großer Wahrscheinlichkeit weitere Schritte unternommen, um das Gesundheitswesen mit den absehbaren Herausforderungen in Einklang zu bringen. In der Öffentlichkeit ist bereits eine Diskussion darüber entfacht, ob und wie die Finanzierungsgrundlagen in der Krankenversicherung in einer langfristigen Perspektive neu gestaltet werden sollten. Damit scheint sich der Satz zu bestätigen: „Nach der Reform ist vor der Reform."

In dieser Diskussion wird insbesondere darüber gestritten, ob die wegweisende Lösungsstrategie darin besteht, die Krankenversicherung auf eine sogenannte Bürgerversicherung oder auf eine sogenannte Kopfpauschale umzustellen. Beide Finanzierungsarten nehmen für sich in Anspruch, die Einnahmebasis der Krankenversicherung langfristig stabilisieren und damit auch Wirtschafts- und Beschäftigungswachstum sichern zu können. Sie nehmen auch für sich in Anspruch, sozial ausgewogen und damit gerecht zu sein.

Im Rahmen dieser Diskussion sind eine Reihe von Irritationen ausgelöst worden, denn es war vielfach nicht klar genug, was mit diesen Begriffen genau gemeint ist. Und selbst dann, wenn die Begriffe präzisiert wurden, redeten die Diskutanten dennoch oft aneinander vorbei. Denn für jede Finanzierungsart – ob nun Bürgerversicherung oder Kopfpauschale - sind jeweils voneinander abweichende Modelle entwickelt worden, die zu ganz verschiedenen Konsequenzen führen. Bürgerversicherung ist also nicht gleich Bürgerversicherung und Kopfpauschale ist nicht gleich Kopfpauschale.

Der Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung möchte einen Beitrag dazu leisten, beide Finanzierungsarten und ihre jeweiligen Modelle genauer zu beleuchten.

Deshalb haben wir zwei Gutachten in Auftrag gegeben, die sich mit dieser Frage beschäftigen sollen. Dr. Klaus Jacobs hat sich in seinem Gutachten mit der Bürgerversicherung auseinander gesetzt. Das Kopfpauschalensystem wurde gemeinsam von Professorin Dr. Anita Pfaff, Professor Dr. Martin Pfaff und Dr. Bernhard Langer analysiert. Beide Gutachten stellen wir gemeinsam in dieser Veröffentlichung vor. Wir möchten uns bei der Vertreterin und den Vertretern beider wissenschaftlichen Einrichtungen dafür bedanken, dass sie ihre Ausführungen innerhalb eines sehr kurzen Zeitraumes für uns erstellt haben.

Wir hoffen, dass diese Ausführungen dazu beitragen, ein besseres Verständnis für die Finanzierungsalternativen zu gewinnen. Den Lesern und den Leserinnen dieser Gutachten bleibt es aber nicht erspart, sich selbst eine Meinung darüber zu bilden, welcher Alternative der Vorzug zu geben wäre.

Dr. Ursula Mehrländer
Leiterin des Gesprächskreises
Arbeit und Soziales

Peter König
Referent für Sozialpolitik

Klaus Jacobs[1]

Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung

Gliederung

Zusammenfassung 7

1. Zur Notwendigkeit einer GKV-Finanzierungsreform 8

2. Reformvorschlag Bürgerversicherung 11
   - 2.1 Die Grundidee der Bürgerversicherung 11
   - 2.2 Ausgestaltungsvarianten der Bürgerversicherung 12

3. Missverständnisse in der öffentlichen Reformdiskussion.....18

Literatur 21

Zusammenfassung

1. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) leidet seit Jahren unter einer ausgeprägten Wachstumsschwäche der Finanzierungsgrundlagen, weil ein immer größerer Teil des Volkseinkommens in Einkommen fließt, die nicht der Beitragsbemessung für die solidarische Finanzierung unterliegen. Die Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen ist aber nicht nur kurzfristig erforderlich, um zu vermeiden, dass die Beitragssätze weiter unter Druck geraten und zu einer beschäftigungspolitisch unerwünschten Belastung der Arbeitskosten führen, sondern sie ist auch wesentliche Voraussetzung für die nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei sich verändernden demographischen Rahmenbedingungen.

2. Keine Finanzierungsreform – weder Bürgerversicherung noch Kopfprämien mit oder ohne Kapitaldeckung – kann notwendige Reformen der Steuerungsstrukturen ersetzen, die insbesondere über eine klare wettbewerbliche Orientierung der GKV zu einem Abbau der bestehenden Qualität- und Produktivitätsdefizite der Gesundheitsversorgung führen.

3. Die Grundidee der Bürgerversicherung liegt insbesondere darin, alle Bürger mit allen Einkommen in die solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung einzubeziehen und innerhalb eines einheitlichen Versicherungssystems einen lebhaften Wettbewerb aller Versicherer um bestmögliche Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Interesse der Versicherten zu ermöglichen. Damit

[1] Für wertvolle Anregungen und Kommentare danke ich meiner Kollegin Dipl.-Volkswirtin Sabine Schulze

werden die Finanzierungsgrundlagen nicht nur kurzfristig, sondern in längerfristiger Perspektive stabilisiert.

4. Zur konkreten Ausgestaltung der Bürgerversicherung sind unterschiedliche Varianten denkbar:
   - Insbesondere die hohe Akzeptanz des GKV-Solidarausgleichs spricht für den Erhalt des solidarischen Einkommensausgleichs in der Gesundheitsversorgung innerhalb des Krankenversicherungssystems durch einkommensproportionale Beiträge – allerdings auf der Grundlage aller Einkommensarten.
   - Für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehepartner kann ein eigenständiger Beitrag im Rahmen eines Splittingmodells für das gemeinsame Haushaltseinkommen erhoben werden.
   - Die Ankoppelung der Arbeitskosten an die Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge kann durch eine Begrenzung des Arbeitgeberbeitrags beseitigt werden, wodurch die Gefahr von weiteren Leistungsausschlüsse aus der solidarischen Finanzierung vermindert würde.
   - Elemente der Kapitaldeckung können auch in einer Bürgerversicherung eingeführt werden, doch sprechen mehr Argumente gegen eine eigenständige Kapiteldeckung in der Krankenversicherung.
5. Die öffentliche Reformdiskussion ist durch zahlreiche Missverständnisse geprägt, weil oftmals unterschiedliche „Paketlösungen" undifferenziert gegenübergestellt werden. In Wirklichkeit sind jedoch – weitgehend unabhängig voneinander – Einzelentscheidungen zu unterschiedlichen Reformdimensionen zu treffen.
6. Der Wettbewerb in der GKV ist schon heute deutlich lebhafter als in der privaten Krankenversicherung. Stabile Finanzierungsgrundlagen in einer zu einer Bürgerversicherung weiterentwickelten GKV bilden eine gute Voraussetzung, um die noch unausgeschöpften Potenziale des Vertragswettbewerbs zu erschließen.

1. Zur Notwendigkeit einer GKV-Finanzierungsreform

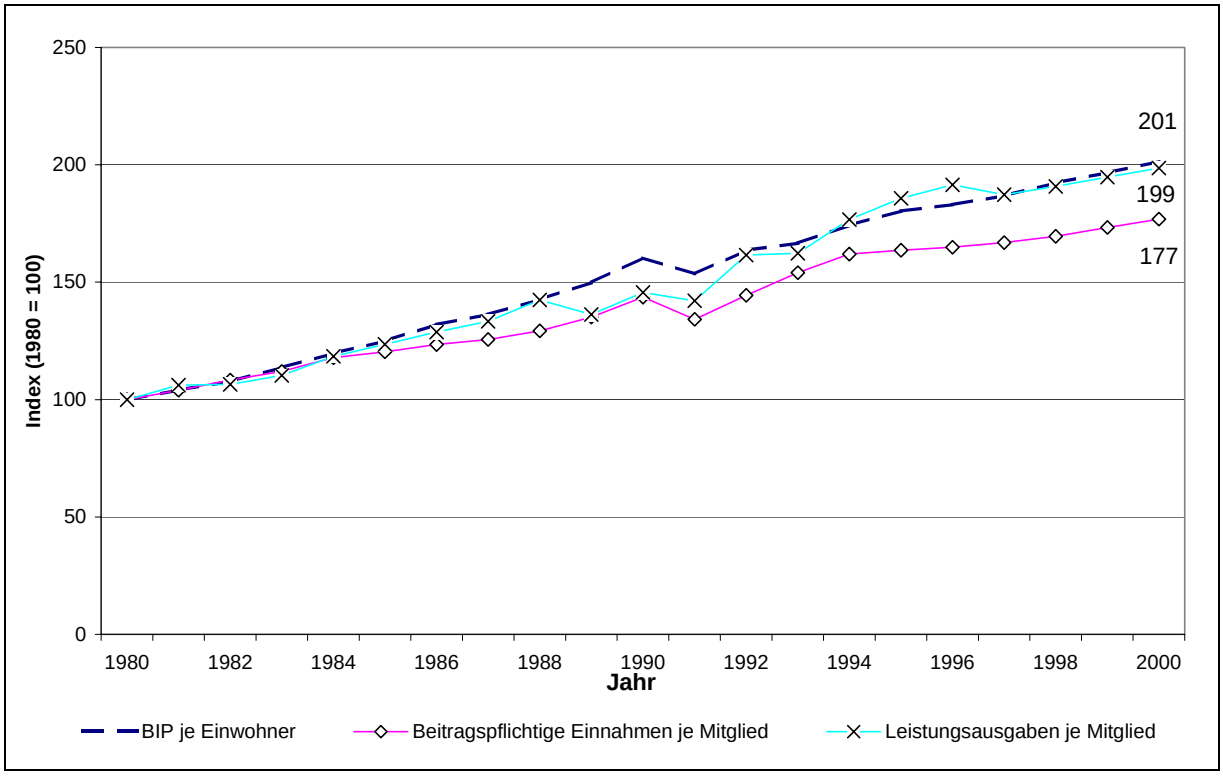
Lange Zeit wurde vielfach bestritten, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) überhaupt ein nennenswertes Einnahmenproblem habe. Steigende Beitragssätze wurden vielmehr fast ausschließlich einer vermeintlichen „Kostenexplosion" zugeschrieben, der die Politik mit einer fortgesetzten Politik der Kostendämpfung zu begegnen versuchte – im Wesentlichen in Gestalt von Einschränkungen des GKV-Leistungskatalogs sowie der Einführung bzw. Erhöhung von Selbstbeteiligungen der Patienten. Vorläufig letztes Glied in der langen Kette entsprechender Aktivitäten des Gesetzgebers ist das im Konsens von Regierungsparteien und Union verabschiedete GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)[2].

Die Kostendämpfungspolitik war insoweit durchaus erfolgreich, als es dadurch im Großen und Ganzen gelang, das Wachstum der GKV-Ausgaben weitgehend auf das Niveau der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts zu begrenzen. Dass die Beitragssätze der Krankenkassen gleichwohl fast kontinuierlich gestiegen sind, war in erster Linie die Folge einer zunehmend ausgeprägten Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder, die in ihrer Entwicklung deutlich hinter dem Bruttoinlandsprodukt zurückblieben (vgl. Abbildung 1). Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat das Ausmaß dieses Problems in seinem jüngsten Jahresgutachten auf den Punkt gebracht: „Die Finanzierungsbasis der GKV, die im Wesentlichen aus Arbeitseinkommen und Rentenzahlungen besteht, leidet seit Beginn der 80er Jahre an einer Wachstumsschwäche. (...) Die quantitative Bedeutung verdeutlicht eine fiktive Berechnung, die unterstellt, dass die beitragspflichtigen

[2] Das heißt natürlich nicht, dass das GMG – ebenso wie einige seiner Vorgängergesetze – vollständig einer „klassischen Kostendämpfungspolitik" zuzurechnen wäre. Gleichwohl wird es maßgeblich geprägt durch das erklärte Ziel einer deutlichen Senkung des Beitragssatzniveaus und hierauf ausgerichtete Maßnahmen.

