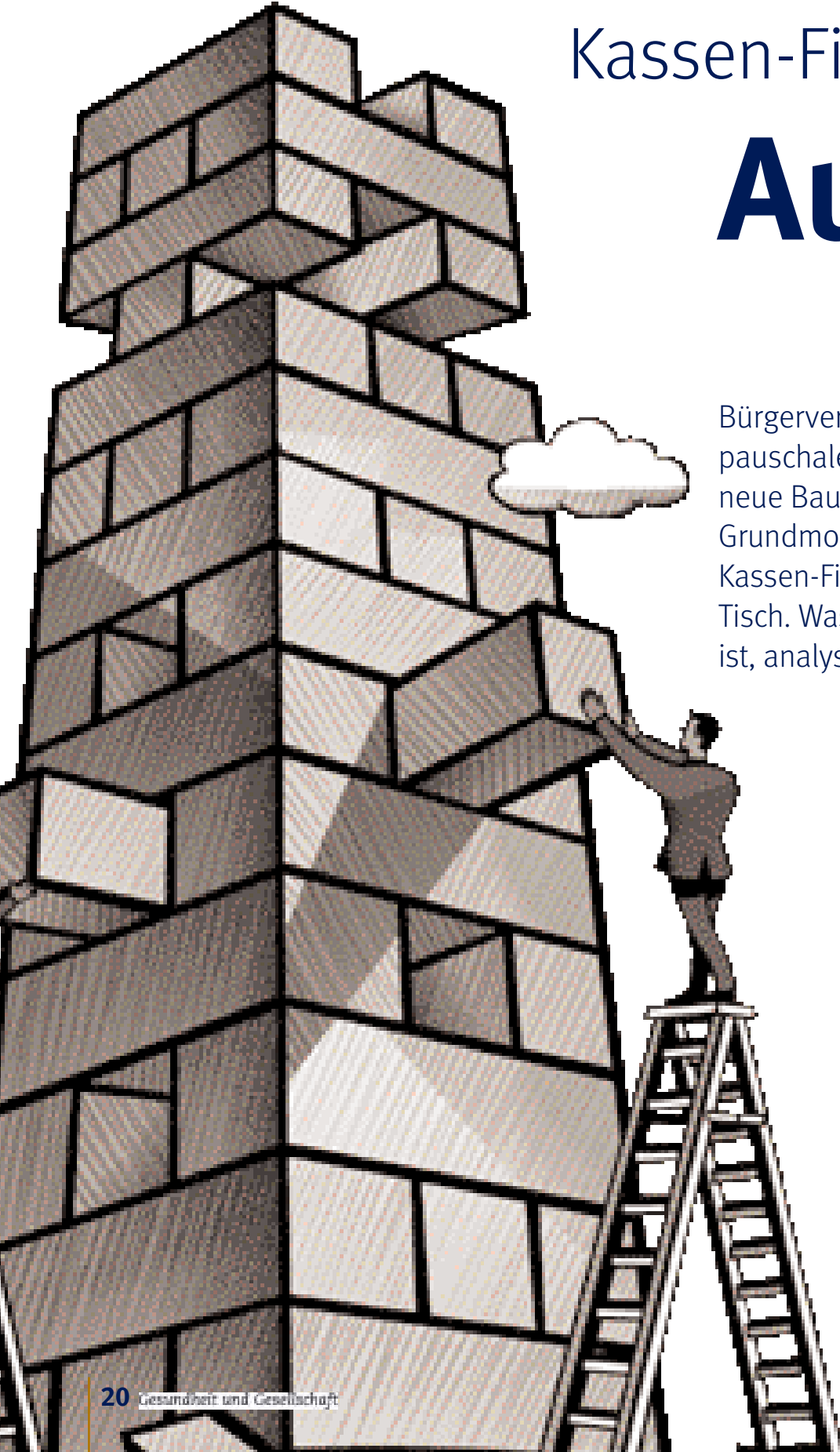


Kassen-Finanzierung **Aufbau**

Bürgerversicherung oder Kopfpauschale – unentwegt kommen neue Baupläne für die beiden Grundmodelle zur künftigen Kassen-Finanzierung auf den Tisch. Was von ihnen zu halten ist, analysiert **Klaus Jacobs**.



oder Abriss?

Allein zwischen Juli und September dieses Jahres sind nicht weniger als drei neue Reformkonzepte vorgelegt worden – teilweise gleich in mehreren Ausgestaltungsvarianten: das Gutachten „Finanzierungsreform in der Krankenversicherung“ der Professoren Bert Rürup und Eberhard Wille, die Vorschläge zum „Modell einer solidarischen Bürgerversicherung“ der SPD-Arbeitsgruppe unter Andrea Nahles, die anschließend auch vom Parteivorstand „abgesegnet“ wurden, und das von der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände vorgelegte „BDA-Finanzierungskonzept für das Gesundheitsprämienmodell“. Ein Ende der Reformvorschläge ist damit aber noch längst nicht in Sicht. So steht insbesondere das mit einiger Spannung erwartete Konsenskonzept der beiden Unionsparteien noch aus.

