

ALOYS PRINZ

Finanzierungsalternativen der gesetzlichen Krankenversicherung: Gesundheitspauschalen und steuerfinanzierte Konzepte

Zusammenfassung

Für eine grundlegende Reform der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens liegen verschiedene Modelle vor. In diesem Beitrag werden einige Vorschläge für die Finanzierung über eine ‚Kopfpauschale‘, ‚Kopfprämie‘ oder ‚Gesundheitspauschale‘ vorgestellt und diskutiert. Der Autor legt dazu zunächst einen detaillierten Kriterienkatalog vor, der auf den – im Text weiter ausdifferenzierten – Kriterien *Effizienz*, *Gerechtigkeit* und *Nachhaltigkeit* basiert. Anhand dieses Kriterienkataloges werden das gegenwärtige Finanzierungsmodell und drei verschiedene Kopfpauschalen-Modelle sowie ein Bürgerversicherungsmodell einer eingehenden Kritik und schließlich einem Vergleich unterzogen. Die Entscheidung für eines der Modelle wird von der jeweiligen Präferenz für das eine oder andere Kriterium abhängen – und bleibt deshalb am Ende dem Leser und der Leserin überlassen. Freilich legt die vorliegende Untersuchung eine Entscheidung nahe.

Schlüsselwörter

Gesundheitsökonomik – Finanzierung des Gesundheitswesens – Kopfpauschalen – Gesundheitspauschalen

Einleitung

Die Finanzierung des Gesundheitswesens und insbesondere die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland werden aus verschiedenen Gründen seit einigen Jahren kritisiert. Von ökonomischer Seite wird die Nachhaltigkeit der jetzigen, auf dem Arbeitseinkommen nichtselbständig Beschäftigter basierende Beitragsfinanzierung bezweifelt¹, die Verteilungswirkungen als unsystematisch und willkürlich kritisiert sowie die beschäftigungsfeindlichen Wirkungen dieser Finanzierungsform thematisiert. Darüber hinaus wird argumentiert, dass die jetzige Finanzierungsform ein zentrales Reformhemmnis für die Leistungsseite der Krankenversicherung darstellt.² Politisch scheint die jet-

¹ Siehe dazu neuerdings: *Stefan Fetzer/Bernd Raffelhüschen*, Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, Bd. 6, Oxford u. a. 2005, 255–274.

² Siehe zur ökonomischen Analyse und Kritik z. B. *SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, Jahresgutachten 2004/05: *Erfolge*

zige Finanzierungsform vor allem deshalb nicht mehr haltbar zu sein, da ohne Beitragssatzanhebungen die aktuellen, immer wieder auftretenden Lücken zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben kaum mehr zu schließen sind, wofür einerseits der medizinisch-technische Fortschritt, andererseits aber die hohe Arbeitslosigkeit und die Erosion der Beitragsbemessungsgrundlage verantwortlich gemacht werden.³ Die ökonomische und die politische Analyse stimmen insofern überein, als beide zu dem Ergebnis kommen, dass die jetzige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht länger haltbar erscheint.

Die am besten bekannten Reformvorschläge basieren auf dem Ergebnis zweier Expertenkommissionen, der nach ihrem jeweiligen Vorsitzenden benannten Rürup- und Herzog-Kommission⁴, wobei von der Rürup-Kommission beide Basiskonzepte in die Diskussion eingebracht wurden. Beide Konzepte – die Bürgerversicherung und die Kopfpauschale – wurden in modifizierter und teilweise konkretisierter Form von den politischen Parteien sowie auch von anderen Institutionen und der Wissenschaft aufgenommen und mittlerweile zu einem Spektrum von jeweils

im Ausland – Herausforderungen im Inland, Wiesbaden 2004; *Aloys Prinz*, Hauptsache gesund! Ist das Gesundheitswesen wert, was es kostet?, in: *Institut für Kirche und Gesellschaft* (Hg.), Das Gesundheitswesen in der Kostenfalle, Iserlohn 2004, 16–39; *Dieter Cassel/Andreas Postler*, Warten auf Rürup? Zur Dringlichkeit einer Finanzierungsreform der GKV, in: *Wirtschaftsdienst* 7/2003, 437–444; *Dieter Cassel*, Die Notwendigkeit ergänzender Alterungsreserven und höherer Rentner-Beiträge in der GKV, in: *Wirtschaftsdienst* 2/2003, 75–80; *Klaus-Dirk Henke*, Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen – Ein Buch mit sieben Siegeln, in: *Wirtschaftsdienst* 2/2003, 80–85; *Peter Zweifel/Michael Breuer*, Plädoyer für risikogerechte Prämien in der Krankenversicherung, in: *Wirtschaftsdienst* 2/2003, 85–88; *Klaus Jacobs*, Die GKV als solidarische Bürgerversicherung, in: *Wirtschaftsdienst* 2/2003, 88–91; *Dirk Meyer*, Gedanken zur Krise des Gesundheitswesens, in: *Sozialer Fortschritt* 51 (2002) 172–177; *Eberhard Wille*, GKV: Reformbedarf bei der Beitragsgestaltung, in: *Wirtschaftsdienst* 5/2000, 263–265; *Dieter Thomae*, Mehr Beitragsgerechtigkeit zwischen den Krankenkassen?, in: *Wirtschaftsdienst* 5/2000, 266–267; *Norbert Klusen*, Weiterentwicklung des Wettbewerbs, in: *Wirtschaftsdienst* 5/2000, 268–269; *Aloys Prinz*, Finanzierungsprobleme und -alternativen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Die BKK. Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung* 86 (1998) 599–605.

³ Für eine Analyse des Zusammenhangs zwischen der Änderung des Erwerbsverhaltens und der Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung vgl. *Elke Baummann/Jens Weidmann*, Finanzierungsprobleme in der GKV: Folge eines veränderten Erwerbsverhaltens?, in: *Wirtschaftsdienst* 3/2003.

⁴ Siehe *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (Hg.), *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme* (Bericht der ‚Rürup-Kommission‘), Berlin 2003; Bericht der Kommission ‚Soziale Sicherheit‘ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (‚Herzog-Kommission‘), Berlin, 29.09.2003.

ähnlichen, aber dennoch unterschiedlich konkretisierten Konzepten weiterentwickelt.⁵

In diesem Beitrag sollen Konzepte, die auf Kopfpauschalen basieren, mit solchen verglichen werden, die (mehr oder weniger) steuerbasiert sind. Dabei ist das Ziel nicht, eine möglichst große Zahl von Varianten der Grundmodelle zu analysieren und zu bewerten, sondern kriterienbasiert grundsätzliche Unterschiede zwischen den Modellen aufzuzeigen und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen daraus zu ziehen. Zu diesem Zweck ist der Beitrag wie folgt aufgebaut: Zunächst werden im ersten Kapitel Kriterien für die Bewertung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erarbeitet. Daran schließt sich im zweiten Kapitel die Analyse und Bewertung der derzeitigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung an. Im dritten Kapitel werden Kopfpauschalen und eine mögliche Variante der Bürgerversicherung analysiert und bewertet. Der Beitrag wird mit einer Zusammenfassung und einem Fazit im vierten Kapitel abgeschlossen.