Einnahmen je Mitglied in diesem Zeitraum mit der Steigerungsrate des Bruttoinlandsprodukts je Erwerbstätigen zugenommen hätten. Diese fiktive Berechnung weist für das Jahr 2000 um 16,7 Prozent höhere beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied

Abb. 1 Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts, der beitragspflichtigen Einnahmen und der Leistungsausgaben der GKV (1980 - 2000)



aus, was fiktiven Mehreinnahmen von 35,6 Mrd. DM entspricht. Mit Hilfe dieser fiktiven Mehreinnahmen ließen sich die gegebenen Ausgaben bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von knapp 11,6 Prozent decken. Dieser fiktive Beitragssatz weicht in seiner Größenordung unwesentlich von den tatsächlichen Beitragssätzen der Jahre 1980 bis 1984 ab“ (SVRKAiG 2003, Ziffer 169).

Gewiss ist es müßig zu spekulieren, ob die aktuellen Debatten über Reformen zur Begrenzung der Arbeitskostenbelastung durch Krankenversicherungsbeiträge überhaupt geführt würden, wenn die Politik dem Finanzierungsproblem der GKV rechtzeitig gebührende Aufmerksamkeit geschenkt und wirkungsvolle Gegenmaßnahmen ergriffen hätte. Warum dies nicht geschah – der Sachverständigenrat spricht von einer „mehr als stiefmütterlichen Behandlung der Einnahmenseite“ (SVRKAiG 2003, Ziffer 52) –, hat vor allem zwei Ursachen: Zum einen hat die Politik die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen selbst maßgeblich mitverursacht, indem sie Finanzprobleme der öffentlichen Haushalte und anderer Sozialversicherungen auf Kosten der GKV zu beheben suchte (sog. Politik der „Verschiebebahnhöfe“, z. B. durch die wiederholte Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Empfänger von Arbeitslosengeld bzw. -hilfe). Zum anderen bestand die verbreitete Einschätzung, dass „zunächst“ durchgreifende Strukturreformen auf der Leistungs- und Ausgabenseite erfolgen müssten, um der Gefahr zu begegnen, dem bestehenden Versorgungssystem durch Finanzierungsreformen lediglich „mehr Geld“ zuzuführen – einem System, das ohne Zweifel nach wie vor durch beträchtliche Steuerungsmängel und daraus resultierende Qualitäts- und Produktivitätsdefizite gekennzeichnet ist.

Inzwischen scheint die Reformdebatte ein gehöriges Stück „gekippt“ zu sein: Obwohl gerade erst unter großen pollitischen Anstrengungen das 2004 in Kraft tretende GMG verabschiedet worden ist, wird – nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer breiten Palette von Reformvorschlägen von Kommissionen sowie zahlreichen weiteren Beteiligten in Wissenschaft und Praxis – fast nur noch über Reformen der

GKV-Finanzierungsstrukturen gestritten. Ein zentraler Reformvorschlag in dieser Debatte – die Weiterentwicklung der GKV zu einer Bürgerversicherung – steht im Mittelpunkt dieses Beitrags.

Ehe im Folgenden auf Ausgestaltungsvarianten einer in Richtung Bürgerversicherung weiterentwickelten GKV sowie Argumente für und gegen diese Reformperspektive eingegangen wird, erscheint zunächst eine wichtige Anmerkung geboten: Genauso falsch wie die fast ausschließliche Konzentration der bisherigen Gesundheitspolitik auf Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung wäre es jetzt, das Augenmerk allein auf Reformen der Finanzierungsstrukturen zu legen. Dies umso mehr, als durchgreifende Strukturreformen der GKV auch nach dem GMG großenteils weiter ausstehen. Zu der in praktisch allen Kommissionsberichten und einschlägigen Gutachten geforderten konsequenten wettbewerblichen Orientierung der GKV – und zwar vor allem im Vertragsgeschäft zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern – ist es auch im Rahmen des GMG einmal mehr nicht gekommen[3]. Solange die GKV jedoch weiterhin durch ein „Steuerungswirrwarr" aus Plan- und Kollektivwirtschaft – überdies in der Regel mit strikt sektoralem Zuschnitt – und lediglich ein wenig Vertragswettbewerb gekennzeichnet ist, bleiben beträchtliche Qualitäts- und Produktivitätspotenziale in der Versorgung unerschlossen. Diese Reformaufgabe bleibt somit weiterhin bestehen; insbesondere kann sie durch keine Finanzierungsreform der Welt – gewissermaßen „nebenbei" – gelöst werden, weder durch die Einführung einer Bürgerversicherung noch eines Kopfprämienmodell – ob mit oder ohne Kapitaldeckung.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass Reformen der GKV-Finanzierungsstrukturen weiterhin auf die lange Bank geschoben werden sollten, denn die Wachstumsschwäche der GKV-Finanzierungsbasis hält unvermindert an. Dies wird u. a. auch daran erkennbar, dass die mit dem GMG beabsichtigten Beitragssatzreduktionen möglicherweise nicht im erhofften Umfang realisiert werden können, weil Kürzungen beim Weihnachts- und Urlaubsgeld vieler Arbeitnehmer, beitragsmindernde Entgeltumwandlungen im Rahmen der Riester-Rente, die teilweise Substitution „normaler" sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse durch beitragsschwächere Mini- und Midi-Jobs sowie demnächst möglicherweise abermals verminderte Beitragszahlungen für Langzeitarbeitslose („Hartz IV") und Nullrunden bei den Renten eher eine weitere Destabilisierung der Finanzierungsbasis der GKV mit entsprechendem automatischem Druck auf die Beitragssätze der Krankenkassen befürchten lassen.

Dazu kommen in mittel- und längerfristiger Sicht demographisch bedingte Finanzierungsprobleme der Gesundheitsversorgung, für die es ebenfalls möglichst frühzeitig wirksame Vorkehrungen zu treffen gilt.

2. Reformvorschlag Bürgerversicherung

2.1 Die Grundidee der Bürgerversicherung

Vor diesem Problemhintergrund setzen die Vorschläge zu einer Reform der GKV-Finanzierungsstrukturen an, die unter dem Begriff einer Bürgerversicherung subsumiert werden können. Eine zentrale Grundidee der Bürgerversicherung liegt insbesondere darin, die gesamte Bevölkerung an der solidarischen Finanzierung einer umfassenden, qualitativ hochwertigen und weitestgehend an den individuellen Präferenzen orientierten Gesundheitsversorgung zu beteiligen und dabei die ökonomische Leistungsfähigkeit der Bürger möglichst umfassend – also nicht nur auf der Grundlage von Erwerbs- und Ersatzeinkommen – zu berücksichtigen. Hierin wird zugleich eine wesentliche Grundlage dafür gesehen, die Finanzierung der Gesundheitsversorgung nachhaltig zu sichern.

[3] Stattdessen schreibt z. B. der Gesetzgeber den weiterhin kollektiven Vertragsparteien in der sektoralen vertragsärztlichen Versorgung ein neues Vergütungssystem einschließlich der Schritte zu dessen Implementierung vor – von einer eindeutigen Maxime „Vorfahrt für wettbewerbliche Freiräume auf einzelwirtschaftlicher Ebene" ist hier wenig zu erkennen.

Das derzeitige System der GKV weist hinsichtlich der solidarischen Finanzierung unübersehbare Schwachpunkte auf:

- Beitragspflichtig sind im Wesentlichen nur Einkommen aus abhängiger Erwerbstätigkeit und Erwerbsersatzeinkommen, während insbesondere Einkünfte aus Vermögen bzw. Vermietung und Verpachtung unberücksichtigt bleiben.
- Die Beitragspflicht endet an der naturgemäß stets willkürlich festgelegten Beitragsbemessungsgrenze, die eine regressive Wirkung auslöst: Einkommen oberhalb dieser Grenze bleiben unberücksichtigt, sodass Besserverdienende einen geringeren Anteil ihres Einkommens beisteuern.
- Die beitragsfreie Familienmitversicherung kann zu einer Benachteiligung von Zweiverdiener-Ehepaaren gegenüber Einverdiener-Paaren mit gleichem Gesamteinkommen führen.
- Die Existenz der Versicherungspflichtgrenze erlaubt es besserverdienenden Arbeitnehmern, nach individuellem Nutzenkalkül zu entscheiden, ob sie es für sich als vorteilhaft ansehen, in der Solidargemeinschaft GKV zu bleiben oder nicht: Sie haben die Möglichkeit, sich durch einen Wechsel zur privaten Krankenversicherung (PKV) jeglicher Beteiligung an der solidarischen Finanzierung zu entziehen.
- Für Beamte und Selbstständige besteht grundsätzlich keine verpflichtende Beteiligung an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung; Beamten ist die Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen Krankenkassen aufgrund des steuerfinanzierten Beihilfesystems faktisch sogar vollständig verwehrt.

Im Hinblick auf die Verwirklichung der Grundidee der Bürgerversicherung, alle Bürger an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit zu beteiligen, ist es vor diesem Hintergrund insbesondere erforderlich, den versicherten Personenkreis auszuweiten, indem zum einen mit der Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze die individuelle Entsolidarisierungsoption für besserverdienende Arbeitnehmer beseitigt wird sowie zum anderen auch Selbstständige und Beamte in die Versicherungspflicht einbezogen werden. Außerdem gilt es, alle Einkommen beim Einkommensausgleich zu berücksichtigen.

Die Einbeziehung aller Bürger in ein Versicherungssystem hat nichts mit dem Schreckgespenst einer „Einheitskasse“ zu tun. In der Schweiz käme niemand auf die Idee, von „Zwangskollektivierung“ oder dergleichen zu sprechen, nur weil keine wie auch immer abgegrenzte Bevölkerungsgruppe a priori über bestimmte Privilegien verfügt und sich alle Krankenversicherer nach denselben Spielregeln zu richten haben. Produktiver Wettbewerb im Interesse der Verbraucher ist – in jedem Wirtschaftszweig – überhaupt nur möglich, wenn es einheitliche Wettbewerbsbedingungen gibt (und ihre Einhaltung hinreichend gesichert wird). Dabei müssen die wettbewerblichen Rahmenbedingungen in der Krankenversicherung insbesondere so ausgestaltet sein, dass es sich für die Versicherer als vorteilhaft erweist, wenn sie den – durchaus unterschiedlichen – Präferenzen ihrer Versicherungskunden möglichst weitgehend entsprechen und wenn sie bei ihren Anstrengungen um eine qualitativ hochwertige und zugleich kosteneffektive Gesundheitsversorgung besonders erfolgreich sind. Damit dies erreicht wird, muss im Krankenversicherungsmarkt zudem speziell ausgeschlossen werden, dass sich (aktive oder passive) Risikoselektion für Versicherer lohnt – zumindest solange keine vollständig risikoäquivalente Beitragskalkulation erfolgt (wie sie in keinem der derzeit in Deutschland diskutierten Reformvorschläge vorgesehen ist).

Gleiche Spielregeln im gemeinsamen Krankenversicherungsmarkt schließen ein Nebeneinander unterschiedlicher Kalkulationskonzepte einzelner Versicherer aus. Kapitaldeckung und Umlagefinanzierung, einkommensabhängige und –unabhängige Beiträge, Beiträge mit und ohne Arbeitgeberbeteiligung können nicht nebeneinander zugelassen werden, ohne die für einen produktiven Wettbewerb notwendigen „fairen Wettbewerbsbedingungen“ zu verletzen. Deshalb müssen hierzu im Interesse des Wettbewerbs verbindliche Vorgaben getroffen werden. Die organisatorische Verfasstheit der Krankenversicherer ist dabei von nachrangiger Bedeutung: Vom Grundsatz her ist es unwichtig, ob ein Versicherer eine öffent-

lich-rechtliche Körperschaft ist, ein Verein auf Gegenseitigkeit oder ein Kapitalunternehmen. Auf dem Krankenhausmarkt konkurrieren auch öffentliche, freigemeinnützige und private Anbieter, allerdings – und darauf kommt es an – unter (weithin) gleichen Rahmenbedingungen. Ein Nebeneinander unterschiedlicher Versicherungssysteme mit unterschiedlichen Zugangsmodalitäten und Kalkulationsprinzipien ist dagegen mit der Grundidee der Bürgerversicherung nicht vereinbar (und zwar auch dann nicht, wenn alle Bürger – etwa über den Risikostrukturausgleich – an der solidarischen Finanzierung beteiligt wären). Es gibt auch keinerlei Erkenntnisse darüber – weder aus der ökonomischen Theorie noch aus praktischen Vorbildern in irgendwelchen Branchen bzw. Ländern –, worin die vermeintlich produktiven Segnungen eines sog. „Systemwettbewerbs" liegen sollten, die über die Vorteile eines „normalen" Wettbewerbs konkurrierender Anbieter unter einheitlichen Systembedingungen – Qualitäts- und Effizienzsteigerungen, Innovationsförderung, Präferenzorientierung – hinausreichen würden.