Aber nicht nur an Reformvorschlägen herrscht kein Mangel, sondern auch an Zeit für ihre gründliche Diskussion. Dabei hält die Einnahmenschwäche der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unverändert an, und auch die jüngste Gesundheitsreform hat – zumindest bislang noch nicht – die erhofften positiven Beitragssatzeffekte gebracht. Dennoch scheint die Politik trotz einer mittlerweile auf Bibliotheksstärke angewachsenen Vielzahl an Kommissionsberichten und Wissenschaftler-Gutachten offenbar keine besondere Eile zu haben, eine wirkungsvolle Finanzierungsreform in Angriff zu nehmen. Vielleicht hat dies aber auch damit zu tun, dass die auf den ersten Blick meist wohl klingenden Vorschläge erheblich an Attraktivität einzubüßen scheinen, je konkreter sie ausgearbeitet werden. Doch blicken wir zunächst noch einmal kurz zurück.

Was bislang auf den Tisch kam. Seitdem sich die von der Bundesregierung eingesetzte „Rürup-Kommission“ im Spätsommer 2003 nicht auf ein gemeinsames Reformkonzept zur künftigen GKV-Finanzierung einigen konnte, wird die Diskussion durch zwei zen-



trale Begriffe beherrscht, die einander vermeintlich unversöhnlich gegenüberstehen: Bürgerversicherung und Kopfpauschalen bzw. Gesundheitsprämien. Für eines dieser beiden Konzepte – so hieß es seinerzeit bei der Präsentation – werde sich die Politik entscheiden müssen. Die Polarisierung hat im Ergebnis dazu geführt, dass die Debatte fast schon eine Art Glaubensfrage ist, bei der jeder Beteiligte bedrängt wird oder sich bemüht, sich zu einem der beiden Lager zu bekennen.

Schon die Bezeichnungen der beiden Konzepte lassen erkennen, dass jeweils ganz unterschiedliche Reformdimensionen im Vordergrund stehen. So besteht die Kernidee der Bürgerversicherung in der Erweiterung des Personenkreises der GKV-Versicherten durch Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle Bürger. Hierdurch – sowie durch die gleichzeitige Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragsbemessung – würden alle Bürger an der solidarischen Finanzierung beteiligt und die Beitragsbasis der GKV spürbar stabilisiert.

Zusätzlich könnte – wie im Übrigen auch schon in der heutigen GKV – der Arbeitgeberbeitrag begrenzt, fixiert oder ausbezahlt werden, um die Lohnnebenkostendebatte zu beenden. Zugleich würde mit einer Bürgerversicherung aber auch Schluss gemacht mit der ökonomisch unsinnigen und gesellschaftspolitisch fragwürdigen Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes durch die weltweit einmalige Entsolidarisierungsoption, die insbesondere gesunde Besserverdiener in Richtung private Krankenversicherung (PKV) ausüben können.

Demgegenüber zielt die Idee der Kopfpauschalen bzw. Gesundheitsprämien auf eine neue Beitragsgestaltung: Alle erwachsenen Versicherten sollen einen kasseneinheitlichen Pauschalbeitrag zahlen, der sich nicht mehr nach der Höhe des

Einkommens bemisst. Damit soll insbesondere eine Abkoppelung der Arbeitskosten von der Entwicklung der GKV-Beiträge erreicht werden. Mit der Abkehr von einkommensabhängigen Beiträgen würde der bislang automatische Einkommensausgleich zwischen finanziell besser und schlechter gestellten Versicherten aus der GKV ausgelagert. Um eine Überforderung von Geringverdienern durch zu hohe Beitragsbelastungen zu vermeiden, müssten Zuschüsse aus allgemeinen Steuermitteln gezahlt werden, die an eine individuelle Bedürftigkeitsprüfung geknüpft wären.

Ein Entweder-Oder muss nicht sein. Bereits diese knappe Darstellung zeigt zweierlei: Zunächst schließen sich die beiden Reformkonzepte keineswegs gegenseitig aus. Die Einbeziehung

aller Bürger in ein Krankenversicherungssystem, in dem alle Versicherten an der solidarischen Finanzierung beteiligt wären und von einem produktiven Wettbewerb der



Ob Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämien – die Debatte verharrt im ideologischen Stellungskampf.

Versicherungen unter einheitlichen Marktbedingungen profitieren könnten, hängt nicht unmittelbar mit der Frage der Beitragsgestaltung zusammen. Dies zeigt schon das Beispiel der schweizerischen Krankenversicherung, das in ähnlicher Form vielleicht schon bald in den Niederlanden Nachahmung findet.

Zudem verweist die Skizzierung der beiden Reformkonzepte auf die Komplexität unterschiedlicher Zieldimensionen:

- Die Reform soll eine stabile und nachhaltige Finanzierung sichern.
- Der Einkommensausgleich soll stabil und gerecht sein.
- Beschäftigungshemmnisse sollen beseitigt werden.
- Das Finanzierungssystem soll kompatibel sein mit einem möglichst produktiven Wettbewerb der Versicherer und Versorger um Qualität, Effizienz und Präferenzgerechtigkeit und
- das Ganze soll „machbar“ sein hinsichtlich des Verwaltungsaufwandes sowie der rechtlichen Anforderungen.

Natürlich ist es nicht möglich, alle Ziele gleichzeitig vollständig zu erfüllen – schon gar nicht nach übereinstimmender Einschätzung aller politisch Verantwortlichen, die sich darüber hinaus jeweils noch unterschiedlichen Partikularinteressen verpflichtet fühlen. Dass sich die Reformdebatte mittlerweile ziemlich festgefahren hat und unübersehbare Züge eines ideologischen Stellungskampfes trägt, kann vor diesem Hintergrund niemanden überraschen. Gleichwohl mangelt es nicht an Versuchen, die „Gräben“ zu überwinden, zumal ohnehin wohl niemand glaubt, dass sich irgendein Reformkonzept in Reinform realisieren lässt.