1. KRITERIEN ZUR BEWERTUNG VON FINANZIERUNGSAKTIVITÄTEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Es dürfte weitgehend Einigkeit darüber bestehen, dass die Oberziele für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung Effektivität und Effizienz, Fairness und Nachhaltigkeit lauten. Unter Effektivität ist – bezogen auf das Gesundheitswesen – die bestmögliche Qualität der Gesundheitsleistungen zu verstehen, die verfügbar ist.⁶ Diese Leistungen müssen – und zwar sowohl aus ökonomischer wie auch ethischer Sicht⁷ – effizient bereitgestellt werden, das heißt mit dem geringst möglichen Einsatz knapper Ressourcen (Arbeit, Kapital etc.). Gleichzeitig sollen das Gesundheitswesen als Ganzes wie auch seine Finanzierung fair sein, vor allem dann, wenn die Finanzierung aus öffentlichen Mitteln erfolgt. Das Fairness-Kriterium spielt darüber hinaus sicherlich auch eine Rolle bei

⁵ Vgl. dazu umfassend *Fritz Beske/Thomas Drabinski*, Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bürgerversicherung, Kopfpauschale und andere Optionen im Test, Kiel 2004.

⁶ Für eine Untersuchung *legitimierbarer* Ziele der Gesundheitspolitik siehe *Dirk Sauerland*, Gesundheitspolitik in Deutschland. Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven, Gütersloh 2002, 256 ff.

⁷ Vgl. *Markus Pawelzik/Aloys Prinz*, The Moral Economics of Psychotherapy, in: *Thomas Schramme/Johannes Thome* (Hg.), *Philosophy and psychiatry*, Berlin/New York 2004, 370–386.

der Frage, zu welchem Teil das Gesundheitswesen öffentlich bzw. privat finanziert werden soll. Da das Gesundheitswesen für einen langfristigen Bestand angelegt ist, sollen die Regelungen sicherstellen, dass es auch zukünftig finanzierbar bleibt (Nachhaltigkeit). Diese Oberziele müssen konkretisiert werden, um anwendbar zu sein.

Im Bereich der *Effizienz* werden drei Effizienzbegriffe unterschieden, die makroökonomische Effizienz, die Produktions- und die Konsumeffizienz:⁸ (1) Unter *makroökonomischer Effizienz* wird allgemein – Chernichovsky u. a. folgend – die Möglichkeit des Staates verstanden, eine effiziente Wirtschafts-, Sozial- und makroökonomische Politik in Verbindung mit dem Gesundheitssystem zu betreiben.⁹ Dazu gehört aber auch das Ausmaß, in dem der Staat die Höhe der Gesundheitsausgaben kontrollieren kann, da diese Ausgaben Einfluss auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung (insbesondere auf das Wachstum) haben können.¹⁰ Das Gesundheitswesen ist makroökonomisch effizient, wenn der gesellschaftlich festgelegte Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP auch erreicht wird.¹¹ Diese Art der Effizienz sagt allerdings noch nichts darüber aus, wie mit den finanziellen Mitteln im Gesundheitssystem umgegangen wird und wie dies zu bewerten ist. Hierzu sind zwei weitere Effizienzbegriffe erforderlich. (2) Die *Produktionseffizienz* (auch technische Effizienz genannt) verlangt, dass die auf der Seite der Leistungsanbieter stattfindenden Prozesse der Herstellung von Gesundheitsgütern und -leistungen mit dem geringst möglichen Ressourceneinsatz ablaufen. (3) Die *Konsumeffizienz* fordert, dass die bereit gestellten Gesundheitsgüter und -leistungen qualitativ und quantitativ den Bedürfnissen und Wünschen der Konsumenten bzw. Patienten entsprechen. Darüber hinaus besteht eine weitere Bedingung für Konsumeffizienz in der Abwesenheit von *Moral hazard*- und *Free-rider-Verhalten* bei der Inanspruchnahme von

⁸ Siehe dazu insbesondere *David Chernichovsky/Arkady Bolotin/David de Leeuw, A Fuzzy Logic Approach toward Solving the Analytical Maze of Health System Financing*, NBER Working Paper No. W 8470, National Bureau of Economic Research, Cambridge 2001.

⁹ Vgl. ebd. Seite 11: „This includes setting taxes, for example, which affect income distribution, employment, and inflation, that have social and economic implications beyond the health system.“

¹⁰ Vgl. ebd. 11 f.

¹¹ Die Sinnhaftigkeit dieser Zielsetzung ist allerdings nur dann gegeben, wenn ein nicht unerheblicher Teil des Gesundheitswesens öffentlich, d. h. über Zwangsabgaben in Form von Beiträgen und Steuern, finanziert wird. In rein privaten Systemen dagegen ist dieses Kriterium nicht sinnvoll, da Selbstorganisationsprozesse den ‚optimalen‘ Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP endogen über unzählige Einzelentscheidungen determinieren. Vgl. dazu *H. Tristram Engelhard, The Foundations of Bioethics*, New York/Oxford 1986, 344 ff.

Gesundheitsleistungen.¹² Damit beinhaltet die Konsumeffizienz ein ausgewogenes Preis-Leistungsverhältnis und damit zwei Aspekte: Konsumenten- bzw. Patientenzufriedenheit sowie eine entsprechende (Beitrags-) Zahlungsbereitschaft. Erfolgt die Produktion der Gesundheitsgüter und -leistungen mit geringst möglichem Ressourceneinsatz, entsprechen Qualität und Quantität den Bedürfnissen und Wünschen der Konsumenten bzw. Patienten. Liegt darüber hinaus weder *Moral hazard*- noch *Freerider-Verhalten* vor, dann spricht man auch von einem allokativ effizienten Gesundheitswesen.