2.2 Ausgestaltungsvarianten der Bürgerversicherung

Damit ist die Grundidee der Bürgerversicherung beschrieben: Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung nach ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit und Ausgestaltung des Krankenversicherungsmarktes nach einheitlichen Bedingungen, um einen möglichst lebhaften und produktiven Wettbewerb unter den Versicherern zum Vorteil aller Versicherten zu ermöglichen. Zur Realisierung dieser Idee sind unterschiedliche Ausgestaltungsvarianten denkbar, die im Wesentlichen darauf ausgerichtet sind, Art und Ort des sozialen Ausgleichs zu bestimmen sowie verbindliche Vorgaben für die Art der Beitragsgestaltung der Krankenversicherungen festzulegen. Dabei gilt es zu beachten, dass Reformvorschläge – zumindest wenn sie den akademischen Raum verlassen sollen – von vornherein hinreichende Aussichten auf praktische Umsetzung benötigen. Reformen des deutschen Krankenversicherungssystems erfolgen nicht auf einer grünen Wiese oder – wie etwa zuletzt in Mittel- und Osteuropa – nach dem unwiderruflichen Zusammenbruch des bestehenden Systems, sondern sie bauen auf einem 120-jährigen System auf, das sich in der Bevölkerung nach wie vor großer Akzeptanz erfreut. Wer dies grundsätzlich in Frage stellen wollte, bräuchte schon sehr gute Argumente, um Mehrheiten davon zu überzeugen, dass das Neue deutlich mehr Chancen bietet, als die Preisgabe des Alten mit Risiken verbunden wird – „mindestens gleich gut" dürfte da jedenfalls kaum reichen.

Durchführung des Einkommensausgleichs

Der Hinweis auf die erforderliche Akzeptanz- bzw. Mehrheitsfähigkeit erscheint vor allem im Hinblick auf die Frage nach Art und Ort des Einkommensausgleichs bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung geboten, die in der aktuellen Debatte breiten Raum einnimmt. Dabei trifft zunächst grundsätzlich zu, dass der solidarische Einkommensausgleich aller Bürger bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung sowohl – wie heute in der GKV – innerhalb des Krankenversicherungssystems über einkommensabhängige Beiträge als auch – wie z. B. im Krankenversicherungssystem der Schweiz – über steuerfinanzierte Beitragszuschüsse für Einkommensschwache erfolgen kann. Insofern erweist sich die Gegenüberstellung der beiden Reformvorschläge der Rürup-Kommission – zumindest von den Bezeichnungen „Bürgerversicherung" bzw. „Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich" – her als Scheinalternative. Die Schweiz ist ein praktisches Beispiel für eine „Bürgerversicherung mit Kopfprämien und steuerfinanziertem Einkommensausgleich"[4]. Die Schweiz zeigt zugleich, dass die dortige Form des Einkommensausgleichs – bei aller Kritik – Akzeptanz in der Bevölkerung genießt, denn sonst wäre der Vorschlag, zu einem System mit einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeiträgen zu wechseln, nicht bei einer Volksbefragung im Mai 2003 mit deutlicher Mehrheit abgelehnt

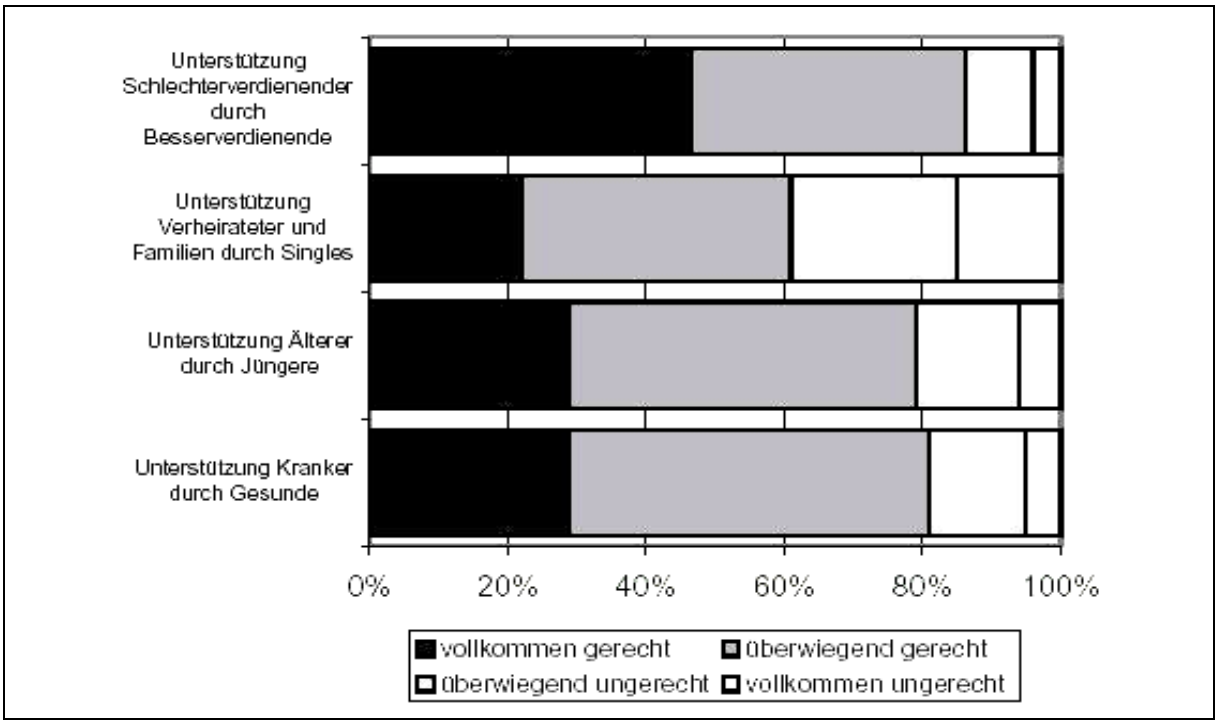
[4] Vgl. z. B. auch Wagner (2003), der diese Kombination als „Bürgerprämie" bezeichnet.

worden (vgl. Spycher 2003). Allerdings fehlt der Schweiz auch die grundsätzlich positive Erfahrung mit der jahrzehntelangen Stabilität des systemimmanenten Einkommensausgleichs.

So sehr es theoretisch auch einleuchten mag – wie insbesondere Befürworter von Kopfprämienmodellen betonen –, dass die Verteilungspolitik in einem integrierten System weitaus zielsicherer und gerechter erfolgen kann als in zwei unverbundenen Systemen mit unterschiedlichen Wirkungsmechanismen (vgl. Wille 2003: 218), so wenig sollte übersehen werden, dass das Grundprinzip der solidarischen Finanzierung („Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit") neben dem Bedarfsprinzip („Versorgungsleistungen nach dem medizinischen Bedarf") konstitutives Gestaltungsmerkmal der GKV ist und in der Bevölkerung ausgesprochen hohe Wertschätzung genießt. Ohne die entsprechenden Ergebnisse repräsentativer Umfragen überinterpretieren zu wollen (vgl. Abb. 2 als ein Beispiel von vielen), so dürfte die hohe Akzeptanz des GKV-Solidarprinzips – mit dem Einkommensausgleich sogar an erster Stelle – vor dem Hintergrund der alles andere als widerspruchsfreien Ausgestaltung des Solidarprinzips in erster Linie mit der Existenz und Verlässlichkeit des systemimmanenten Ausgleichs zu tun haben.

Eine auch nur annähernd vergleichbare Akzeptanz hinsichtlich seiner „gefühlten Stabilität" wird das Steuersystem kaum für sich reklamieren können – schon gar nicht aktuell. Die soeben beschlossene Erhöhung der Tabaksteuer zur ordnungspolitisch gebotenen Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher „Auftragsleistungen" der GKV dürfte entsprechende Vertrauensdefizite auch kaum behoben haben. Bemerkenswert ist in diesem Kontext auch, dass etwa die (mehrheitlich aus Politikern bestehende) Herzog-Kommission hinsichtlich des von ihr propagierten kollektiven Kapitalstocks „dringend empfiehlt", diesen so auszugestalten, „dass die angesparten Mittel einem zweckwidrigen staatlichen Zugriff zuverlässig und auf Dauer entzogen bleiben". Dagegen scheint dieselbe Kommission gleichzeitig keinerlei Bedenken zu haben, den in ihrem Kopfprämienmodell erforderlichen sozialen Ausgleich von geschätzten 27,3 Mrd. € pro Jahr dem Steuersystem zu überantworten und damit der ständigen Gefahr „zweckwidriger staatlicher Zugriffe" auszusetzen.

Abb. 2 Von Versicherten wahrgenommene Gerechtigkeit der einzelnen Umverteilungsfunktionen des Solidarprinzips der GKV



Quelle: Marstedt 2002: 120.

Vor diesem Hintergrund spricht vieles dafür, den Einkommensausgleich zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung als integralen Bestandteil im Krankenversicherungssystem zu belassen – zumal sich

durch gezielte Anpassung an den Stellschrauben Beitragsbemessungsgrundlage, Beitragsbemessungsgrenze, Familienmitversicherung und Arbeitgeberbeitrag im Ergebnis weithin ähnliche Verteilungsresultate erzielen lassen wie bei einem Modell der Bürgerversicherung mit Kopfprämien und steuerfinanziertem Einkommensausgleich.

Beitragsbemessungsgrundlage und -grenze

Ein Kernelement der Bürgerversicherung ist die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkunftsarten. Bereits unter Status-quo-Bedingungen in Bezug auf den GKV-versicherten Personenkreis und die Beitragsbemessungsgrenze wird der kurzfristig realisierbare Entlastungseffekt beim mittleren GKV-Beitragssatz auf 0,5 Prozentpunkte geschätzt (Rürup-Kommission 2003: 159). Mindestens ebenso wichtig sind jedoch weitere Wirkungen: Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten bedeutet die grundsätzliche Abkehr von der rein lohn- (und lohnersatz-)bezogenen Beitragsbemessung und führt – selbst bei unveränderter Ausgestaltung des Arbeitgeberbeitrags – zu einer unmittelbaren Entlastung der Arbeitskosten. Zudem wird die intergenerative Umverteilung vermindert, weil ältere Menschen überproportional über erhöhte Zinseinkommen und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung verfügen (vgl. Wille/Igel 2002: 111).

Der Einwand, eine derartige Reformmaßnahme würde eine gigantische zusätzliche Verwaltungsbürokratie („Krankenkassen als zweite Finanzämter") erfordern, hat erkennbar „Totschlagcharakter". Selbstverständlich müsste ein Weg gefunden werden, den erforderlichen Verwaltungsaufwand möglichst gering zu halten. Dass die Finanzämter dabei eine größere Rolle spielen dürften, liegt auf der Hand. In diesem Zusammenhang sollte auch der Vorschlag geprüft werden, die Beitragsberechnung gleich komplett bei den Finanzämtern durchführen zu lassen, was dort natürlich mit einem entsprechenden Mehraufwand verbunden wäre, aber zugleich – in noch größerem Umfang – die Verwaltungskosten von Krankenkassen und Arbeitgebern senken könnte[5].

Ein weiterer Einwand gegen eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage durch den Einbezug weiterer Einkommensarten richtet sich darauf, dass damit Zins- und Mieteinkünfte vieler Besserverdienenden überhaupt nicht belastet würden, weil deren Arbeitseinkünfte bereits die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten. Demgegenüber würden die Sparzinsen von Kleinverdienern vollständig berücksichtigt. Dazu zwei Anmerkungen: Zum einen ist denkbar – und wird auch im Bericht der Rürup-Kommission (2003: 157) entsprechend vorgeschlagen –, einen Freibetrag für Einkünfte aus Kapitalvermögen vorzusehen, wie er im Steuerrecht existiert. Zum anderen ist zu beachten, dass die kritisierte regressive Verteilungswirkung keine Folge einer Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage ist, sondern aus der Existenz der Beitragsbemessungsgrenze resultiert: So werden etwa auch Lohnsteigerungen bei Beziehern von Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze vollständig von der Beitragspflicht erfasst, bei Beziehern von Einkommen jenseits dieser Grenze dagegen überhaupt nicht.