Zu einem solchen Versuch zählen die Vorschläge der beiden Professoren Bert Rürup und Eberhard Wille, die im Kern die Umstellung der GKV-Finanzierung auf ein Modell kassenspezifischer Gesundheitspauschalen beeinhalten, also die Loslösung der Beitragsbemessung vom Einkommen der Versicherten. Alle erwachsenen Versicherten sollen einen pauschalen Beitrag ent-

Vorschläge aus der Rürup-Kommission

Beitrag \ Personenkreis	einkommensabhängig = Einkommensausgleich im Krankenversicherungssystem	einkommensunabhängig = Einkommensausgleich über das Steuersystem
GKV/PKV wie heute		Prämienmodell von Rürup (ähnlich auch Herzog-Kommission)
gesamte Wohnbevölkerung	Bürgerversicherungs-Modell der Rürup-Kommission (Lauterbach)	(Schweizer Modell)

Die Vorschläge aus der Rürup-Kommission kombinieren zwei unterschiedliche Reformdimensionen: Bei der Bürgerversicherung (Lauterbach) zahlen alle Bürger einen einkommensabhängigen Beitrag. Dagegen setzt das Modell der Gesundheitsprämien (Rürup) auf einkommensunabhängige Beiträge und hält an der GKV/PKV-Trennung fest.

richten, der auf der Grundlage des bestehenden GKV-Leistungskatalogs auf durchschnittlich 169 Euro pro Monat beziffert wird. Für Kinder und Jugendliche soll ein eigenständiger Beitrag von monatlich 78 Euro gezahlt werden, der den Eltern aus Steuermitteln erstattet wird. Die hierfür erforderlichen Finanzmittel von knapp 16 Milliarden Euro würden durch die Besteuerung der an die Beschäftigten ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge aufgebracht.

Für eine separate Krankengeldversicherung sollen die krankengeldberechtigten Versicherten zudem einen einkommensabhängigen Beitrag in Höhe von 1,5 Prozent der beitragspflichtigen Einkommen entrichten. Bezieher niedriger Einkommen erhalten im Rürup/Wille-Modell Beitragszuschüsse, durch die niemand im Vergleich zu heute schlechter gestellt werden soll.

Die dafür maßgebliche Belastungsgrenze beträgt 12,5 Prozent der Bruttoeinnahmen – dies entspricht im Wesentlichen der Durchschnittsbelastung der GKV-

Versicherten unter Berücksichtigung der Erhöhung des Bruttoeinkommens nach Ausschüttung der Arbeitgeberbeiträge.

Transparente Zahlen vorgelegt. Rürup und Wille gebührt zunächst Dank für ihre transparenten und „ehrlichen“ Berechnungsergebnisse – eine in der aktuellen Debatte leider keineswegs selbstverständliche Feststellung. Danach beläuft sich das für die Finanzierung der Beitragszuschüsse erforderliche Finanzvolumen auf insgesamt 22,5 Milliarden Euro. Weil aber hierfür die Mehreinnahmen aus der Besteuerung der ausgeschütteten Arbeitgeberbeiträge nicht mehr zur Verfügung stehen – davon sollen ja bereits die Kinderpauschalen bezahlt werden –, wären entsprechend zusätzliche Steuermittel erforderlich. Diese entsprächen ihrem Umfang nach einer Erhöhung des Solidaritätszuschlags auf die Lohn- und Einkommensteuer in Höhe von 11,9 Prozentpunkten oder einer Erhöhung des Normalsatzes der Mehrwertsteuer um 2,5 Prozentpunkte – beides Maßnahmen, die alle Finanz- und Wirtschaftspolitiker in „schiere Verückung“ geraten lassen dürften.

Der besondere Clou im Rürup/Wille-Modell besteht darin, dass auch ein Alternativvorschlag zur Finanzierung der erforderlichen Beitragszuschüsse vorgelegt wird, und zwar in Form einkommensabhängiger Beitragszuschläge, die neben dem Pauschalbeitrag in Höhe von 2,9 Prozent auf die – wie im Status quo abgegrenzten – beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten erhoben werden sollen.

Mit diesem Vorschlag tragen Rürup und Wille den vielfach geäußerten Vorbehalten gegenüber einer Verlagerung des Einkommensausgleichs in das allgemeine Steuer-Transfer-System Rechnung. Entsprechende Kritik gründet sich vor allem auf die befürchtete Instabilität des steuerfinanzierten Einkommensausgleichs in Abhängigkeit von der Finanzlage der öffentlichen Haushalte, insbesondere in konjunkturell angespannten

Zeiten mit rückläufigem Steueraufkommen bei gleichzeitig wachsendem Zuschussbedarf.

Das Ei des Kolumbus? Was auf den ersten Blick wie das ersehnte „Ei des Kolumbus“ anmutet – einkommensunabhängige Pauschalbeiträge bei Erhalt des vor Eingriffen der Finanzpolitik geschützten Einkommensausgleichs – verliert aber bei näherem Hinsehen erheblich an Strahlkraft. Insbesondere ist zu bemängeln, dass die Finanzierung des Einkommensausgleichs – abgesehen von den Kinderpauschalen – genauso wie beim Status quo der GKV-Finanzierung – auf zu schmalen Schultern lasten würde: Herangezogen würden einmal mehr nur die Arbeits-einkommen und Renten der GKV-Versicherten bis zur Beitragsbemessungsgrenze, wobei höhere Einkommen tendenziell

entlastet und niedrige zusätzlich belastet würden. Dagegen blieben andere Einkommensarten sowie generell alle PKV-Versicherten weiterhin außen vor.