Das Oberziel der *Fairness* im Gesundheitswesen kann in drei Zielaspekte – in horizontale, vertikale und intergenerationale Fairness – unterteilt werden:¹³ (1) *Horizontale Fairness* fordert, dass der Zugang von Personen zu Leistungen des Gesundheitswesens hauptsächlich über ihren medizinisch erforderlichen Bedarf und nicht nach ihrer Zahlungsfähigkeit gesteuert wird.¹⁴ (2) *Vertikale Fairness* verlangt, dass die Zahlungen zur Finanzierung des Gesundheitswesens hauptsächlich nach ihrer Leistungsfähigkeit und nicht nach den tatsächlichen oder wahrscheinlichen Kosten der Gesundheitsleistungen bemessen werden.¹⁵ (3) *Intergenerationale Fairness* bestimmt, dass jede Generation diejenigen Gesundheitsleistungen bezahlt, die sie in Anspruch nimmt, d. h. dass eine Lastverschiebung auf künftige Generationen möglichst unterbleibt.¹⁶

Das Prinzip der intergenerationalen Fairness stellt das Verbindungsglied zum Oberziel der *Nachhaltigkeit*¹⁷ dar. Letzteres wird hier aus den Zielen Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens

¹² Vgl. David Chernichovsky/Arkady Bolotin/David de Leeuw, A Fuzzy Logic Approach (Anm. 8), 10.

¹³ Da die Begriffe horizontale und vertikale Gleichheit i. d. R. einkommensbezogen definiert sind, wird hier der Begriff der Gleichheit durch den der Fairness ersetzt. David Chernichovsky, Arkady Bolotin und David de Leeuw (Anm. 8) verwenden die ersten beiden Gleichheitsbegriffe, nicht aber den dritten.

¹⁴ Vgl. Adam Wagstaff/Eddy van Doorslaer, Equity in the Financing of Health Care: Some International Comparisons, in: Journal of Health Economics, Vol. 11, Amsterdam 1992, 361–387; Dies., Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons, in: Journal of Health Economics, Vol. 11, Amsterdam 1992, 389–411; David Chernichovsky/Arkady Bolotin/David de Leeuw, A Fuzzy Logic Approach (Anm. 8), 31.

¹⁵ Vgl. ebd.

¹⁶ Dieser Fairnessbegriff basiert auf den so genannten Generationenbilanzen. Siehe zu Generationenbilanzen z. B. Deutsche Bundesbank, Die fiskalische Belastung zukünftiger Generationen – eine Analyse mit Hilfe des Generational Accounting, in: Deutsche Bundesbank, Monatsbericht November 1997, 17–30.

¹⁷ Zum Begriff der Nachhaltigkeit und seiner Anwendung auf dem Gebiet der öffentlichen Finanzen vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, Nachhaltigkeit in der Finanzpolitik, Gutachten, Bd. 71, Berlin 2001.

und Sicherung der langfristigen Verlässlichkeit des Gesundheitssystems definiert: (1) Die *langfristige Finanzierbarkeit* ist die notwendige Bedingung dafür, dass die gesetzliche Krankenversicherung auch künftig ihre Versicherungsfunktion erfüllen kann. Dies schließt auch ein, dass die folgenden Generationen, wenn sie ins Erwerbsleben treten, bereit und in der Lage sind, diese Versicherung weiterhin zu finanzieren. (2) Die Sicherung der *langfristigen Verlässlichkeit* setzt voraus, dass die Finanzierbarkeit (als notwendige Bedingung) gesichert ist und auch die hinreichenden Bedingungen für die Sicherung des Systembestandes gewährleistet sind. Letztlich bedeutet dies, dass das Verhältnis von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Beiträgen zu ihrer Finanzierung von einer Mehrheit der Bevölkerung als ausgewogen angesehen werden muss, und zwar intra- wie intergenerational.

Damit werden hier insgesamt drei Oberziele zur Bewertung von Finanzierungsalternativen der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen, die in acht Zielen konkretisiert sind. Damit sollte es möglich sein, eine umfassende und differenzierte Bewertung durchzuführen. Der Nachteil dieses differenzierten Vorgehens ist, dass nicht gesichert ist, dass eine Finanzierungsvariante allen anderen, bezogen auf jedes einzelne Ziel, überlegen ist. Die wissenschaftliche Antwort auf das ‚beste‘ Finanzierungssystem kann daher vermutlich nur eine *kontingente* sein.

2. KRITIK DER STATUS QUO-FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Die zur Zeit gültige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung lässt sich zusammenfassend wie folgt beschreiben:¹⁸ (1) Pflichtversichert sind alle abhängig Beschäftigten mit Arbeitsentgelten bis zur Pflichtversicherungsgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze; § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). (2) Abhängig Beschäftigte mit Arbeitsentgelten oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze können sich freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der privaten Krankenversicherung versichern. (3) Bemessungsgrundlage der Beitragszahlung ist das Arbeitsentgelt aus einer

¹⁸ Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist im achten Kapitel des Sozialgesetzbuches V, §§ 220 bis 274 SGB V, geregelt. Ab 2004 zahlt der Bund den gesetzlichen Krankenkassen einen Ausgleich für versicherungsfremde Leistungen: für 2004 1 Mrd. €, für 2005 2,5 Mrd. € und ab 2006 4,2 Mrd. € pro Jahr (vgl. § 221 Abs. 1, Satz 1 SGB V). Allerdings gilt nach dem Koalitionsvertrag (2005), 68: „Die Zuweisungen aus dem Bundeshaushalt an die Gesetzliche Krankenversicherung werden schrittweise auf Null zurückgeführt.“

versicherungspflichtigen Beschäftigung bis zur Beitragsbemessungsgrenze (ein Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag; § 223 Abs. 3 Satz 1 SGB V). (4) Der Beitragssatz wird krankenkassenindividuell und in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt. (5) Familienmitglieder von Versicherten ohne eigenes Einkommen sind beitragsfrei mitversichert. (6) Bezieher von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sind – sofern sie Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind – in der GKV versichert; die Bemessungsgrundlage der Beitragszahlung ist die Rente; der Beitragssatz derjenige der jeweiligen Krankenkasse. (7) Die Beiträge werden bei abhängig Beschäftigten jeweils zur Hälfte von den Versicherten und den Arbeitgebern entrichtet; bei Rentnern jeweils zur Hälfte von ihnen selbst und dem Rentenversicherungsträger. (8) Selbstständige und Beamte unterliegen nicht der Versicherungspflicht in der GKV.

Hinsichtlich der *makroökonomischen Effizienz* gilt für die bisherige Finanzierungsform, dass sie diese kaum zu erfüllen vermag. Gemessen an der Zielkonkretisierung der deutschen Gesundheitspolitik in diesem Bereich – der Beitragssatzkonstanz über eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik – hat die Gesundheitspolitik die makroökonomische Effizienz weitgehend verfehlt. Da die öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens notwendigerweise die Festlegung des Anteils der finanziellen Mittel erfordert, die in diesen Bereich fließen, kann die tatsächliche Entwicklung nicht damit gerechtfertigt werden, dass Gesundheitsleistungen ein normales oder superiores Gut sind, dessen Ausgabenanteile schneller als die Einkommen wachsen. Diese Argumentation gilt nur für den privat finanzierten Teil der Gesundheitsausgaben. Das makroökonomische Ziel dagegen wird von der Gesundheitspolitik (als Repräsentant der Bevölkerung in dieser Hinsicht) festgelegt; wird es verfehlt, liegt makroökonomische Ineffizienz vor.