Unter anderem aus diesem Grund wird im Bericht der Rürup-Kommission die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung (2003: 5.100 €) vorgeschlagen. Nach den Berechnungen der Kommission würde dies zusammen mit der Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage – bei zunächst unverändertem Personenkreis der GKV-Versicherten – zu einer weiteren Entlastung des mittleren GKV-Beitragssatzes von 0,8 Prozentpunkten führen (Rürup-Kommission 2003: 159).

Allerdings ist die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nicht unumstritten. Weil es in der Bürgerversicherung keine Versicherungspflichtgrenze gibt, wäre die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze jedoch nicht – wie heute in der GKV – mit der Gefahr verbunden, dass sich Besserverdienende in größerem Umfang aus der Solidargemeinschaft verabschieden könnten. Es bliebe also lediglich abzu-

[5] So etwa Winkelhake und John (2003: 191), die zudem darauf verweisen, dass die Ermittlung und ggf. Einziehung der Krankenversicherungsbeiträge durch die Finanzämter keineswegs zwangsläufig mit einem Übergang zur Steuerfinanzierung gleichzusetzen wäre.

wägen – und zwar sowohl in verteilungs- als auch in beschäftigungspolitischer Sicht –, ob die mit einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze verbundene Senkung der Gesamt- und Grenzbelastung unterer und mittlerer Einkommensgruppen die entsprechende Mehrbelastung höherer Einkommensgruppen rechtfertigt. Wenn es zutrifft, dass sich die bestehenden Belastungswirkungen vor allem im Niedriglohnbereich negativ auf Arbeitsangebots- bzw. –nachfrageentscheidungen auswirken, scheinen beschäftigungspolitische Überlegungen eher für eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zu sprechen, während aus einer rein verteilungspolitischen Sicht sogar schon die Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze in Frage gestellt werden kann.

Familienmitversicherung

Für eine Modifikation der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen gegenüber dem Status quo der GKV spricht vor allem, dass die derzeitige Beitragsbemessung Zweiverdiener-Ehepaare bei gleichem oder sogar niedrigerem Einkommen im Grenzfall doppelt so hoch belastet wie ein Einverdiener-Paar. Durch ein Splitting des gemeinsamen Einkommens mit anschließender Beitragspflicht für beide Entgeltteile oder – alternativ, ggf. auch als Wahloption für betroffene Ehepaare – die Zahlung eines Mindestbeitrags von bislang beitragsfrei mitversicherten Ehepartnern, die keine Kinder erziehen oder Pflegeleistungen für Angehörige erbringen, würden jedoch nicht nur positive Verteilungswirkungen ausgelöst, sondern es könnten auch spürbare Entlastungswirkungen beim durchschnittlichen GKV-Beitragssatz erzielt werden, die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002, Ziffer 514) in einer Größenordnung von etwa 0,7 bis 0,9 Beitragssatzpunkte beziffert werden. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich in seinem letzten Gutachten explizit für eine solche Reform ausgesprochen (vgl. SVRKAiG, Ziffer 204). Auch die Herzog-Kommission (2003: Ziffer 21) schlägt vor – während der Übergangsphase bis zu der mittelfristig vorgeschlagenen Einführung von einkommensunabhängigen Kopfprämien –, dass bei der Beitragsbemessung von Mitversicherten ein Ehegattensplitting angewendet wird, sofern keine Zeiten der Kindererziehung oder die Pflege von Angehörigen nachgewiesen werden können.

Arbeitgeberbeitrag

Besonders kontrovers wird die Zukunft des Arbeitgeberbeitrags diskutiert. Weil das Bürgerversicherungsmodell der Rürup-Kommission am Grundsatz der paritätischen Finanzierung bei Beitragszahlungen auf Einkommen aus abhängiger Erwerbsarbeit festhält, ist vielfach die grundsätzliche Idee einer Bürgerversicherung in die pauschale Kritik derjenigen geraten, die in der Abkoppelung der Arbeitskosten von den Krankenversicherungsbeiträgen einen zentralen Schlüssel zur Lösung der Arbeitsmarktprobleme sehen. Diese Kritik ist jedoch insoweit unbegründet, als eine steuerfreie Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge sowie eine Fixierung des Arbeitgeberanteils im bestehenden System der GKV – und entspechend in einer nach deren Grundprinzipien ausgestalteten Bürgerversicherung – den gleichen Effekt hätten wie die Abkoppelung der Finanzierung der GKV von den Lohnnebenkosten in einem Kopfprämienmodell (vgl. Wille 2003: 218). Das heißt: Wer die direkte Ankoppelung der Arbeitskosten an die Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge beseitigen will, kann dieses Ziel auch im Rahmen einer Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen realisieren und ist keineswegs zwangsläufig auf den Umstieg zu einem Kopfprämienmodell angewiesen.

Abgesehen von den beschäftigungspolitischen Zielen, die mit einer Abkoppelung der Arbeitskosten von der Beitragsentwicklung der Krankenversicherung verbunden werden, sprechen durchaus weitere Gründe für einen solchen Schritt: So verlören die Arbeitgeber das Interesse, die Kassenwahlentscheidung ihrer Beschäftigten unter ausschließlichen Kostenerwägungen zu beeinflussen, was für einen produktiven Kassenwettbewerb um möglichst attraktive Preis-/Leistungsangebote der Gesundheitsversorgung eine ausgesprochen wichtige Voraussetzung wäre. Außerdem besteht die Gefahr – wie die

jüngsten Erfahrungen mit dem GMG eindrücklich gezeigt haben –, dass das Festhalten an der paritätischen Finanzierung zu weiteren Leistungsausschlüssen bzw. Zuzahlungserhöhungen führen könnte, um so einen weiteren Anstieg der Lohnnebenkosten zu verhindern. Wie das Beispiel der Ausgliederung des Zahnersatzes sowie die Einführung der Praxisgebühr zeigt, ist damit jedoch eine unmittelbare Gefährdung des Prinzips der solidarischen Finanzierung verbunden – aus Versichertensicht zweifellos ein deutlich „höheres Gut" als der Grundsatz der paritätischen Finanzierung, der faktisch ohnehin nur noch auf dem Papier besteht. Im Prinzip können die ab 2004 erhobene Praxisgebühr sowie die ab 2005 zu zahlende Pauschalprämie für Zahnersatz als „kleine Kopfprämien" angesehen werden – allerdings ohne eine zuvor erfolgte Auszahlung des entsprechenden Arbeitgeberbeitrags und ohne sozialen Ausgleich.

Für die Beibehaltung des Arbeitgeberbeitrags wird demgegenüber vor allem angeführt, dass das Interesse der Arbeitgeber an einer gemäßigten Beitragssatzentwicklung der GKV unverzichtbar sei, um die Leistungsausgaben nicht über Gebühr wachsen zu lassen. Diese Sicht verkennt jedoch, dass die Versicherten gar nicht in erster Linie an möglichst niedrigen Beitragssätzen interessiert sind, sondern an einem umfassenden und qualitativ hochwertigen Versicherungsschutz, für deren solidarische Finanzierung sie im Zweifel durchaus auch einen höheren Beitrag zu leisten bereit wären. Auch ein zweites Argument für die Beibehaltung des Arbeitgeberbeitrags – die Erhaltung von Anreizen zur Schaffung gesundheitsgerechter Arbeitsplätze – erscheint wenig überzeugend, weil ein fühlbarer Zusammenhang zwischen den möglichen Folgekosten gesundheitsbelastender Arbeitsbedingungen eines bestimmten Betriebs und den Beitragssätzen der u. U. zahlreichen und womöglich bundesweit tätigen Krankenkassen seiner Beschäftigten nicht ernsthaft behauptet werden kann. In diesem Punkt scheint der Vorschlag der Herzog-Kommission (2003, Ziffer 24) deutlich zielführender zu sein, die Zuständigkeit für die Absicherung des Krankengeldes allein den Arbeitgebern zu übertragen.

Kapitaldeckung

Angesichts der demographischen Entwicklung halten es viele Experten für unverzichtbar, Elemente der Kapitaldeckung auch innerhalb der Krankenversicherung einzuführen. Dadurch werde nicht zuletzt auch ein Beitrag zur Erhöhung der Generationengerechtigkeit geleistet. Auch in einem Modell der Bürgerversicherung lassen sich grundsätzlich Elemente der Kapitaldeckung einbauen, und zwar unabhängig davon, ob der Einkommensausgleich innerhalb des Krankenversicherungssystems über einkommensabhängige Beiträge erfolgt oder aber über steuerfinanzierte Zuschüsse zu pauschalen Kopfprämien. Dies zeigt z. B. der Vorschlag der Herzog-Kommission , die für die von ihr vorgeschlagene „Übergangsphase" – in der weiterhin einkommensabhängige Beiträge erhoben werden – den Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks vorschlägt[6], während beim anschließend eingeführten Prämienmodell individuelle Altersrückstellungen gebildet werden sollen.

Es gibt allerdings eine Reihe guter Gründe, die gegen die Einführung von Elementen der Kapitaldeckung in einer zur Bürgerversicherung weiterentwickelten GKV sprechen[7]. Dabei ist zunächst darauf hinzuweisen, dass das Ausmaß der Folgen des isolierten demographischen Wandels für die Krankenversicherung häufig deutlich überschätzt wird. Den entscheidenden Beitrag zu manchen dramatisch anmutenden Beitragssatzprojektionen, die einen Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes von teilweise weit über 30 Prozent beinhalten, liefert nicht die Alterung der Bevölkerung also solche, sondern die Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts[8], die jedoch grundsätzlich nicht prognostizierbar ist und deren „Beherrschung" vor allem geeignete Steuerungsmaßnahmen erfordert, für die

---

6 Vgl zum entsprechenden „Konzept einer solidarischen Alterungsreserve" Cassel 2003.

7 Vgl. ausführlich zum Stellenwert von Kapitaldeckung in der Krankenversicherung den Kasten 4.3 im Bericht der Rürup-Kommission (2003: 168) sowie Wagner (2003). Zu einer negativen Einschätzung der Zweckmäßigkeit von Kapitaldeckung in der Krankenversicherung gelangt auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG 2003, Ziffer 183).

8 Vgl. z. B. Postler (2003).

Kapitaldeckung keinen Ersatz bietet[9]. Die isolierten Beitragssatzwirkungen des demographischen Wandels bewegen sich dagegen in einer Größenordnung, die bereits durch die geschätzten Entlastungseffekte des Bürgerversicherungsmodells der Rürup-Kommission einschließlich der Einführung eines Ehegattensplittings erreicht würden. Wenn verstärkte Kapitalbildung vor allem in der demographisch sehr viel anfälligeren Rentenversicherung erfolgt, kommt dies im Konzept der Bürgerversicherung aber auch der Finanzierung der Gesundheitsversorgung zugute, weil die künftig vermehrt kapitalgedeckten Alterseinkünfte Grundlage von Beitragszahlungen der Rentner sein werden. Darüber hinaus gibt es eine Reihe weitere Vorbehalte gegenüber der Einführung von Kapitaldeckung in der Krankenversicherung – u. a. nicht unbeträchtliche Kapitalmarktrisiken sowie extrem hohe Umstellungskosten zu Lasten der „mittleren Generation", die diesen Weg nicht zielführend erscheinen lassen.