Obwohl Rürup

und Wille an anderer Stelle (*siehe G+G 7-8/2004*) deutlich gemacht haben, dass sie in der Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes aus ökonomischer Sicht wenig Sinn erkennen können, halten sie gleichwohl an dem Nebeneinander von GKV und PKV fest. Die dafür angeführten verfassungsrechtlichen Bedenken können jedoch nicht recht überzeugen. Immerhin halten die beiden Professoren das Ziel der dauerhaften Finanzierbarkeit der GKV im Interesse des Gemeinwohls für derart bedeutsam, dass sie eine Einschränkung der Tarifautonomie für verfassungsrechtlich unbedenklich halten (wie sie bei der Umwandlung der Arbeitgeberbeiträge in Brutto-lohnbestandteile erforderlich würde).

Genießen aber die Geschäftsinteressen der PKV tatsächlich einen höheren Grundrechtsschutz? Einige Verfassungsrechtler hegen hieran Zweifel. Hat vielleicht die Rücksicht der Gut-



Ein Pferdefuß aller Prämiemodelle: zusätzliche Steuern, um die Beitragszuschüsse für Geringverdiener zu finanzieren.

Prämien und Einkommensausgleich

Wie? Wo?	im Steuersystem (erforderlich: 22,5 Mrd. Euro)	über einkommensabhängige Beitragszuschläge (26 Mrd. Euro)
weiterhin nur unter GKV-Versicherten		Rürup/Wille Variante B: + 2,9% vom beitragspflichtigen Einkommen
innerhalb der ganzen Bevölkerung	Rürup/Wille Variante A: entweder + 11,9% auf Einkommensteuer oder Anhebung der Mehrwertsteuer (+2,5 Prozentpunkte)	nicht untersucht („Bürgerprämie“)

Um die Beitragszuschüsse für Geringverdiener zu finanzieren, schlagen die Professoren Rürup und Wille in ihrem Prämiensmodell zwei Wege vor: entweder zusätzliche Steuermittel (Erhöhung des Solidaritätszuschlags auf 11,9 Prozent oder Anhebung der Mehrwertsteuer um 2,5 Prozent) oder einkommensabhängige Beitragszuschläge für GKV-Versicherte.

achter auf ihren Auftraggeber (PKV-Verband) eine Rolle gespielt? Dies würde zumindest erklären, warum in dem Reformkonzept eine wesentliche Variante fehlt, bei der – zumindest perspektivisch – die gesamte Bevölkerung in ein gemeinsames Krankenversicherungssystem einbezogen würde.

Lobenswert bleibt das Rürup/Wille-Gutachten gleichwohl wegen der bereits erwähnten Zahlentransparenz. Befürworter von Kopfpauschalen- bzw. Gesundheitsprämien kommen an diesen Zahlen nicht mehr vorbei: Das Gesamtvolumen der aus Steuermitteln zu finanzierenden Beitragszuschüsse bzw. der zu erstattenden Kinderpauschalen liegt bei einer einigermaßen belastungsneutralen Systemumstellung in einer Größenordnung von rund 40 Milliarden Euro. Dabei handelt es sich, wie noch zu ergänzen wäre, allerdings nur um den „Startbetrag“. Denn im Unterschied zu Beiträgen, die der Einkommensentwicklung automatisch angepasst werden, muss bei Pauschalprämien davon ausgegangen werden, dass sie regelmäßig – vermutlich in jedem Jahr – angehoben werden. Um den erforderlichen Zuschussbedarf in Grenzen zu halten, entsteht damit ein zweifacher Druck: zum einen auf den Leistungskatalog, zum anderen auf die individuelle Belastungsgrenze, die die Beitragszahler vor Überforderung schützen soll. Das kann politisch gewollt sein, sollte dann aber zumindest auch deutlich gesagt werden.

Arbeitgeber legen eigenes Prämienmodell vor. Dies tut in dankenswerter Offenheit die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), die in ihrem kürzlich vorgelegten Finanzierungskonzept für das Gesundheitsprämienmodell gleich an beiden Stellschrauben dreht: Zunächst wird die durchschnittliche Prämienhöhe auf 163 Euro pro Monat gedrückt, ohne dass es daneben jedoch einen eigenständigen Beitrag für Kinder und Jugendliche aus Steuermitteln geben soll. Dies kann naturgemäß nur zustande kommen, indem zum einen die an anderer Stelle selbst angezweifelte „Einspar-effekte“ des GKV-Modernisierungsgesetzes vollständig in Rechnung gestellt und zum anderen weitere Einschnitte im

Leistungskatalog vorgesehen werden, so zum Beispiel durch abermals erhöhte Patientenzuzahlungen und weiter „aufgeweichte“ Härtefallregelungen. Wenn allerdings die Mehreinnahmen aus der Besteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags (einschließlich der „frei gewordenen“ Beitragsmittel für Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialhilfe) doch nicht zur Finanzierung der erforderlichen Beitragszuschüsse reichen sollten, kann die Belastungsgrenze nach den Vorstellungen der Arbeitgeber auch bis auf 16 Prozent angehoben werden. Wie es heißt, wäre auch dann „ein ausreichender sozialer Ausgleich noch gewährleistet“ – wohlgemerkt: bei einer zumutbaren Beitragsbelastung von 16 Prozent plus gegebenenfalls anfallenden Zuzahlungen von bis zu drei Prozent, und zwar bezogen auf das durch die (steuerpflichtige) Ausschüttung des Arbeitgeberbeitrags erhöhte Bruttoeinkommen der Versicherten.