Zu fragen ist, warum dieses Ziel verfehlt wurde. Tatsächlich hängt dies mit der Finanzierungsform zusammen. Die ausgabenrelevanten Entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen werden nicht von denjenigen Institutionen und Personen getroffen, welche die Finanzierungsverantwortung tragen. Offensichtlich bewirken Patienten und Leistungserbringer eine Ausgabendynamik¹⁹, die von den Krankenkassen der gesetzlichen

¹⁹ Elke Baumann/Jens Weidmann, Finanzierungsprobleme in der GKV: Folge eines veränderten Erwerbsverhaltens?, in: Wirtschaftsdienst 3/2003, 178–187; Baumann und Weidmann untersuchen, inwiefern die Ausgabendynamik in erster Linie ein Kostenproblem ist. Siehe dazu auch Aloys Prinz, Hauptsache gesund! (Anm. 2), 16–39, mit weiteren Quellenangaben. Zu beachten ist aber, dass sich das Erwerbsverhalten drastisch geändert hat (siehe Deutsche Bundesbank, Rascher Wandel der Erwerbsarbeit, in:

Krankenversicherung und der staatlichen Gesundheitsbürokratie nicht hinreichend gesteuert werden kann. Desweiteren hat die hohe Arbeitslosigkeit in Deutschland einen Einfluss auf den Teil der makroökonomischen Ineffizienz, der finanzierungsbedingt ist. Dieser Einfluss verläuft über die Beitragszahlung selbst, die Teil der so genannten Lohnnebenkosten ist. Würden die gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmer die Beitragszahlung insgesamt (Arbeitnehmer- plus Arbeitgeberanteil) als äquivalente Finanzierung ihres Krankenversicherungsschutzes ansehen, den sie genau im vorhandenen Umfang selbst freiwillig kaufen würden, hätte die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung keine Beschäftigungseffekte.²⁰ Das heißt die Arbeitnehmer würden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in vollem Umfang selbst tragen. Sind diese Bedingungen aber nicht erfüllt, besteht die Möglichkeit, den Beitrag ganz oder teilweise über kollektive Lohnverhandlungen zu überwälzen. Die Folge sind negative Beschäftigungseffekte, die um so größer sind, je besser die Überwälzung glückt. Die Überwälzung ist für diejenigen Arbeitnehmer, die beschäftigt bleiben (also die große Mehrheit der Arbeitnehmer) positiv, für diejenigen, die deshalb arbeitslos werden, dagegen negativ zu bewerten. Solange die Sozialversicherungsbeiträge im Allgemeinen und die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung im Besonderen Lohnnebenkosten darstellen, ist daran kaum etwas zu ändern. Einschränkend muss allerdings hinzugefügt werden, dass *alle* Formen der *öffentlichen* Finanzierung der Sozialversicherungen (und daher auch der gesetzlichen Krankenversicherung) negative Allokations- und damit Beschäftigungseffekte auslösen, aber in durchaus unterschiedlicher Höhe.

Für die *Produktionseffizienz* der Leistungserbringung im Gesundheitswesen ist die Finanzierungsform der gesetzlichen Krankenversicherung von indirekter Bedeutung: Je härter²¹ die Budgetrestriktion für die Leistungserbringer ist, desto mehr werden sie zu effizienter Leistungserbringung gezwungen. Ist die Budgetrestriktion dagegen weich, ist Produktionseffizienz kaum realisierbar. Wie schon bei der makroökonomischen Effizienz dargelegt, sind die Budgetrestriktionen in vielen Bereichen des Gesundheitswesens weich. Da dies auch auf der Finanzierungsform be-

Monatsbericht Juli 2005, 15–27). Dies wird starke Auswirkungen auf die Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherung haben.

²⁰ Dies gilt übrigens auch für die Finanzierung der anderen Zweige der Sozialversicherungen.

²¹ Unter einer harten Budgetrestriktion versteht man, dass das Budget genau vorgegeben ist und – unter der Gefahr des wirtschaftlichen Untergangs – nicht überschritten werden darf. Eine weiche Budgetbeschränkung definiert zwar ein Budget, dessen Überschreitung aber nicht oder kaum negativ sanktioniert ist, so dass Überschreitungen nachfinanziert werden.

ruht, ist sie eine zusätzliche Ursache für einen Teil der technischen Ineffizienzen des Gesundheitswesens.

Auch die *Konsumeffizienz* wird bei der vorliegenden Finanzierungsform verletzt. Da die gesetzliche Krankenversicherung über das versicherungsimmanente Maß²² hinaus Umverteilungsvorgänge bewirkt, kann für die überwiegende Mehrheit der Beitragszahler nicht von einem äquivalenten Preis-Leistungsverhältnis ausgegangen werden. Beitragsfrei (mit-) versicherte Personen und solche mit niedrigen Arbeitseinkommen sind Nettotransferempfänger, pflichtversicherte Personen mit mittleren und höheren Arbeitseinkommen (bis zur Pflichtversicherungs- bzw. Beitragsbemessungsgrenze) sind Nettotransferzahler. Bei beiden Gruppen ist in besonderem Maß *Moral hazard-Verhalten* zu erwarten – bei der ersten, weil sie für die Leistungen wenig, bei der zweiten, weil sie für die in Anspruch genommenen Leistungen viel zahlen müssen.²³ Mit anderen Worten, die Umverteilungsanteile der gesetzlichen Krankenversicherung, die über die versicherungsimmanente Umverteilung zwischen den Glücklichen, die keine Gesundheitskosten haben, und den Unglücklichen, die krank geworden sind, hinausgehen, stören die Konsumeffizienz.²⁴

Die bisherige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über an das Arbeitseinkommen gekoppelte Beiträge sichert für die Versicher-

²² Alle Versicherungen bewirken eine so genannte versicherungsimmanente Umverteilung, die auch bei risikogerechten Prämien erhalten bleibt: die Umverteilung zwischen denjenigen Personen, die keinen Schaden erleiden, und denjenigen, die einen Schaden zu tragen haben. Während die Risikoäquivalenz der Prämien nach den ex ante berechenbaren Schadenswahrscheinlichkeiten bestimmt wird, ergibt sich die versicherungsimmanente Umverteilung erst ex post, also nach der zufälligen Realisation der Zufallsvariablen ‚Schadenseintritt‘. Zur Umverteilung und deren Messung (allerdings am Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung) siehe *Gert Wagner*, Zur Meßbarkeit eines versicherungsgemäßen Risikoausgleichs und der Umverteilung in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: *Winfried Schmähl* (Hg.), *Versicherungsprinzip und soziale Sicherung*, Tübingen 1985, 141–203.