3. Missverständnisse in der öffentlichen Reformdiskussion

Abschließend soll noch kurz auf einige verbreitete Missverständnisse eingegangen werden, die in der öffentlichen Diskussion häufig gegenüber dem Reformkonzept einer Bürgerversicherung geäußert werden. Dabei sind einige Missverständnisse zum Teil darauf zurückzuführen, dass die Rürup-Kommission in ihrem Bericht eine Scheinalternative anbeitet. In Wirklichkeit geht es aber nicht darum, sich zwischen den beiden Reformpaketen „Bürgerversicherung" bzw. „Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich" zu entscheiden (oder dem zwischenzeitlich von der Herzog-Kommission präsentierten Paketvorschlag „Prämienmodell mit Kapitaldeckung), sondern – und zwar weithin unabhängig voneinander – Entscheidungen darüber zu treffen,

- ob künftig alle Bürger in ein Krankenversicherungssystem einbezogen werden sollen, in dem lebhafter Wettbewerb unter den Krankenversicherungen um Qualität und Produktivität der Gesundheitsversorgung sowie Präferenzgerechtigkeit unter einheitlichen (Zugangs- und Kalkulations-) Bedingungen herrscht, oder es weiterhin ein Nebeneinander unterschiedlicher Krankenversicherungssysteme geben soll,
- ob der Einkommensausgleich zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung als integraler Bestandteil des Krankenversicherungssystems über einkommensabhängige Beiträge (auf einer gegenüber der heutigen GKV erweiterten Bemessungsgrundlage) oder aber – bei einkommensunabhängiger Beitragsgestaltung („Kopfprämien") – über steuerfinanzierte Zuschüsse an Einkommensschwache erfolgen soll,
- ob es für Ehepartner ohne eigene Einkommen künftig weiterhin eine beitragsfreie Mitversicherung geben soll oder ob sie eigene Beiträge entrichten sollen (ggf. nur dann, wenn keine Kinder erzogen bzw. Pflegeleistungen für Angehörige erbracht werden),
- ob es weiterhin einen hälftigen Arbeitgeberbeitrag geben soll oder ob dieser begrenzt („eingefroren") bzw. über die Auszahlung mit dem Bruttoentgelt vollständig abgeschafft werden soll,
- ob in der Krankenversicherung eigenständige Elemente der Kapitaldeckung eingeführt werden sollen oder nicht.

Dabei scheint ein besonders krasses Missverständnis im Hinblick auf die Ausprägung von Wettbewerb im Rahmen einer Bürgerversicherung zu herrschen. Was den Wettbewerb innerhalb der Versicherungssysteme angeht, ist die GKV schon heute in vielerlei Hinsicht deutlich „wettbewerblicher" ausgeprägt als etwa die private Krankenversicherung. Dies gilt zunächst für die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der

[9] Insofern ist es auch zumindest missverständlich, wenn etwa im Bericht der Herzog-Kommission von „lebenslangen Prämien" die Rede ist, denn selbstverständlich muss die Prämienhöhe veränderten Kalkulationsgrundlagen – etwa neuen Behandlungsmethoden, veränderten Inanspruchnahmegewohnheiten oder einem Anstieg der Lebenserwartung – ständig angepasst werden, so wie dies heute bereits in der privaten Krankenversicherung der Fall ist.

Versicherten unter den Versicherern: GKV-Versicherte können fast jederzeit ihre Kasse wechseln, und zwar unabhängig davon, ob sie jung oder alt, gesund oder krank, einkommensstark oder einkommensschwach sind. Die Wahl einer Krankenkasse bindet maximal für 18 Monate – im Fall einer Beitragssatzerhöhung ist ein Kassenwechsel auch sofort möglich. Davon können Privatversicherte nur träumen. Aufgrund des Verlustes der Altersrückstellung beim Verlassen ihrer Versicherung sind sie faktisch in der Regel für den Rest ihres Lebens an ihre einmal – zumeist in relativ jungen Jahren in gutem Gesundheitszustand – getroffene Entscheidung gebunden, auch wenn ihre Beiträge Jahr für Jahr steigen.

Aber selbst wenn es gelänge, das Problem der Mitnahme von Altersrückstellungen bei einem Versicherungswechsel zu lösen, wodurch derzeit jeder Wettbewerb um private Bestandversicherte praktisch vollständig verhindert wird, blieben die Handlungsparameter der Privatversicherer für einen produktiven Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung im Interesse ihrer Versicherten äußert begrenzt. Demgegenüber ist in der GKV – und entsprechend in einer zur Bürgerversicherung weiterentwickelten GKV – vom Grundsatz her ein deutlich größeres Potenzial für fruchtbaren Versorgungswettbewerb vorhanden, weil es direkte Vertragsbeziehungen mit den Anbietern von Versorgungsleistungen gibt, über die ein lebhafter Vertrags- und damit letztlich vor allem auch Anbieterwettbewerb ausgelöst werden könnte (vgl. Ebsen et al. 2003). Würde dieses Potenzial auch nur ansatzweise freigesetzt, indem den Kassen die noch immer zahlreichen plan- und kollektivwirtschaftlichen Fesseln zumindest ein spürbares Stück gelöst und ihnen mehr einzelwirtschaftliche Handlungsfreiräume eingeräumt würden, dürfte auch bei denen in Politik und Wissenschaft, die auch die heutige GKV vermutlich nur von außen kennen, die Assoziation „Einheitskasse“ sehr schnell abhanden kommen.

Dieses Potenzial freizusetzen erfordert jedoch mehr als reine Finanzierungsreformen, wie sie unter den Begriffen „Bürgerversicherung“ und „Kopfprämienmodelle“ derzeit gehandelt werden. Insofern zielt aber auch jede Kritik ins Leere, wonach eine Bürgerversicherung – in gleicher Weise aber auch jedes Kopfprämienmodell – keine Antworten auf die bestehenden Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitsversorgung biete. Dies kann schlechterdings nicht der Fall sein, weil die dazu erforderlichen Strukturreformen – insbesondere zur Leistungs- und Ausgabensteuerung – zu einer anderen „Reformbaustelle“ gehören. Dabei bietet das Modell der Bürgerversicherung in der hier skizzierten Form – Einbezug aller Bürger in ein wettbewerblich organisiertes Versicherungssystem bei solidarischer Finanzierung der Gesundheitsversorgung auf einer breiten Einkommensbasis – durch die Schaffung stabiler Finanzierungsgrundlagen allerdings beste Voraussetzungen, neben den notwendigen Finanzierungsreformen auch gezielte Reformen der Steuerungsstrukturen durchzuführen.

Ein Irrweg ist es dagegen, Erwartungen in einen vermeintlich produktiven Wettbewerb zwischen unterschiedlich ausgestalteten Versicherungssystemen zu setzen. Zwar kann durch einen übergreifenden Risikostrukturausgleich der aktuelle Missstand vermindert werden, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen derzeit überhaupt keinen Beitrag zur solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung leisten, aber weil das Nebeneinander unterschiedlicher Zugangs- und Kalkulationsmodalitäten dadurch nicht grundsätzlich aufgehoben würde, blieben in jeden Fall gravierende Wettbewerbsverzerrungen bestehen, die einen produktiven Wettbewerb im Interesse aller Versicherten nicht fördern, sondern letztlich behindern.

Literatur

Cassel, Dieter (2003): Kapitaldeckung und höhere Rentner-Beiträge zu ergänzenden Finanzierung demographischer Effekte in der GKV, in: Manfred Albring, Eberhard Wille (Hrsg.), Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt/Main: 209-34.

Ebsen, Ingwer, Stefan Greß, Klaus Jacobs, Joachim Szecsenyi, Jürgen Wasem (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, AOK im Dialog Band 13, Bonn.

Herzog-Kommission (2003): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit" zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin, 29.09.2003

Marstedt, Gerd (2002): Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV, in: Jan Böcken, Bernard Braun, Melanie Schnee (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2002, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh: 112-29.

Postler, Andreas (2003): Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Auswirkungen von demographischem Fortschritt und medizinisch-technischen Fortschritt, Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen, Standort Duisburg, Nr. 298

Rürup-Kommission (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission, hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Gutachten 2003

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

Spycher, Stefan (2003): Kopfprämien oder einkommensabhängie Prämien? Grundsätzliche Überlegungen aus schweizerischer Sicht, in: Die BKK, 6/2003: 287-93.

Wagner, Gert (2003): Pauschalprämien setzen das Konzept der Bürgerversicherung am besten um, in: ifo Schnelldienst 56 (17), 3-6.

Wille, Eberhard (2003): Bürgerversicherung vs. Kopfprämien – die totale Konfusion bei der Beitragsgestaltung, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 8, 217-8.

Wille, Eberhard, und Christian Igel (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., Köln

Winkelhake, Olaf, und Jürgen John (2003): Beiträge auf Vermögenseinkünfte: Zwischen Leistungsgerechtigkeit und Populismus, in: Wirtschaftsdienst 83 (3): 188-91.

Bernhard Langer, Martin Pfaff, Anita B. Pfaff

Kopfprämien zur Finanzierung der GKV? Eine gesundheitspolitische Bewertung

Gliederung

Zusammenfassung: Pro und Kontra Kopfpauschalen 23

1. Ausgangslage 24

2. Kopfpauschalenvarianten in der Diskussion 24

3. Eigene Modellrechnungen zu Höhe und Auswirkungen von Kopfprämien in der GKV 27

4. Gesundheitspolitische Bewertung 28

Literaturverzeichnis 34

Zusammenfassung: Pro und Kontra Kopfpauschalen

In letzter Zeit wurde von einigen Experten der Vorschlag gemacht, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf einkommensunabhängige Kopfpauschalen umzustellen. Deshalb werden im Folgenden die einem derartigen Konzept unterstellten Vorteile kurz bewertet:

1. Beitragsungerechtigkeiten im bestehenden System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden beseitigt.

   Die bisher empfohlenen Kopfprämienmodelle verletzen das Grundprinzip der Leistungsfähigkeit sehr viel mehr als die real existierende GKV.

2. Deutliche Verringerung der Lohnnebenkosten und damit Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft.

   Eine Minderung der Lohnnebenkosten kann auf einfacherem Weg über ein Einfrieren bzw. eine Begrenzung des Arbeitgeberanteils zur Finanzierung der GKV erreicht werden. (Dies ist – gesundheitspolitisch gesehen – ein zumindest fragwürdiges Ziel: Denn damit wird der finanzielle Anreiz geschmälert, in Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb zu investieren).

3. Stärkere Demographieresistenz im Vergleich zur bestehenden GKV-Finanzierung

   Die Alterung der Gesellschaft führt auch in einem Kopfprämiensystem – wie das Beispiel Schweiz zeigt – zu erheblichen Prämiensteigerungen.

4. Zielgenauere Erfüllung verteilungspolitischer Funktionen

   Die unterstellte größere Verteilungsgerechtigkeit einer Steuerfinanzierung wird durch die Wirkung von Lücken und Schlupflöchern im Steuersystem konterkariert.

5. Die Finanzierung über Kopfpauschalen wäre ohne bzw. nur mit geringen Belastungen des Fiskus möglich.

   Schätzungen haben gezeigt, dass die Deckungslücke der öffentlichen Haushalte je nach Ausgestaltung des Kopfprämien-Modells bis zu 30 Mrd. EURO und auch bei einer steuerpflichtigen Auszahlung des Arbeitgeberanteils zur GKV noch immer zwischen 16 und 18 Mrd. EURO beträgt.

6. Bessere Europatauglichkeit

   Auch steuersubventionierte Kopfprämien erfüllen nicht die für die Öffnung nationaler Krankenversicherungsmärkte notwendigen Textbuch-Bedingungen für einen funktionsfähigen Marktwettbewerb. Hierfür wären u.a. risikoäquivalente Beiträge erforderlich, wie sie selbst in der heutigen Privaten Krankenversicherung (PKV) nicht konsequent realisiert wurden.

7. Vereinfachung des Risikostrukturausgleichs (RSA) durch Wegfall des Grundlohnausgleichs

   Der Risikostrukturausgleich kann zwar vereinfacht werden, dafür erfordert die Organisation und Durchführung der Prämiensubvention einen viel komplexeren und weitaus größeren Verwaltungsaufwand als dies im jetzigen RSA der Fall ist.

1. Ausgangslage

Der Vorschlag, Kopfprämien zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einzuführen, ist nicht neu. Bereits im Jahr 1966 wurde diese Idee diskutiert,[10] die sich allerdings nicht durchsetzte. Lediglich im Bereich der ambulanten Versorgung wird das Honorarvolumen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Basis von Kopfpauschalen vereinbart. Die Finanzierung der GKV blieb hingegen bislang einkommensorientiert. Erst im Zuge der neueren Diskussionen über die finanzielle Lage der GKV und die angestrebte Reduzierung der Lohnnebenkosten[11] wurde der Vorschlag einer Kopfprämie erneut gemacht. Dabei wird insbesondere auf die Schweiz verwiesen, in der als einzigem Land in Europa seit 1996 eine Kopfprämie zur Finanzierung der Grundsicherung der Krankenversicherung besteht.