Umverteilung im großen Stil. Auch wenn die Mehrzahl der politisch Verantwortlichen eine derart drastische Umverteilung zulasten von Kranken und Einkommensschwachen wohl kaum will – der entsprechende Mechanismus ist im System der einkommensunabhängigen Pauschalbeiträge mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich grundsätzlich angelegt. Die Bezeichnung „Sympathiekiller“ (Horst Seehofer) scheint da eher noch zurückhaltend. Wenig hilfreich sind aber auch Aussagen wie etwa die von Friedrich Merz, wonach die GKV mit der Auslagerung des Einkommensausgleichs endlich eine „richtige“ Krankenversicherung werde. Die GKV ist seit über 120 Jahren eine „richtige“ Krankenversicherung, und zwar vom Typus Sozialversicherung, also mit „eingebautem Sozialschutz“. Nicht zuletzt deshalb haben sich inzwischen fast alle mittel- und osteuropäischen Länder bewusst für dieses System entschieden.

Eine Anmerkung noch zur Durchführung des Beitragszuschusses im Prämienmodell. Eigentlich müssten es die Arbeitgeber aus ihrer Tätigkeit in der Selbstverwaltung der Krankenkassen besser wissen: Die Vorstellung, dass die Prämienverbilligung ohne großen Verwaltungsaufwand direkt

Modelle der Bürgerversicherung

	Rürup-Kommission (Lauterbach)	Die Grünen	SPD
Personenkreis	alle Bürger	alle Bürger	alle Bürger bei freier Wahl GKV/PKV
Beitragsbemessungsgrundlage	alle Einkommensarten	alle Einkommen mit Freibetrag bei Kapitalerträgen	Erwerbs(ersatz)- und Kapital-Einkommen (mit Freibetrag)
Beitragsbemessungsgrenze	Anhebung auf Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung	noch offen	„2-Säulen-Modell“ mit zwei Grenzen oder Kapitalsteuer ohne Grenze
Arbeitgeberbeitrag	unverändert auf Arbeitsentgelte	„Teilentkoppelung“ (Deckel bei 6,5%)	unverändert auf Arbeitsentgelte
Beitragsfreie Mitversicherung	weiter frei, Splitting möglich	Kinder frei, Ehegattensplitting	wie heute
Finanzierungsverfahren	reine Umlage	reine Umlage	reine Umlage

Zur Bürgerversicherung sind verschiedene Varianten im Umlauf. So unterscheiden sich beispielsweise die Vorstellungen von Bündnis 90/Die Grünen und der SPD hinsichtlich der Beitragsbemessungsgrundlage und des Arbeitgeberbeitrags. Einige sind sich beide Regierungsparteien aber darin, dass das Umlageverfahren erhalten bleiben soll.

Quelle: Jacobs

bei den Krankenkassen erfolgen könne, ist reines Wunschdenken. Sollte der Beitragseinzug weiterhin im Quellenabzugsverfahren beim Arbeitgeber erfolgen, wäre hier eine Saldierung von Pauschalprämie und Zuschuss umsetzungstechnisch und aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich. Alternativ müssten für alle Versicherten Einzelkonten geführt werden – für die bislang beitragsfrei mitversicherten Ehegatten gilt dies in jedem Fall –, was einen beträchtlichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand erfordern würde. Auch in



Eine neue, zweckgebundene Kapitalsteuer wäre der Einstieg in den Ausstieg aus der Beitragsfinanzierung.

diesem Fall wäre jedoch eine zeitnahe Auszahlung – oder gar „Verrechnung“ – des Beitragszuschusses nur bei hinreichend stabilen Einkommenslagen möglich. Insbesondere die Erfahrungen mit dem vermeintlich „bewährten“ Vorbild der Zuzahlungsbefreiungen zeigen, dass hiervon gerade bei Geringverdienenden keine Rede sein kann.

Gleich ist längst nicht gleich. Aber nicht nur das Gesundheitsprämienmodell, sondern auch das Konzept der Bürgerversicherung sehen viele Beobachter mittlerweile auf dem Weg der zunehmenden Selbstdemontage. Grundlage dieser Einschätzung ist vor allem das Konzept der SPD-Arbeitsgruppe unter Andrea Nahles. Dabei bereiten vor allem zwei Aspekte auch bei Befürwortern einer zielgerichteten Weiterentwicklung der GKV erhebliche Bauchschmerzen.

Die erste Problemdimension betrifft die Beitragsbemessung. Die SPD will in Zukunft nicht alle Einkommen in die Beitragsbemessung einbeziehen, sondern neben den bereits belasteten Erwerbs- und Erwerbsersatz Einkommen zusätzlich nur Einkünfte aus Kapitalvermögen, aber nicht etwa Miet- und Pachteinkünfte. Außerdem soll die Berücksichtigung der einbezogenen Einkommensarten unterschiedlich erfolgen. Dazu wird ein so genanntes Zwei-Säulen-Modell vorgeschlagen: eine erste Säule wie bisher für Beitragszahlungen auf bereits heute einkommenspflichtige Einkommen und eine zweite Säule mit eigener Beitragsbemessungsgrenze für Einkünfte aus Kapitalvermögen (jenseits eines Freibetrags). Damit wird das Solidarprinzip gleich in zweifacher Hinsicht verletzt, denn gleich hohe Einkommen führen keineswegs zwangsläufig zu gleich hohen Beitragszahlungen, wenn sie aus unterschiedlichen Quellen stammen. Dies ist aus ökonomischer Sicht problematisch, weil es zu verzerrten Anreizen führt – etwa im Hinblick auf die erwünschte Absicherung für das Alter. Möglicherweise gibt es aber auch rechtliche Bedenken.