²³ *Werner Mahr*, Das moralische Risiko in Individual- und Sozialversicherung: Das Prinzip und seine Tragweite, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 66 (1977) 205–240. Der Autor nennt dies auf den Seiten 212 ff. den „Bajazzo-Effekt“: Der Bajazzo muss singen, weil seine Zuhörer dafür bezahlt haben und deshalb eine (adäquate) Gegenleistung fordern. Wird diese Gegenleistung nicht angeboten, wird auf individuellem Weg (durch Verhaltensänderung) die Äquivalenz sozusagen erzwungen.

²⁴ Auch der Hinweis darauf, dass für Personen, die Zeit ihres Lebens in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, der reine Umverteilungseffekt über den Lebenszyklus deutlich niedriger ausfällt als bei periodischer Betrachtung sichtbar wird (siehe *Friedrich Breyer*, „Beitragsfreie Mitversicherung“ und „Familienlastenausgleich“ in der GKV: ein populärer Irrtum, in: *Konjunkturpolitik* 43 [1997], 213–223), ändert am grundlegenden Problem wenig. Die Konstruktion der GKV als solcher sowie die Unbeständigkeit ihrer Regeln macht eine langfristige individuelle Betrachtung nahezu sinnlos bzw. undurchführbar.

ten den Zugang zu Gesundheitsleistungen unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit und erfüllt daher für diesen Personenkreis das Kriterium der *horizontalen Fairness*. Das gilt auch für die Fälle, in denen Zuzahlungen erforderlich sind, da für diese Zuzahlungen Grenzen für die Belastung der entsprechenden Personen festgelegt sind. Obwohl etwa 90 % der Bevölkerung damit einen solchen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben, ist das für die restlichen 10 % nicht oder nicht in gleichem Maße der Fall. Selbstständige können sich nicht in der GKV versichern und Beamte sind in ein anderes Sicherungssystem eingebunden; für diese beiden Gruppen gilt nicht, dass der Zugang von der Zahlungsfähigkeit unabhängig ist. Dies hat sich vor kurzem vor allem für diese Gruppen im Alter gezeigt.

Auf den ersten Blick könnte man annehmen, dass für die Mitglieder der GKV auch das Kriterium der *vertikalen Fairness* erfüllt ist, da die Beitragszahlungen gemäß dem Arbeitseinkommen erfolgt. Genauere Untersuchungen zu den Verteilungswirkungen der GKV sowie eine umfassendere Analyse der Regeln der Beitragszahlung zeigen jedoch, dass dieses Kriterium nicht nur für Selbstständige und Beamte, sondern auch für die Mitglieder der GKV nicht erfüllt ist.²⁵ Der erste Grund dafür ist die Bemessung der Beitragszahlung am Arbeitseinkommen. Dieses ist ein unzureichender Indikator der Leistungsfähigkeit, da ein Blick in die leistungsfähigkeitsbezogene Einkommensdefinition des Einkommensteuergesetzes zeigt, dass sieben Einkunftsarten zu unterscheiden sind und erst der Einbezug aller Einkünfte die Leistungsfähigkeit wiedergibt. Arbeitseinkommen ist lediglich eine – wenn auch sehr wichtige – Komponente der Leistungsfähigkeit.

Darüber hinaus ist aber auf weitere, teilweise noch bedeutendere Verstöße gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip bei der Bestimmung der GKV-Beiträge hinzuweisen. Die beitragsfreie Familienversicherung muss als grober Verstoß gegen dieses Prinzip gewertet werden, vor allem wenn die Versicherung in der GKV auf freiwilliger Basis erfolgt, das heißt ein Einkommen oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze vorliegt. Letztere beschränkt die Höhe der Beitragszahlung (Beitragsbemessungsgrenze), und der Verbleib in der GKV kann zu großen finanziellen Vorteilen führen,

²⁵ Siehe dazu bereits *Karl-Heinrich Hansmeyer*, Effekte der Einkommensumverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Wilfried Schreiber* (Hg.), *Gesetzliche Krankenversicherung in einer freiheitlichen Gesellschaft*, Berlin 1963, 105–112; *Günter Ott*, Einkommensumverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt/Bern 1981; *Irene Becker*, Einkommensumverteilung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine empirische Untersuchung, in: *Winfried Schmäbl* (Hg.), *Versicherungsprinzip und soziale Sicherung* (Anm. 22), 98–119.

die von anderen, ärmeren Versicherten letztlich getragen werden müssen. Auch die Beitragsbemessungs- und Pflichtversicherungsgrenze an sich stellen hinsichtlich des Leistungsfähigkeitsprinzips einen eklatanten Verstoß dar. Personen und Haushalte mit entsprechend hohen Einkommen haben nicht nur die Wahl, in der GKV als freiwillig Versicherte zu bleiben, sondern auch diese zu verlassen, wenn es sich für sie finanziell lohnt. Damit aber erhalten sie die Möglichkeit, sich aus der Finanzierung desjenigen Umverteilungsanteils zu entziehen, der über die versicherungs-immanente Umverteilung hinausgeht.

In einer neueren Untersuchung ist offen gelegt worden, in welchem Ausmaß die GKV und ihre bisherige Finanzierung gegen das Prinzip der *intergenerationalen Fairness* verstoßen.²⁶ Mittels der Methode der Generationenbilanzierung zeigen Fetzer und Raffelhüschen, dass nahezu alle heute lebenden Altersjahrgänge Nettotransferempfänger sind, das heißt die Lasten der GKV werden überwiegend auf die nachfolgenden Generationen verschoben: Im Szenario ohne Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts beträgt die Mehrbelastung künftiger Generationen durch die Regelungen in der GKV 1,7 Billionen Euro oder 35 900 Euro pro Kopf dieser Generationen; berücksichtigt man den medizinisch-technischen Fortschritt, steigt die Belastung künftiger Generationen auf 99 300 Euro pro Kopf.²⁷ Die Autoren kommen daher zu dem Ergebnis, dass es sich bei der GKV „um ein allgemeines Bereicherungsabkommen zu Lasten zukünftiger Generationen“²⁸ handelt. Demgegenüber kann die private Krankenversicherung als intergenerational fair bezeichnet werden, da hier die Beitragszahlungen die Kosten decken und zudem Altersrückstellungen aus den Beiträgen der Versicherten gebildet werden. Bei der PKV liegt mithin ein kapitalgedecktes, bei der GKV ein umlage-finanziertes System vor, wobei Letzteres seinen Verpflichtungen gegenüber künftigen Generationen in eklatantem Maß nicht nachkommt.