2. Kopfpauschalenvarianten in der Diskussion

Von verschiedenen Wissenschaftlern wurde in letzter Zeit der Vorschlag unterbreitet, die Finanzierung der GKV-Leistungen auf einkommensunabhängige Kopfpauschalen umzustellen. Dabei stehen verschiedene Modellvarianten zur gesundheitspolitischen Diskussion.

Das Modell von Knappe et al. (2002) sieht eine Finanzierung der GKV über einkommensunabhängige Kopfpauschalen vor, wobei die Finanzierungsalternativen für Kinder von einer beitragsfreien Versicherung bis zur Zahlung der vollen Kopfpauschalen-Prämie reichen. Mit einer Umstellung der Finanzierung wäre nach diesem Modellvorschlag zugleich eine Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf die gesamte Bevölkerung verbunden. Der Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung würde als steuerpflichtiger Lohnbestandteil künftig an die Arbeitnehmer ausbezahlt werden. Zur Abmilderung der Belastungen, die unteren Einkommensbeziehern durch ein Kopfprämiensystem entstehen, schlägt Knappe ein differenziertes Steuertransfersystem vor, das ein Umverteilungsvolumen von ca. 20 Mrd. EURO erfordert.

---

[10] Vgl. Schneider (2003), S. 47.

[11] Die Lohnnebenkosten setzen sich allerdings aus vielen Faktoren zusammen. Hierzu zählen neben den Beiträgen zur Gesetzlichen Rentenversicherung auch das 13. oder 14. Monatsgehalt, das Urlaubsgeld oder vermögenswirksame Leistungen. Der Anteil der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung an den Lohnnebenkosten beträgt lediglich 8,2 % (vgl. Beske (2003), S. A-818).

Der Vorschlag von Henke et al. (2002) sieht ebenfalls einkommensunabhängige Kopfprämien vor, wobei unterstellt wird, dass Personen unter 21 Jahren generell beitragsfrei versichert wären. Wie bei Knappe et al. ist auch in diesem Modell die Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf die gesamte Bevölkerung sowie die steuerpflichtige Auszahlung des Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung an die Arbeitnehmer vorgesehen. Zur Vermeidung von sozialen Härten solle die Prämienbelastung 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens nicht übersteigen, wobei der überschießende Finanzierungsbedarf aus Steuermitteln zu begleichen sei. Dieses Beitragssystem würde ein Umverteilungsvolumen über den Steuer-Transfer-Mechanismus von ca. 25 Mrd. EURO erfordern.

Ebenfalls eine Umstellung der einkommensabhängigen paritätischen Beitragsfinanzierung auf versichertenbezogene Kopfprämien fordert der SVR in seinem Jahresgutachten 2002/2003.[12] Versicherungspflichtig wären nach diesem Modellvorschlag alle derzeit in der GKV versicherten Personen. Die Kopfprämien könnten je nach Krankenkasse unterschiedlich hoch und langfristig auch risikoäquivalent kalkuliert sein. Die Umverteilungsaufgaben zur Vermeidung sozialer Härten sollten aus dem Krankenversicherungssystem herausgenommen und über das staatliche Steuer- und Transfersystem erfolgen.[13] Anders als Knappe et al. und Henke et al. plädiert der SVR für eine steuerfreie Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur Sozialversicherung.

Das Modell von Zweifel et al. (2002) sieht die Einführung risikoäquivalenter Kopfprämien zur Finanzierung von Krankenversicherungsleistungen vor.[14] Die Autoren argumentieren, dass die komplette Herausnahme von Umverteilungselementen aus der gesetzlichen Krankenversicherung Effizienz- und Verteilungsvorteile hätte. In diesem Modell würde die gesamte Wohnbevölkerung einer Versicherungspflicht unterliegen, was einen einheitlichen Versicherungsmarkt und damit die Aufhebung der „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV zur Folge hätte. Zur Vermeidung sozialer Härten sieht das Modell eine Subventionierung der Prämien vor, die 15% des Haushaltsbruttoeinkommens übersteigen. Das dafür notwendige Steuertransfervolumen würde 35,5 Mrd. EURO betragen, da risikoäquivalente Prämien sämtliche systematischen Umverteilungselemente ausgliedern.

Die Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (Rürup-Kommission) empfiehlt ebenfalls einen Umstieg auf einkommensunabhängige Kopfprämien, jedoch sollen die Prämien nach wie vor im Umlageverfahren erhoben werden. Die heutige Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung würde beibehalten, allerdings soll ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich in der GKV sowie eine stärker wettbewerbliche Organisation der PKV zu einem „fairen“ Systemwettbewerb beitragen. Da die Höhe der Kopfprämien die gegenwärtige Belastung mit Beiträgen zur GKV nicht übersteigen dürfte, würde die notwendige Subventionierung der Kopfprämien von Personen mit niedrigem Einkommen 28,4 Mrd. EURO betragen. Die notwendige Gegenfinanzierung würde teilweise durch eine Besteuerung der ausgeschütteten Arbeitgeberanteile zur GKV erfolgen. Da das daraus resultierende zusätzliche Steueraufkommen auf 18,6 Mrd. EURO geschätzt wird, würde sich für die öffentlichen Haushalte aber eine Deckungslücke von 10,2 Mrd. EURO ergeben.[15]

Die Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (Herzog-Kommission) schlägt vor, das heutige System der gesetzlichen Krankenversicherung in ein Kopfprämiensystem mit einkommensunabhängigen und risikoäquivalent kalkulierten Prämien zu überführen. Zum sozialverträglichen Umstieg in ein derartiges System soll in einem Zeitraum von 10 Jahren ein kollektiver Kapital-

---

12 Vgl. SVR (2002), S. 285ff.

13 Vgl. SVR (2002), S. 274ff.

14 Formal gesehen handelt es sich bei diesem Modell nicht um Kopfprämien im eigentlichen Sinn, da aufgrund der risikogerechten Beitragskalkulation die kassenindividuellen Gesamtausgaben nicht auf die Versichertenköpfe umgelegt werden.

15 Vgl. Rürup-Kommission (2003), S. 206ff. Neben der dargestellten Prämiensubventionsvariante hat die Rürup-Kommission als Alternative eine mit steigendem Bruttoeinkommen sinkende Prämiensubvention in Verbindung mit einer Freigrenze vorgeschlagen. Dies würde zu einem Prämiensubventionsbedarf von 22,6 Mrd. EURO und somit zu einer Deckungslücke der öffentlichen Haushalte von 4,4 Mrd. EURO führen (vgl. Rürup-Kommission (2003), S. 222).

stock von den Versicherten gebildet werden, der im Jahr des Systemwechsels aufgelöst und zu einer Erhöhung der individuellen Altersrückstellungen dann über 45-jähriger Versicherter eingesetzt wird. Die Kommission rechnet für den Zeitpunkt des Umstiegs sowohl für einen 20-jährigen Neueintreter als auch für die über 45-jährigen Versicherten (mit Hilfe der vorher kollektiv gebildeten Altersrückstellungen) mit einer lebenslangen Prämie in Höhe von monatlich ca. 264 EURO. Das durch das Steuer-Transfer-System aufzubringende Subventionsvolumen zur Vermeidung sozialer Härten durch zu hohe Prämien wird von der Kommission auf 27,3 Mrd. EURO veranschlagt.[16]

Breyer et al. (2001) geben zwar keine eigenen Empfehlungen zur Ausgestaltung eines Kopfpauschalensystems ab, jedoch werden die Auswirkungen einer Kopfprämie auf die GKV-Versicherten simuliert. Dabei verweisen die Gutachter zwar auf die ihrer Meinung nach ordnungspolitische Vorteilhaftigkeit eines Kopfprämiensystems. Jedoch beträgt das Transfervolumen zur Abmilderung von sozialen Härten nach ihren Berechnungen mindestens 25 Mrd. EURO.[17] Deshalb sollte dem sozialen Ausgleich „in den wissenschaftlichen und politischen Diskussionen über die allokativen Vorzüge eines Kopf-Beitrags-Systems für die Krankenversicherungen in Deutschland mehr Aufmerksamkeit als bislang gewidmet werden."[18]

[16] Vgl. Herzog-Kommission (2003), S. 22f. Formal gesehen handelt es sich auch bei diesem Modell nicht um Kopfprämien im eigentlichen Sinn, da aufgrund der risikogerechten Beitragskalkulation die kassenindividuellen Gesamtausgaben nicht auf die Versichertenköpfe umgelegt werden.

[17] Dieser Wert wurde unter Annahme einer maximalen Kopfprämienbelastung in Höhe von 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens bestimmt.

[18] Breyer et al. (2001), S. 201.

3. Eigene Modellrechnungen zu Höhe und Auswirkungen von Kopfprämien in der GKV[19]

Die Höhe der erforderlichen Kopfprämien zur Finanzierung von GKV-Leistungen ist bei gegebenem Ausgabenvolumen bzw. bei gegebener Zahl der GKV-Versicherten vor allem vom sozialpolitisch gewollten Belastungsgrad der unterschiedlichen Versichertengruppen abhängig: Je mehr Umverteilungsaspekte hin zu einzelnen Versichertengruppen implizit durch eine gruppenspezifische Differenzierung der Kopfprämien in den Kopfpauschalenmodellen berücksichtigt werden, desto höher ist die von den restlichen Versicherten zu tragende „normale" Kopfprämie. Bei einer Finanzierung des aktuellen GKV-Leistungskatalogs über eine für alle GKV-Versicherten, also auch für die in der momentanen GKV-Finanzierung beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, einheitliche Kopfpauschale hätte die zu zahlende Prämie im Jahr 2002 169 EURO betragen müssen. Würde im Rahmen eines sozialen Ausgleichs von Mitversicherten und Rentnern nur die hälftige Kopfprämie verlangt, wäre die von den restlichen Versicherten zu zahlende volle Kopfprämie im Jahr 2002 bei 228 EURO, die von Mitversicherten und Rentnern zu tragende reduzierte Kopfpauschale hingegen nur bei 114 EURO gelegen. Eine prämienfreie Mitversicherung von Minderjährigen hätte im Jahr 2002 einer nur von Erwachsenen zu zahlenden Kopfprämie von 207 EURO bedurft.

Modellrechnungen zeigen, dass in einem Kopfprämienmodell mit prämienfreier Mitversicherung Minderjähriger Kopfprämien für Alleinstehende und Alleinerziehende ab einem Bruttomonatseinkommen von ca. 1500 EURO niedriger ausfallen als einkommensbezogene GKV-Beiträge (AN- und AG-Anteil). Im Falle von Ehepaaren würden sich ab einem Bruttoeinkommen von ca. 3000 EURO Entlastungen durch Kopfprämien gegenüber einkommensbezogenen GKV-Beträgen (AN- und AG-Anteil) ergeben. Eine Begrenzung der Kopfprämien zur Abmilderung sozialer Härten – wie von vielen Experten vorgeschlagen – auf 15% des Bruttomonatseinkommens (incl. ausgezahlter Arbeitgeberbeiträge) würde in unteren Einkommensbereichen die Situation in etwa beim derzeitigen Stand (mit einkommensproportionalen Beiträgen) belassen. Die Bezieher höherer Einkommen – bei Alleinstehenden, Alleinerziehenden und Zweiverdienerfamilien auch mittlerer Einkommen – würden aber deutlich entlastet. Selbst wenn man sie durch zusätzliche Steuern wie etwa die Besteuerung der ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge zusätzlich belasten würde, entstünde für sie immer noch ein Einkommensvorteil.

Da alle Kopfprämienmodelle zur Vermeidung sozialer Härten Ausgleichszahlungen über den Steuertransfermechanismus vorsehen, ist gerade die Höhe dieser Zahlungen und ihre Gegenfinanzierung vor dem Hintergrund knapper Kassen bei den öffentlichen Haushalten für die Realisierbarkeit eines solchen Modells relevant. Grundlegend ist die Höhe der Steuertransferzahlungen von der Ausgestaltung der Kopfprämienmodelle abhängig. Generell ist zu erwarten, dass bei weiter bestehenden systemimmanenten Umverteilungselementen im jeweiligen Kopfprämienmodell – wie etwa die prämienfreie oder prämienreduzierte Versicherung von Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen – das notwendige Steuertransfervolumen geringer ausfällt als bei „einheitlichen" Kopfprämienmodellen.