Offenbar ist der Vorschlag vor allem vor dem Hintergrund kurzfristig zu erwartender Finanzwirkungen unter Berücksichtigung der Interessenlagen bestimmter Klientelgruppen erfolgt. Dies nährt zumindest den Verdacht, dass es letztlich vor allem doch darum gehen soll, möglichst schnell möglichst viel Beitragssatzwirkung zu erzielen, ohne dabei allerdings „den Falschen“ unbotmäßig auf die Füße zu treten. Als vertrauens-

bildende Maßnahme für ein zukunftssicheres System dürfte sich ein solches Vorgehen aber wohl kaum eignen.

Bemerkenswert ist auch, dass die SPD am Status quo der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten und der damit verbundenen Subventionierung von Ein-Verdiener-Paaren festhält. Da war sogar die Herzog-Kommission schon weiter, die

sich bei einem Gesamteinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze für ein („negatives“) Ehegatten-Splitting ausgesprochen hatte. Dies fordern auch die Grünen, die

den Status quo der beitragsfreien Ehegatten-Mitversicherung als „sozialrechtlichen Anachronismus“ bezeichnen.

Irrweg „zweckgebundene Kapitalsteuer“. Richtig heftig werden die Bauchschmerzen gegenüber dem SPD-Konzept aber vor allem durch das so genannte „Kapitalsteuer-Modell“, das alternativ zu der zweiten Beitragssäule vorgeschlagen wird. Auch wenn in dem Papier der SPD-Arbeitsgruppe gleich mehrfach betont wird, dass es lediglich um zwei „Modellvarianten“ zur Einbeziehung von Kapitalerträgen gehe, handelt es sich konzeptionell um fundamental verschiedene Alternativkonzepte zur GKV-Finanzierung. Das Kapitalsteuer-Modell, bei dem ein Zuschlag auf die zurzeit in der Diskussion befindliche Abgeltungssteuer erhoben und in der Summe an die Krankenkassen überwiesen werden soll, würde den Abschied von der Beitragsfinanzierung in der GKV einleiten. Dauerhaft zweckgebundene Steuern gibt es nicht – genau hier liegt der zentrale Unterschied zwischen Steuern und Beiträgen.

Die GKV finanziert sich aus guten Gründen ausschließlich über Beiträge, deren Höhe – über entsprechende Hebesätze auf die beitragspflichtigen Einnahmen – autonom von den Krankenkassen festgelegt werden. Die unselige Finanzierung so genannter versicherungsfremder Leistungen (etwa Mutterschaftsgeld) über die Tabaksteuererhöhung ändert daran grundsätzlich nichts, denn es geht streng genommen um die Erstattung der Ausgaben für definierte Auftragsleistungen. Letztlich ist es aus Sicht der GKV gleichgültig, wie die öffentliche Hand als Auftraggeber die von ihr zu leistenden Erstattungen finanziert.

Abhängig von Steuern. Beim Kapitalsteuer-Modell der SPD wäre die GKV dagegen davon abhängig, welche Steuerlast der Gesetzgeber festlegt und wie viel am Ende tatsächlich überwiesen wird – die Haushalts- und Beitragsautonomie der Krankenkassen würde erheblich beeinträchtigt. Von vielen Detailfragen abgesehen – hier zur Kostprobe nur eine: Wie soll eigentlich verhindert oder legitimiert werden, dass zum Beispiel Kapitalanleger aus dem Ausland ebenfalls zur Mitfinanzierung der deutschen GKV verpflichtet werden?

Die Idee einer zweckgebundenen Kapitalsteuer als Beitragsäquivalent ist jedenfalls ein Irrweg und lässt bei ihren Urhebern ähnliche Defizite in Bezug auf Grundprinzipien der GKV er-

kennen wie bei denen, die davon sprechen, dass die GKV gar keine „richtige“ Krankenversicherung sei. Sofern der Vorschlag aber eher „polit-strategisch“ im Sinne einer verstärkten „Mischfinanzierung“ der GKV aus individuellen Beitrags- und allgemeinen Steuermitteln gemeint sein sollte, stellt er die erkennbar schlechteste aller denkbaren Varianten dar.

Konzeptionell sauber wäre es dagegen – wie etwa im Rürup/Wille-Konzept vorge schlagen –, einen eigenständigen

Beitrag für Kinder und Jugendliche aus Steuermitteln an die GKV zu zahlen. Damit bliebe die Beitragsautonomie der Kassen erhalten, und sie würden nicht den Unwägbarkeiten des Steueraufkommens – schon gar nicht einer bestimmten Steuerart – ausgesetzt.