Es kann wenig überraschen, wenn nach den vorangehenden Ausführungen auch festgestellt werden muss, dass die Nachhaltigkeit der GKV hinsichtlich der *langfristigen Finanzierbarkeit* definitiv nicht gesichert ist. Nach bisherigen Schätzungen wird der Beitragssatz der GKV bis zum Jahr 2040 unter den Bedingungen des Status quo auf 23,1 %²⁹ bis

²⁶ Siehe *Stefan Fetzer/Bernd Raffelhüschen*, Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags (Anm. 1).

²⁷ Vgl. ebd. 264.

²⁸ Ebd.

²⁹ Vgl. *Friedrich Breyer/Volker Ullrich*, Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 220 (2000) 1–17.

31,2%³⁰ ansteigen müssen. Es ist unklar, ob ein solcher Beitrag allein für die GKV jemals realisierbar sein wird.

Auch die langfristige Verlässlichkeit der GKV kann nicht als gewährleistet angesehen werden. Ob nachfolgende Generationen tatsächlich bereit sein werden, die implizite Verschuldung der GKV zu finanzieren, kann nicht beantwortet werden. Es ist lediglich zu vermuten, dass eine hohe und steigende implizite Verschuldung der GKV die langfristige Verlässlichkeit untergräbt.

Das Fazit dieses Kapitels ist in Übersicht 1 zusammengefasst. Mit Ausnahme des Kriteriums der horizontalen Fairness werden von der GKV in ihrer jetzigen Form und Finanzierung alle übrigen Kriterien mehr oder weniger stark verletzt.

Kriterium	Bewertung
Makroökonomische Effizienz	--
Produktionseffizienz	-
Konsumeffizienz	--
Horizontale Fairness	+++
Vertikale Fairness	-
Intergenerationale Fairness	---
Langfristige Finanzierbarkeit	--
Langfristige Verlässlichkeit	--

Legende: Die untersuchte Finanzierungsform erfüllt das Kriterium: +++: sehr gut; ++: gut; +: zufriedenstellend; 0: kein Einfluss; -: nicht zufriedenstellend; --: schlecht; ---: gar nicht.

Übersicht 1: Bewertung der lohnbezogenen Beitragszahlung zur Finanzierung der GKV (eigene Darstellung und Bewertung)

³⁰ Vgl. Veit Oberdieck, Beitragsatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung. Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragsatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen, Hamburg 1998. Für einen Überblick und zu einer vergleichenden Analyse entsprechender Prognosen siehe *Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)*, Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen – Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der europäischen Union, Gutachten-Endbericht, Berlin 2001.

3. ANALYSE UND BEWERTUNG VON GESUNDHEITSPAUSCHALEN MIT SOZIALEM AUSGLEICH ZUR FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG IN DEUTSCHLAND

3.1 Ökonomische Begründung der Gesundheitspauschalen

Gesundheitspauschalen beruhen auf der Idee, die Finanzierung der Versicherungsaufgabe weitestgehend von der Umverteilungsaufgabe zu trennen. Diese Überlegung basiert auf einer allgemeinen Regel für eine ordnungskonforme Bereitstellung von Kollektivgütern³¹: „Man sollte das Extensionsniveau³² bei der Wahl des Bereitstellungsverbandes für ein Gut derart wählen, dass es so niedrig wie möglich, aber so hoch wie zur Erfassung und Belastung der Gruppe der Hauptnutzungsberechtigten mit einer wohlfahrtsoptimal gestalteten Kostenumlage nötig ist und auf Grund denkbarer Verwaltungsverbundvorteile bei einer Nutzen-Kosten-Abschätzung verhältnismäßig erscheint.“³³ Allgemein erfordert eine Pareto-optimale Bereitstellung öffentlicher Güter drei Kongruenzen:³⁴ (1) Die Übereinstimmung von Nutzer- und Zahlerkreis (*Prinzip der fiskalischen Äquivalenz*). (2) Die Übereinstimmung der Kreise der Entscheidungsunterworfenen und der Kontrollberechtigten (*Demokratieprinzip bzw. institutionelle Kongruenz*). (3) Die Übereinstimmung der grundsätzlich Kontrollberechtigten mit denen, die tatsächlich die Kontrolle ausüben (*Prinzip der Immediatkontrolle bzw. Konnexität*).

Bezogen auf den Krankenversicherungsschutz und Umverteilungsaufgaben muss zunächst deren Öffentlichkeitsgrad³⁵ (gemessen anhand des Grades der Rivalität im Konsum und der Exkludierbarkeit) bestimmt werden. Für die Umverteilungsaufgabe ist leicht nachvollziehbar, dass hier (wegen fehlender Exkludierbarkeit und fehlender Rivalität) ein öffentliches Gut vorliegt, das nur auf höchstem nationalem Extensionsniveau – der Ebene des Bundes – die drei Kongruenzprinzipien erfüllbar

³¹ Letztlich handelt es sich bei dieser Regel um die Operationalisierung des Subsidiaritätsprinzips; vgl. *Heinz Grosseckter*, Die Versorgung mit Kollektivgütern als ordnungspolitisches Problem, in: *Ordo* 42 (1991) 69–89.

³² Das Extensionsniveau operationalisiert die Ebene, welche für die Bereitstellung und Finanzierung des öffentlichen Gutes geeignet ist, als Skala von der individuellen Ebene ($e = 0$) bis zur Ebene des Bundes ($e = 5$) etc. Vgl. *Heinz Grosseckter*, Öffentliche Finanzen, in: *Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik*, Bd. 1, 8. Aufl., München 2003, 561–717, 586.

³³ Ebd. 587.

³⁴ Vgl. ebd. und *Arne Heise*, European economic governance – Wirtschaftspolitik jenseits der Nationalstaaten, in: *Wirtschaftsdienst* 85 (4/2005), 230–237, 231.

³⁵ Zu diesem Konzept und seiner Messung siehe *Heinz Grosseckter*, Öffentliche Finanzen (Anm. 32).

macht: Nutzerkreis und Zahlerkreis sind die gesamte Bevölkerung als Transferempfänger bzw. Steuerzahler, die der Entscheidung unterworfenen Personen sind die Steuerzahler und Transferempfänger, die Kontrollberechtigten die Wähler; grundsätzlich entscheidungsberechtigt sind die Wähler, welche die tatsächliche Kontrolle an die von ihnen gewählten Politiker delegieren.