Für das von uns untersuchte Modell einer prämienfreien Mitversicherung von Minderjährigen bei einer unterstellten Prämienbelastungsgrenze in Höhe von 15% des Haushaltsbruttoerwerbs- bzw. Renteneinkommens wäre alleine für 2002 ein geschätztes Steuertransfervolumen in Höhe von insgesamt etwa 30 Mrd. EURO erforderlich gewesen. In der AKV beträgt der Subventionsbetrag 13 Mrd. EURO, in der KVdR aufgrund der doch teilweise niedrigen Renten hingegen 17 Mrd. EURO. Die Proponenten der Kopfpauschalenmodelle gehen zum Teil davon aus, dass der Prämiensubventionsbedarf mindestens teilweise über die Besteuerung des GKV-Arbeitgeberbeitrags finanziert werden könnte. Geht man von einem variablen, mit dem Einkommen steigenden Grenzsteuersatz von bis zu maximal 40% aus, so würde sich dadurch schätzungsweise ein Mehraufkommen der Einkommensteuer in Höhe von etwa 12 bis 14 Mrd. EURO ergeben. Diese Ergebnisse zeigen, dass selbst bei einer Gegenfinanzierung durch einen steuerpflichtig ausgezahlten Arbeitgeberanteil eine Deckungslücke von ca. 16 bis 18 Mrd. EURO für die öffentlichen Haushalte bestehen bleibt. Vor dem Hintergrund der erst jüngst geführten Diskussi-

[19] Die dargestellten Größen stellen eine Aktualisierung der in Pfaff et al. (2003) vorgestellten Ergebnisse dar.

on über eine willkürliche Reduzierung des Bundeszuschusses zur Rentenversicherung nach Kassenlage, der viel stärkere Elemente eines Leistungsbezugs aufweist als die bei einer Kopfpauschalenfinanzierung der GKV erforderliche Prämiensubvention, lässt sich sehr ernsthaft befürchten, dass eine solche keinen Bestand vor leeren Kassen hätte. Selbst bei einer rigorosen Verteidigung einer solchen Subvention bliebe jedoch eine Verteilungseffekt bestehen, dessen Begründung wohl schwer fällt: Auch wenn die Bezieher niedriger Einkommen (bestenfalls) ihre Nettoeinkommensposition erhalten könnten, würde den Beziehern höherer Einkommen ein Einkommensvorteil zuteil, der sich nicht begründen lässt und vor dem Hintergrund der Klagen über hohe Lohnkosten und fehlende öffentliche Einnahmen unnötig erscheint.

Eine Variante der Subventionierung wurde allerdings bisher nicht diskutiert, die die öffentlichen Kassen bei einer Subventionierung deutlich entlasten könnte: Würde die nach vielen Kopfpauschalenmodellen vorgesehene Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags nicht individuell an die Versicherten erfolgen, sondern dem Fonds zur Subventionierung zugeführt werden, so müssten keine zusätzlichen Steuermittel aufgebracht werden. Es wäre dabei sogar denkbar den Arbeitgeberbeitrag anders als in Abhängigkeit der sozialversicherungspflichtigen Löhne zu bemessen – etwa orientiert am Umsatz oder der Wertschöpfung.

4. Gesundheitspolitische Bewertung

Einen Bewertungsmaßstab für die Beurteilung von Kopfprämien-Modellen kann und muss die Antwort auf die Frage liefern: Werden dadurch die Grundprinzipien und Ziele einer sozialen Krankenversicherung eher erreicht oder – im Gegenteil – sogar verletzt bzw. konterkariert?

Für eine Antwort bzw. für eine Kursbestimmung gibt es einen einfachen Kompass, bestehend aus den zwei Grundprinzipien einer sozialen Krankenversicherung:

- Das Bedarfsprinzip der Inanspruchnahme besagt, dass jeder Mann, jede Frau und jedes Kind im Krankheitsfall Leistungen nach dem Bedarf und nur nach dem Bedarf, also nicht nach der Dicke der Geldbörse, in Anspruch nehmen soll.
- Das Leistungsfähigkeits- oder Solidarprinzip der Finanzierung bedeutet, dass der Finanzierungsbeitrag des einzelnen Mitglieds nach seiner Leistungsfähigkeit, also nicht nach dem individuellen gesundheitlichen Risiko des Mitglieds bzw. der mitversicherten Familienangehörigen, bemessen werden soll. Als Konsequenz zahlt das Mitglied mit einem höheren Einkommen für denselben Versicherungsschutz und bei gleichem Beitragssatz (bis hin zur Beitragsbemessungsgrenze) einen absolut höheren Beitrag als das Mitglied mit einem geringeren Einkommen.

Beide Prinzipien zusammen führen dazu, dass nicht nur die Gesunden die Kranken und somit die Jungen die Alten mitfinanzieren (dieser Ausgleich besteht auch in der Privaten Krankenversicherung), sondern dass darüber hinaus die Gruppe der Männer die Gruppe der Frauen (einschließlich der Ausgaben für Mutterschaft), die Kinderlosen diejenigen mit Kindern, und diejenigen mit höheren Einkommen diejenigen mit niederen Einkommen mitfinanzieren. Diese Umverteilung ist somit gewollt und ein Wesenselement einer sozialen Krankenversicherung.

Trotz Beitragsbemessungsgrenzen und Versicherungspflichtgrenzen, die gerade die mittleren bzw. höheren Einkommen begünstigen bzw. (bei den hohen Einkommen) von der Solidarpflicht ganz entbinden und somit das Grundprinzip der Leistungsfähigkeit verletzen, führen die beiden Prinzipien zu dem was als praktische Solidarität bekannt ist.

Das bestehende System kann zweifelsohne – wie aufgezeigt – gemessen an seinen Idealen bzw. Grundprinzipien kritisiert und in Frage gestellt werden. Doch muss gleichzeitig die Frage nicht nur erlaubt sondern verpflichtend gestellt werden: Sind denn die empfohlenen Alternativen – hier auf der Finanzierungsseite – eher geeignet, die Ziele einer sozialen Krankenversicherung zu erreichen als die kritisierte Realität?

Zwei radikal kritische Ansätze fordern eine Umstellung der Finanzierung der GKV hin zu

- risikoäquivalenten Beiträgen, mit der Finanzierung der Umverteilung über Steuern, oder hin zu
- einheitlichen, einkommensunabhängigen Kopfprämien, wiederum mit der Finanzierung der Umverteilung über Steuern.

Der erste Vorschlag – risiko-äquivalente Beiträge – bedeutet, dass an Stelle des Leistungsfähigkeitsprinzips das vom idealtypischen Marktmodell bekannte Äquivalenzprinzip eingefordert würde, das bekanntlich heute nicht einmal in der Privaten Krankenversicherung (PKV) voll realisiert wird. Damit würde auch der Familienlastenausgleich aus der GKV faktisch entfernt und auf das Steuer-Transfer-System übertragen.

Der zweite Vorschlag eliminiert die Umverteilungsfunktion auf der Finanzierungsseite (einschließlich des Familienlastenausgleichs) der GKV und überträgt sie auf das Steuer-Transfer-System.

Um es gleich auf den Punkt zu bringen: Beide Vorschläge – ja sogar noch radikal-marktliberalere Vorschläge, die die GKV ganz auflösen und in eine private Krankenversicherung mit steuerfinanzierten, risikoäquivalenten Beiträgen für wirtschaftlich Schwächere umwandeln würden, sind theoretisch denkbar und für eine Diskussion in einer universitären Seminarveranstaltung geeignet. Für die praktische Gesundheitspolitik sind diese Vorschläge – insbesondere das hier diskutierte Kopfprämien-Modell – nicht zu empfehlen. Generell werden einem derartigen System u.a. zwar folgende Vorteile zugeschrieben:[20]

- Beseitigung von Beitragsungerechtigkeiten im bestehenden GKV-System;
- Deutliche Verringerung der Lohnnebenkosten und damit Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft;
- Stärkere Demographieresistenz im Vergleich zu der bestehenden GKV-Finanzierung;
- Zielgenauere Erfüllung verteilungspolitischer Funktionen;
- Die Finanzierung über Kopfpauschalen wäre ohne bzw. nur mit geringen Belastungen des Fiskus möglich;
- Bessere Europatauglichkeit;
- Vereinfachung des Risikostrukturausgleichs.

Die angesprochenen Vorteile einer Umstellung auf einkommensunabhängige Kopfprämien halten jedoch aus folgenden Gründen einer eingehenden Überprüfung nicht stand:

Erstens konterkarieren die bisher empfohlenen Kopfprämienmodelle dieses Grundprinzip der Finanzierung nach Leistungsfähigkeit sehr viel mehr als die real existierende GKV: Die Finanzierung der Umverteilung über die vorgeschlagene Höhe der Steuersubvention ist somit weniger gerecht als die jetzige Form der lohnbezogenen Beiträge (einschließlich Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen):

- Arbeitgeber werden im Vergleich zu Arbeitnehmern in der Tendenz entlastet.
- Bezieher höherer Einkommen werden entlastet und Bezieher niederer Einkommen werden belastet.
- Will man die negativen Effekte erfolgreich konterkarieren, so bleiben unter erheblichen zusätzlichen Verwaltungskosten im Endeffekt ähnliche Belastungen und Probleme wie im bestehenden System.

[20] Vgl. SVRKAIG (2003), S. 112f.; Knappe et al. (2002), S. 21; Henke et al. (2002), S. 13ff.; SVR (2002), S. 285f.; Breyer et al. (2001), S. 177; Herzog-Kommission (2003), S. 22f.; Rürup-Kommission (2003), S. 206ff.; Wagner (2003), S. 94, Zweifel (2003).

Die Hauptmängel des jetzigen Systems – die Begünstigung der mittleren und oberen Einkommen – sind durch schrittweise Anhebung bzw. Aufhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen leichter zu beheben als durch einen Systembruch mit Umstellung auf ein neues Finanzierungssystem unter erheblicher Inanspruchnahme des Steuersystems. Dies würde im Endeffekt dem Grundprinzip der Leistungsfähigkeit zu stärkerer Geltung verhelfen, somit eine Reform im System bedeuten.

Durch eine Ausweitung des Versichertenkreises auf Beamte, Selbständige u.a. Gruppen können die bestehenden Formen der Privilegierung schrittweise abgebaut werden; insbesondere Gutverdienende können sich dann nicht mehr aus dem System der GKV heraushalten.

Zweitens, wenn es tatsächlich v.a. um die Entlastung der Arbeitgeberseite über eine Minderung der Lohnnebenkosten geht, kann dieses – selbst nicht gesundheitspolitische Ziel – auf einfacherem Weg, nämlich über ein Einfrieren bzw. eine Begrenzung des Arbeitgeberanteils zur Finanzierung der GKV erreicht werden. Die Minderung oder gar Entlassung des Arbeitgebers von der Pflicht zur Mitfinanzierung der GKV ist – gesundheitspolitisch gesehen – ein zumindest fragwürdiges wenn nicht gar verwerfliches Ziel: Da viele Krankheitsmuster auf die Arbeitsformen und –bedingungen zurückzuführen sind, sollte der Arbeitgeber ein starkes finanzielles Interesse an Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb behalten. Dieses Ziel wird eher im Rahmen einer paritätischen Finanzierung erreicht.

Es darf übrigens ernsthaft bezweifelt werden, ob durch Senkung des Arbeitgeberbeitrags und damit durch Anhebung des Arbeitnehmerbeitrages bzw. der Selbstbeteiligung im Krankheitsfall in Zeiten stagnierender Binnennachfrage ein positiver Beschäftigungseffekt ausgelöst werden kann: Zumindest kurz- und mittelfristig tritt eher das Gegenteil ein, die Arbeitslosigkeit wird steigen. Auch langfristig ist fraglich, ob die relative Veränderung der Lohnnebenkosten in den diskutierten Größenordnungen überhaupt einen merklichen Effekt – neben ganz anderen Bestimmungsfaktoren des wettbewerblichen Unternehmererfolges – auf die Höhe der Arbeitslosigkeit zeitigen wird.