Einbindung der Privatversicherer unklar. Die neben der Beitragsbemessung (einschließlich des „steuerlichen Irrwegs“) zweite Problem dimension des SPD-Vorschlags betrifft die Vorstellungen von der Ausgestaltung eines gemeinsamen Marktes für gesetzliche und private Krankenversicherungen zum Angebot des Bürgerversicherungstarifs. Dies kann nur unter einheitlichen Wettbewerbsbedingungen funktionieren. Diese sind jedoch keineswegs hinreichend erkennbar. Dazu nur ein Beispiel: Die jetzigen PKV-Versicherten sollen die Möglichkeit erhalten, in den Bürgerversicherungstarif zu wechseln, und zwar – bei einem Wechsel zu einer gesetzlichen Krankenkasse – ohne ein entsprechendes „Eintrittsgeld“ aus ihrer in der Privatversicherung gebildeten Alterungsrückstellung. Dagegen soll beim Wechsel in den Bürgerversicherungstarif einer Privatversicherung eine entsprechende Anrechnung erfolgen können. Dies ist weder mit fairen Wettbewerbsbedingungen vereinbar,

noch macht es Sinn. Aus guten Gründen hat der Gesetzgeber vor einigen Jahren die Rückkehrmöglichkeiten von Privatversicherten in die GKV erheblich eingeschränkt. Wer sollte denn überhaupt an einem solchen Wechsel interessiert sein? Doch wohl vornehmlich diejenigen, die der GKV in jungen

Jahren bei guter Gesundheit den Rücken gekehrt haben, jetzt aber im fortgeschrittenen Alter nicht nur unter zunehmenden Gesundheitsbeeinträchtigungen, sondern

auch unter kräftig gestiegenen Versicherungsbeiträgen leiden, während gleichzeitig ihr Einkommen gesunken ist. Diese Versicherten würden wohl kaum zu einer Stabilisierung der Bürgerversicherung beitragen.

Dabei ist die Grundidee eines Wettbewerbs aller Krankenversicherungen unter einheitlichen Bedingungen im Kern richtig. Wenn sich die entsprechenden Marktbedingungen im Wesentlichen an denen der GKV orientieren sollen, bliebe von der PKV heutiger Prägung im Vollversicherungsgeschäft allerdings nichts mehr übrig. Das kann man begrüßen oder bedauern – nur sollte es klar ausgesprochen werden. Um Beifall von der falschen Seite vorzubeugen: Die Kritiker des Vorschlags eines gemeinsamen Marktes übersehen zumeist, dass eine wirklich wettbewerbs- und steuerungsfähige PKV nur mit Kontrahierungszwang in Bezug auf einen definierten Leistungskatalog, einem Risikoausgleich zwischen den Versicherern und Vertragsbeziehungen mit Leistungsanbietern funktioniert – also mit der PKV heutiger Prägung auch nicht mehr allzu viel gemein hätte. In jedem Fall aber müssten die Funktionsbedingungen für einen gemeinsamen Krankenversicherungsmarkt sehr viel gründlicher ausgelotet werden, als es jetzt offenbar im Schnell schuss-Verfahren in der SPD-Arbeitsgruppe geschehen ist.



Ein gemeinsamer Markt für gesetzliche und private Krankenversicherer setzt gleiche Wettbewerbsbedingungen voraus.

Mögliche Verwendung von Steuermitteln im Kontext der Krankenversicherung

über	an	bewirkt	Beispiele
Beiträge	Kassen	beitragsbasierten Versicherungsschutz für bestimmte Personengruppen	für Bezieher von Sozial-, Arbeitslosenhilfe, möglich auch für Kinder und Jugendliche
Erstattungen	Kassen	sachgerechte Finanzierung bestimmter Leistungsausgaben	für definierte Auftragsleistungen („versicherungs-fremde“ Leistungen)
Zuschüsse, pauschal	GKV	unspezifisch in Bezug auf Umfang und Zweckbindung	allgemeiner Bundeszuschuss in der Rentenversicherung, Kapitalsteuer-Modell der SPD
Zuschüsse, individuell	Beitragszahler	Begrenzung der Beitragsbelastung	Einkommensausgleich nach Bedürftigkeit in Pauschalprämienmodellen

Im Kontext der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung könnten Steuermittel auf unterschiedliche Art und Weise verwendet werden: Der Staat könnte für bestimmte Personengruppen Beiträge an die Krankenkassen zahlen, wie er dies schon heute bei den Beziehern von Sozial- und Arbeitslosenhilfe tut. Außerdem könnte der Staat auch bestimmte

Leistungen erstatten. Denkbar zudem: pauschale staatliche Zuschüsse ohne Zweckbindung wie beim allgemeinen Bundeszuschuss zur gesetzlichen Rentenversicherung. Individuelle staatliche Zuschüsse an Beitragszahler könnten deren finanzielle Belastung begrenzen (Einkommensausgleich in Prämienmodellen).

Mehr Realpolitik statt Suche nach der „Weltformel“. Eine Schlussbemerkung kann an dieser Stelle naturgemäß nur den Charakter eines vorläufigen Zwischenfazit haben. Angesichts der festgefahrenen Reformdebatte kann man den Verantwortlichen eigentlich nur raten, die vergebliche Suche nach der „Weltformel“ erst einmal wieder einzustellen und sich stattdessen um praktikable Schritte einer zielgerichteten Weiterentwicklung der GKV zu bemühen. Ob sich die vorliegenden Konzepte für den Wahlkampf eignen, mag anderenorts entschieden werden – für die GKV scheinen sie jedenfalls nur von begrenztem Nutzen. Gewarnt sei aber auch vor Formelkompromissen. Wenn etwa die bayerische Gesundheitsministerin Christa Stewens mit dem Satz zitiert wird: „Ich kann mir die Gesundheitsprämie auch einkommensabhängig vorstellen“, macht dies von der Logik her so viel Sinn wie ein schwarzer Schimmel. Das Interesse der Politiker an Gesichtswahrung in Ehren – aber tunlichst nicht auf Kosten grundlegender Strukturprinzipien der GKV.