Für den Krankenversicherungsschutz ergibt sich ein etwas anderes Ergebnis. Insbesondere das informationsökonomische Problem der adversen Selektion³⁶, aber auch das der positiven Selektion und der positiven Externalitäten³⁷ machen den Krankenversicherungsschutz zu einem Clubgut.³⁸ Das bedeutet, der Öffentlichkeitsgrad dieses Gutes ist erheblich niedriger als derjenige der Umverteilung. Zwar ist auch beim Krankenversicherungsschutz keine direkte Rivalität im Konsum feststellbar, aber Personen, die keinen Beitrag zur Bereitstellung des Gutes leisten, können leicht identifiziert und von seiner Nutzung ausgeschlossen werden. Entsprechend dem deutlich niedrigeren Öffentlichkeitsgrad ist daher auch das Extensionsniveau niedriger anzusetzen, nämlich auf der Ebene der einzelnen Krankenkasse (die – theoretisch gesprochen – einen Club darstellt). Das aber heißt, dass Krankenversicherungsschutz prinzipiell als privates Clubgut bereitgestellt werden kann, soweit die rechtlichen Rahmenbedingungen der Ordnungspolitik in hinreichendem Maße die mögliche Selektion von Risiken verhindern und die Internalisierung möglicher Externalitäten fördern.

Daher ist aus rein ökonomischer Sicht ein Krankenversicherungskonzept für die gesamte Bevölkerung denkbar, das wie folgt aussieht: Vorgegeben wird eine Versicherungspflicht in bestimmter Höhe, der jeder Bürger mindestens nachkommen muss. Diese Pflicht wird am privaten Krankenversicherungsmarkt erfüllt, für den der Staat mit den allgemeinen Regeln der Wettbewerbspolitik für Wettbewerb unter den Versicherungen sorgt. Personen, die sich auf Grund ihres niedrigen Einkommens oder ihres schlechten Gesundheitszustandes keine Versicherung leisten können, subventioniert der Staat (steuerfinanziert) über Versicherungsgutscheine

³⁶ Dies allein reicht ohne weiteres nicht dafür aus, dass Krankenversicherungsschutz nicht als privates Gut auf wettbewerblichen Versicherungsmärkten bereitgestellt werden kann.

³⁷ Auch das Vorhandensein positiver Externalitäten wie z. B. partiellem Altruismus etc. reicht nicht aus, um zu schließen, dass Krankenversicherungsschutz nicht auch auf Wettbewerbsmärkten effizient bereitgestellt werden kann.

³⁸ Siehe dazu auch *Michael Breuer*, Ansätze für eine effiziente Organisationsstruktur in der Schweizer Sozialversicherung: Lehren aus der ökonomischen Theorie der Clubs, in: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik 235 (1999) 329–348, mit einer Anwendung auf die Schweizer Sozialversicherungen.

die Absicherung. Dies gilt auch für Personen, die von den privaten Versicherungen generell abgelehnt werden. Für diese übernimmt der Staat die Versicherung nach entsprechend ausgestalteten Kriterien und finanziert sie aus allgemeinen Steuermitteln.

Es sind vor allem meritorische Argumente (neben demjenigen, dass es sich bei der gesetzlichen Krankenversicherung um eine historisch gewachsene Institution handelt), die ein Krankenversicherungssystem legitimieren, das wie das deutsche als Parafiskus konstituiert ist. Immerhin wird auch noch in diesem System sein Club-Charakter deutlich sichtbar. Der Unterschied zur privaten Club-Lösung besteht darin, dass der GKV-Club sehr homogen hinsichtlich der Leistungen und des Niveaus der Absicherung ist (allerdings sehr heterogen hinsichtlich der Eigenschaften der Versicherten) und Wettbewerb der Unterabteilungen des Clubs (die einzelnen Krankenkassen) praktisch nicht vorhanden ist. Entscheidend für diese Konstruktion ist bisher, dass die gesamte Umverteilung innerhalb des Clubs finanziert wird. Gerade Letzteres erweist sich als fatal. Dadurch ist es nicht möglich, (a) Wettbewerb zwischen den Unterabteilungen des Clubs zuzulassen (der diese Bezeichnung auch verdient), (b) die heterogenen Club-Zwangsmitglieder sich nach ihren Präferenzen in anderen, homogeneren Clubs organisieren zu lassen und (c) die Clubs zu Effizienz- und Qualitätskontrollen zu motivieren. Kurz: Das Extensionsniveau für das Clubgut Krankenversicherungsschutz ist zu hoch angesiedelt und nutzt noch nicht einmal den faktisch vorhandenen Vorteil, dass sich der GKV-Club noch immer in mehr als 200 Teil-Clubs (Krankenkassen) unterteilt. Der Grund dafür ist die Vermengung von zwei Gütern mit grundsätzlich unterschiedlichem Öffentlichkeitsgrad.

Zu prüfen bleibt allerdings noch, ob es *Verwaltungsverbundvorteile* gibt, die groß genug sind, um die Bereitstellung des Versicherungsschutzes für den Krankheitsfall einerseits und den sozialen Ausgleich durch umverteilungspolitische Maßnahmen andererseits in einer Verwaltung – hier dem Parafiskus der GKV – zusammenzuführen. Dafür könnte sprechen, dass über die GKV alle finanziellen Mittel eingesammelt und auch tatsächlich ausschließlich für Zwecke der Absicherung der Krankheitskosten verwendet werden. Dieses in sich geschlossene System erfordert insofern keine diskretionären Entscheidungen im Rahmen der Steuerverteilung auf die einzelnen Haushaltsposten, wie sie auf der Ebene des Bundeshaushalts Jahr für Jahr getroffen werden müssen. Zudem sind die Umverteilungsleistungen des GKV-Systems für Außenstehende – also hauptsächlich die Wähler – praktisch vollkommen intransparent. Welche Kosten auf die Krankenversicherungen einerseits und die Umverteilung ande-

rerseits entfallen, ist ohne subtile Analyse der Details nicht bestimmbar. So kann leicht der Eindruck entstehen, dass die Umverteilung über den so genannten Solidarausgleich tatsächlich ‚gerecht‘ ist und zudem praktisch kostenlos zu haben ist. Für die Zustimmung der Wähler zur GKV ist das nach den Ergebnissen der politischen Ökonomie vorteilhaft. Die politischen Transaktionskosten sind damit bei einem GKV-internen Umverteilungssystem scheinbar niedriger als bei einer extern angesiedelten Umverteilungspolitik, welche die Umverteilungskosten von den Krankenversicherungskosten trennt und somit auch die Kosten der Umverteilung offen legt.