Selbst Verfechter oder Befürworter von Kopfprämienmodellen bezweifeln, dass eine Entlastung des Arbeitsmarktes kurz- oder mittelfristig möglich ist (wie bei der Bürgerversicherung). Vielmehr erwarten sie diese erst langfristig.

Drittens wird seit Jahren auch hinsichtlich der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung befürchtet, dass die Alterung der Gesellschaft – vor allem die Zunahme der Lebenserwartung – zu einem doppelten Problem wird: Steigende Pro-Kopf-Kosten stehen voraussichtlich sinkenden Pro-Kopf-Beiträgen gegenüber, da der zunehmende Anteil der Rentner/innen nach geltendem Recht zu einer sinkenden Beitragsbasis führen würde. Verschärft wird diese Entwicklung durch die hohe Arbeitslosigkeit, die eine Anhebung des Rentenzugangsalters erschwert, und durch Rentenreformen, die das Rentenniveau senken.

Mit einheitlichen Kopfpauschalen wird die Finanzierung der GKV von solchen Entwicklungen zwar unabhängig. Wie das Beispiel der Schweiz zeigt, bedeuten Kopfpauschalen aber nicht konstante Kopfpauschalen über Zeit. So würden sich wohl die Verteilungswirkungen, wie wiederholt betont wurde, verändern. Die Gesundheitskosten würden jedoch durch Kopfpauschalen nicht sinken. Betrachtet man wiederum den Anteil der Kopfpauschalen am Einkommen, so würde dieser Anteil ebenso steigen wie einkommensproportionale Beiträge. Selbst wenn im Zuge der Umstellung das Referenzeinkommen der heutigen beitragspflichtigen Einkommen seine Bedeutung verliert und man die Kosten zu einem anderen (höheren) Einkommen in Beziehung setzen würde, würde sich am Ausmaß der Belastung der Arbeitnehmer/innen und Rentner/innen insgesamt und im Durchschnitt wohl nichts verändern.

Viertens, die in der Theorie unterstellte insgesamt größere Verteilungsgerechtigkeit einer Steuerfinanzierung wird in der Praxis durch die Wirkung von Lücken und Schlupflöchern konterkariert: Für eine „gerechtere“ Verteilungswirkung von Steuern müssten diese noch selbst reformiert werden, so dass die auch nach den jüngsten Änderungen im Steuerrecht verbleibende Diskrepanz zwischen dem nominalen und dem effektiven (d.h. tatsächlichen) Steuersatz beseitigt würden.

Tatsache ist, dass der effektive Steuersatz sowohl progressive als auch proportionale Belastungszonen aufweist, wobei sich die letzteren an die Wirkung von Beitragssätzen zumindest annähern.

Richtig ist, dass ein progressiver Steuertarif die höheren Einkommen mehr belastet als die mittleren und unteren Einkommen – sofern dieser Tarif in der Praxis auch tatsächlich zum Tragen kommt. Richtig ist auch, dass beim Steuersystem auch Kapitaleinkünfte belastet und alle Steuerpflichtigen zur Finanzierung herangezogen werden können. Die letzteren Effekte lassen sich aber auch in einem Gesundheitswesen mit einkommensbezogener Finanzierung durch eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage (d.h. durch Einbeziehen von Kapital- und Mieteinkommen u.a.m.) sowie durch eine Beseitigung von Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen erreichen.

Fünftens konnte auf Basis der Daten der Renten- und Krankenversicherung für ein Kopfprämienmodell mit einer prämienfreien Mitversicherung von Minderjährigen bei einer unterstellten Prämienbelastungsgrenze in Höhe von 15% des Haushaltsbruttoerwerbseinkommens bzw. der Bruttorenten ein jährliches Steuertransfervolumen in Höhe von insgesamt etwa 30 Mrd. EURO und damit eine erhebliche Belastung der öffentlichen Haushalte geschätzt werden. In der AKV beträgt der Subventionsbetrag 13 Mrd. EURO, in der KVdR aufgrund der doch teilweise niedrigen Renten hingegen 17 Mrd. EURO. Eine Besteuerung des GKV-Arbeitgeberbeitrags würde zwar zu einem Mehraufkommen an Einkommenssteuer in Höhe von etwa 12 bis 14 Mrd. EURO führen, trotzdem bleibt für den Fiskus eine Deckungslücke von 16 bis 18 Mrd. EURO.

Sechstens: Befürworter von Kopfprämien unterstellen eine höhere Europatauglichkeit ihres Modells, weil – so die Behauptung – auch ausländische Anbieter unter diesen Bedingungen Leistungen anbieten können. Nun ist sofort erkennbar, dass auch steuersubventionierte Kopfprämien keinen funktionsfähigen Marktwettbewerb ermöglichen, wie er nur beim Modell risiko-äquivalenter Beiträge gewährleistet würde. Es ist jedoch nicht erkennbar, dass auf der Ebene der Europäischen Union ein solcher marktradikaler Vorschlag (er bedeutet die völlige Abschaffung von sozialen Gesundheitssystemen ob steuer- oder beitragsfinanziert!) auch nur einen Hauch von Realisierbarkeit hätte. Offensichtlich bestehen auch hier erhebliche Unterschiede in der Wahrnehmung dessen, was als „europatauglich“ oder „zukunftstauglich“ angesehen werden kann.

Siebtens: Es ist zwar rein technisch richtig, dass der Risikostrukturausgleich (RSA) im Rahmen eines Kopfprämienmodells deshalb vereinfacht und im Volumen reduziert werden könnte weil Unterschiede der Grundlöhne nicht mehr als Bestimmungsgrößen der Transferströme im RSA fungieren würden. Was Befürworter des Kopfprämienmodells jedoch verschweigen: Die auf Individuen zugeschnittenen Steuer-Transfer-Zahlungen zur Finanzierung von einheitlichen Kopfprämien erfordern einen viel komplexeren und größeren Verwaltungsaufwand als dies im jetzigen RSA der Fall ist.

Neben den angeführten Argumenten gegen die unterstellten Vorteile von Kopfprämien sind insbesondere folgende weitere Nachteile eines derartigen Finanzierungssystems zu nennen:

Wenn Versicherte eigene Anträge für einen Steuerzuschuss zu ihren Kopfprämien bei den Sozialämtern stellen müssten, kämen sie zumindest – psychologisch gesehen – in die Nähe von Bittstellern. Auch wenn dies über Lohn- und Einkommenssteuer, d.h. über den Arbeitgeber, erfolgen kann, verbleiben noch weitere Gruppen (z.B.: Schüler und Studenten) die selbst solche Anträge stellen müssten.

Auch Beobachtungen der Wirklichkeit belegen: Beitragszahler haben ein höheres Vertrauen in die Verlässlichkeit von beitragsfinanzierten Sicherungssystemen als in steuerfinanzierte Systeme: Bei den letzteren droht ihres Erachtens immer die Gefahr einer „Gesundheitspolitik nach Kassenlage“.

Die Akzeptanz einer einkommensbezogen finanzierten GKV ist sehr hoch. Dies ist auch in Umfragen reflektiert, bei denen die Bürger angeben, lieber höhere Beiträge zahlen zu wollen, als auf Leistungen verzichten zu müssen.

Die Selbstverwaltung von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden würde im Bereich des Gesundheitswesens entfallen, weil die paritätische Finanzierung nicht mehr bestehen würde. Dies ist eine radi-

kale Veränderung im „Modell Germany“, mit weitreichenden gesellschaftspolitischen Konsequenzen für die soziale Integration und Kohäsion der Gesellschaft. Die Erfahrungen anderer Länder sollten uns zeigen, dass solche Prozesse mit erheblichen Kosten für alle – auch die Arbeitgeberseite – verbunden sind. (Wer diese Effekte bezweifelt sollte im internationalen Vergleich die inverse Beziehung zwischen dem Ausmaß der sozialen Sicherheit und der Zahl der Streiktage bzw. der Kriminalität betrachten. Ob Kausalität oder nur Korrelation – die empirisch nachweisbare Beziehung sollte zumindest nachdenklich stimmen).

Die von Befürwortern des Kopfprämienmodells unterstellte Förderung des Wettbewerbs zwischen Versicherern über Leistungspakete, die über den Grundkatalog hinausgehen und über zusätzliche kostendeckende Prämien zu finanzieren wären, könnte – wenn sie überhaupt wünschenswert wäre – auch auf anderem Wege erreicht werden. Zudem ist nicht erkennbar, warum gerade einheitliche Kopfprämien dazu führen sollten, dass die Versicherungen effizienter und innovativer handeln sollten, wie von Advokaten der Kopfprämien behauptet.

Literaturverzeichnis

Beske, F. (2003): Gesundheitspolitik ist mehr, in: Deutsches Ärzteblatt 100, S. A-818

Breyer, F.; Grabka, M. M.; Jacobs, K.; Meinhardt, V.; Ryll, A.; Schulz, E.; Spieß, C. K.; Wagner, G. G. (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen: Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Berlin

Henke, K.-D.; Johannßen, W.; Neubauer, G.; Rumm, U.; Wasem, J. (2002): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, Vereinte Krankenversicherung AG (Hrsg.), München

Herzog-Kommission (2003): Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (Hrsg.): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin

Knappe, E.; Arnold, R. (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung, Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (Hrsg.), München

Pfaff, A.B.; Pfaff, M.; Kern, A.O.; Langer, B. (2003): Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland, Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe der Universität Augsburg, Beitrag Nr. 246

Rürup-Kommission (2003): Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (Hrsg.): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin

Schneider, W. (2003): Kopfprämien zur Kassenfinanzierung – Ein Rückschritt, in: Gesundheit und Gesellschaft, Nr. 2, S. 42-48

SVR (2002): Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum - Jahresgutachten 2002/2003, Stuttgart

SVRKAIG (2003): Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003 Langfassung, Bonn

Wagner, G. G. (2003): Pro und Contra – Kopfprämien anstelle paritätischer Finanzierung, in: Die Ersatzkasse, Nr. 3, S. 94

Zweifel, P. (2003): Interview mit Prof. Zweifel, in: Ärzte Zeitung, Ausgabe vom 09.04.2003, online im www unter http://www.aerztezeitung.de/docs/2003/04/09/067a0701.asp
[23.09.2003]

Zweifel, P.; Breuer, M. (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems – Gutachten im Auftrag des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller VFA, Zürich

Autorinnen- und Autorenverzeichnis

Dr. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO), Bonn

Dr. Bernhard Langer, Internationales Institut für empirische Sozialökonomie (INIFES), Stadtbergen, Institut für Volkswirtschaftslehre, Universität Augsburg

Professor Dr. Martin Pfaff, Internationales Institut für empirische Sozialökonomie (INIFES), Stadtbergen, Institut für Volkswirtschaftslehre, Universität Augsburg

Professorin Anita B. Pfaff, Internationales Institut für empirische Sozialökonomie (INIFES), Stadtbergen, Institut für Volkswirtschaftslehre, Universität Augsburg

Neuere Veröffentlichungen des Gesprächskreises Arbeit und Soziales zur Gesundheitspolitik – eine Auswahl

Neue Antworten sind gefragt: Versorgt uns die Medizin noch bedarfsgerecht? Unter-, Über-, Fehlversorgung im Gesundheitswesen; Nr. 100 (Druckfassung vergriffen)

Gesundheitsreform in Deutschland – Sind Elemente aus anderen Ländern Europas übertragbar auf unsere Reform? Eine Fachkonferenz der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, 7. April 2003, Berlin

Reform für die Zukunft - Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik, vorgelegt zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich“, 11. April 2002

Weichenstellungen für die Zukunft - Elemente einer neuen Gesundheitspolitik, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach, Prof. Dr. Dr. hc. Bert Rürup, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Dezember 2001

Die Expertisen und Tagungsdokumentationen sind kostenlos zu beziehen bei:

Friedrich-Ebert-Stiftung

Abt. Arbeit und Sozialpolitik

D-53170 Bonn

Fax: 0228/883-398

Die Veröffentlichungen finden Sie im Internet unter: www.fes.de - Bibliothek – Digitale Bibliothek – Reihe: Gesprächskreis Arbeit und Soziales

Informationen zur Abteilung Arbeit und Sozialpolitik und zum Gesprächskreis Arbeit und Soziales finden Sie im Internet: www.fes.de/aspol