Über den Streit um die Kassenfinanzierung dürfen die Strukturprobleme auf der Ausgabenseite nicht in Vergessenheit geraten.

Systemwechsel muss nicht sein. Ein vorrangiger Reformschritt sollte die Abkoppelung der Arbeitskosten von der Entwicklung der Beiträge sein – dies kann jedoch auch ohne einen grundlegenden Systemwechsel geschehen. Es trifft auch nicht zu, wenn behauptet wird, dass zum Beispiel die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags beschäftigungspolitisch „nichts bringe“, weil sie an dem „Abgabenkeil“ (zwischen Brutto und Netto) nichts ändere. Für die Arbeitskosten-Perspektive ist der Abgabenkeil irrelevant, denn für die Arbeitgeber kommt es allein auf die Höhe der Gesamtkosten an und nicht auf ihre Zusammensetzung. Ein festgeschriebener Arbeitgeberbeitrag beendet die automatische Verknüpfung der Arbeitskosten mit der Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge.

Ob damit tatsächlich mehr Beschäftigung erreicht wird, ist eine andere Frage – in jedem Fall könnte endlich wieder „echte“ Gesundheitspolitik betrieben werden, und das ist angesichts zahlreicher Strukturdefizite im Versorgungssystem bitter nötig. Und was die „Schimäre“ Parität angeht: Es mutet schon etwas grotesk an, wenn sich SPD und Grüne verbal für den Erhalt der Beitragsparität ins Zeug legen, gleichzeitig aber den Patienten und Versicherten einen immer größeren Teil der Finanzierungslast zuschieben – etwa in Gestalt des eigenständigen Versichertenbeitrags von 0,9 Prozentpunkten, der nach den Vorstellungen der Regierungsparteien ab Mitte 2005 erhoben werden soll.

Die Versicherten wollen in der großen Mehrheit keine Beitragssatzsenkungen, die durch zunehmende Leistungskürzungen und Zuzahlungserhöhungen erkaufte werden. Sie sind vielmehr bereit, für umfassende Versorgungsleistungen mit guter Qualität auch einen angemessenen Beitrag zu leisten. Dabei müssen die Belastungen gerecht verteilt werden. Ein steuerfinanzierter Beitrag – kein „nebulöser“ Zuschuss! – für Kinder

und Jugendliche könnte durchaus ein erster Schritt sein, alle Bürger in eine gerechte Lastenverteilung einzubeziehen.

In Bezug auf das Verhältnis GKV zu PKV dürfte die Reformdebatte zumindest im Bewusstsein der Beteiligten einiges bewirkt haben. Dass Arbeitnehmer mit einem Monatseinkommen von 3.865 Euro andere Wahlrechte und Solidarverpflichtungen haben als ihre Kollegen, die fünf Euro weniger verdienen, ist ebenso anachronistisch wie die Mitte der 90er Jahre abgeschafften ungleichen Wahlrechte von Arbeitern und Angestellten. Ein anderes Kapitel sind die Beamten. Längst gibt es in Bund und Ländern Bestrebungen, den Umfang des Berufsbeamtentums

deutlich zu reduzieren. Längerfristig ließe sich durch die Abschaffung des Beihilfesystems für die Steuerzahler viel Geld sparen. Dies betrifft immerhin

die größte Gruppe der Privatversicherten und damit auch unmittelbar die PKV. Noch viel zu wenig beachtet wird dagegen die zunehmend heterogene Gruppe der Selbständigen. Die pauschale Formel „selbstständig gleich einkommensstark“ gilt angesichts der vermehrten „Einpersonen-Selbständigkeit“ (Freelancing, Honorar- und Werkverträge, Subunternehmertum, etc.) schon längst nicht mehr. Die Orientierung der Sozialsysteme an Statusmerkmalen der Erwerbstätigkeit ist nicht mehr zeitgemäß – auch nicht in der Krankenversicherung.

Strukturen effizienter machen. Vor allem aber muss endlich eine Reform der Steuerungsstrukturen in der Gesundheitsversorgung in Angriff genommen werden. Hierzu ist noch viel konzeptionelle Arbeit zu leisten. Was bislang von Politikern und von den meisten ihrer wissenschaftlichen Berater an Aussagen zu „mehr Wettbewerb“ erfolgt ist, bleibt weithin vage und diffus. Dabei steht gerade hier ein politischer Kraftakt an. ♦

Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). E-Mail: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de

Web- und Lesetipps

- Die zahlreichen Gutachten, Arbeitspapiere und Modellvorschläge zur Finanzierungsreform finden sich weithin vollständig im Internet unter www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/seiten/02_politik.htm
- **Joachim Klose/Henner Schellschmidt:** Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick. Wissenschaftliches Institut der AOK, WIdO-Materialien 45, Bonn 2001.
- **Ursula Engelen-Kefer (Hrsg.):** Reformoption Bürgerversicherung: Wie das Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden kann. VSA-Verlag, Hamburg 2004.
- **Martin Pfaff/Heinz Stapf-Finé (Hrsg.):** Bürgerversicherung – solidarisch und sicher! Die Rolle von GKV und PKV, Beitragsgrundlagen, Leistungskatalog, rechtliche Umsetzung. VSA-Verlag, Hamburg 2004.