Dem sind allerdings schwerwiegende Einwände entgegen zu halten. (1) Wie eingangs schon zitiert, sind die Umverteilungsergebnisse des GKV-Systems mit landläufigen und den politisch propagierten Umverteilungsabsichten nicht in Einklang zu bringen. Das heißt, die Umverteilungseffizienz der GKV ist gering. (2) Die Versicherungseffizienz der GKV ist ebenfalls niedrig, weil eine dezentrale Struktur der GKV mit effektivem Kassenwettbewerb, differenzierten Absicherungsniveaus und effektiver Kostenkontrolle durch selektive Kontrakte mit den Anbietern von Gesundheitsleistungen infolge des zu hohen Extensionsniveaus nicht möglich ist. (3) Die Konstruktion als Parafiskus, zusammen mit dem hohen Extensionsniveau, führt dazu, dass sowohl die Kosten der Krankenversicherung als auch die Kosten des sozialen Ausgleichs als Lohnbestandteile sowohl auf der Seite der Arbeitnehmer als auch derjenigen der Arbeitgeber in Rechnung gestellt werden. Dies beeinflusst die Höhe des Keils zwischen dem für die Beschäftigten relevanten so genannten *Konsumentenlohn* und dem für die Arbeitgeber relevanten so genannten *Produzentenlohn*. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Arbeitnehmer den Krankenversicherungsbeitrag insgesamt tragen, hat die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge beschäftigungspolitische Bedeutung. Ein Anstieg dieser Beiträge reduziert demnach die Beschäftigung.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die Einbeziehung eines Club-Gutes mit niedrigem Extensionsniveau und eines öffentlichen Gutes mit hohem Extensionsniveau in einer Verwaltungseinheit nur möglich ist, wenn das hohe Extensionsniveau gewählt wird. Daher kann die GKV nicht anders organisiert werden, als sie es momentan ist. Dies zieht aber hohe Effizienzeinbußen sowohl bei der Absicherung des Krankheitskostenrisikos als auch bei der Absicherung des Sozialausgleichs nach sich. Insgesamt gesehen – unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit der GKV in Deutschland – muss davon ausgegangen werden, dass die möglicherweise niedrigeren politischen Transaktionskosten eines inner-

halb der GKV angesiedelten Umverteilungssystem nicht annähernd ausreichen, um die negativen Allokations- und Verteilungseffekte zu kompensieren.

Die nächste Frage ist, warum gerade eine fixe Pauschale für alle Erwachsenen (und eine ebenfalls fixe, aber niedrigere Pauschale für Kinder) vorgeschlagen wird. Tatsächlich verbirgt sich dahinter bereits ein verteilungspolitischer Kompromiss. Wie weiter oben schon argumentiert, besteht die ökonomisch (allokativ und distributiv) idealtypische Lösung darin, risikogerechte Prämien (analog denjenigen der privaten Krankenversicherung) festzulegen. Der soziale Ausgleich wäre dann vollständig über das Steuer-Transfer-System zu finanzieren. Da dies politisch als undurchführbar gilt³⁹, werden statt dessen feste, risikounabhängige Pauschalen als zweitbeste Lösung vorgeschlagen. Das bedeutet, dass auch die festen Pauschalen bereits eine Umverteilungsleistung enthalten (die allerdings erheblich niedriger ist als diejenige der derzeitigen Beiträge). Außerdem gibt es auch schon triftige ökonomische Gründe, die eine weitgehende oder vollständige Trennung von Allokation und Verteilung bei Versicherungen generell unmöglich machen:⁴⁰ (1) Steigende Skalenerträge verhindern – soweit sie in entsprechender Höhe tatsächlich anfallen – die Berechnung individuell äquivalenter Prämien. (2) Spielt adverse Selektion quantitativ eine bedeutsame Rolle – und dies ist gerade bei Krankenversicherungen nicht auszuschließen –, kann unter bestimmten Bedingungen eine Durchschnittstarifierung einer risikodifferenzierten Prämiengestaltung (im Sinne des Pareto-Kriteriums) überlegen sein. Die vollständige Trennung von Versicherung und Umverteilung ist demnach weder notwendig noch möglich. Nach den hier im Mittelpunkt stehenden Kriterien der Club-Theorie ist lediglich entscheidend, dass Nutzerkreis und Zahlerkreis im Sinne einer fiskalischen (nicht: individuellen) Äquivalenz übereinstimmen und darüber hinaus die Prinzipien der institutionellen Kongruenz und der Konnexität erfüllt sind. Somit sind pauschale Prä-

³⁹ Vgl. z. B. *Stefan Fetzer/Bernd Raffelhüschen*, Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags (Anm. 1).

⁴⁰ Vgl. zum Folgenden *Roland Eisen*, „Versicherungsprinzip“ und Umverteilung – Einige theoretische Überlegungen zu den Grenzen des Versicherbaren, in: *Gabriele Rolf/Paul Bernd Spahn/Gert Wagner* (Hg.), Sozialvertrag und Sicherung. Zur ökonomischen Theorie staatlicher Versicherungs- und Umverteilungssysteme, Frankfurt/New York 1988, 117–127, 121 ff. Vgl. auch *ders.*, Öffentliche Individualversicherer als Instrument der Sozialpolitik?, in: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen* 2 (1979) 207–228; *ders.*, Das Äquivalenzprinzip in der Versicherung – Unterschiedliche Folgerungen aus verschiedenen Interpretationen, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 69 (1980) 529–556.

mien aus Sicht der fiskalischen Äquivalenz ein geeignetes Finanzierungsinstrument.

Desweiteren kann gezeigt werden, dass Pauschalen – abgesehen von risikogerechten Prämien – das einzige Instrument sind, das mit (1) Wettbewerb unter den Krankenversicherungen bei Versicherungspflicht sowie (2) Entkopplung von Lohnkosten und sozial abgefederter Krankenversicherung kompatibel ist. Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenversicherungen setzt voraus, dass diese (a) unterschiedliche Versicherungspakete anbieten können (Leistungswettbewerb) und (b) selektive Verträge mit Leistungserbringern schließen können sowie durch die latente Abwanderungsdrohung der Versicherten (c) zu effizientem Verhalten, das heißt Kostenkontrolle gegenüber den Leistungserbringern, gedrängt werden. Die Erfüllung dieser Bedingungen erfordert, dass die Krankheitskosten von der Umverteilung getrennt sind, da ansonsten für die Pflichtversicherten mit niedrigeren Krankheitsrisiken die Möglichkeit besteht, über die Wahl des Mindestabsicherungspakets ihren Beitrag zur Umverteilung zu minimieren.

Die Entkopplung der Absicherung im Krankheitsfall von den Lohnkosten ist eine notwendige (wenn auch keine hinreichende) Bedingung dafür, dass längerfristig die Finanzierung der Krankheitskosten keine negativen Beschäftigungseffekte nach sich zieht. Die Entkopplung erfordert, dass künftig keine Beiträge mehr erhoben werden, deren Bemessungsgrundlage vollständig oder weit überwiegend prozentual auf das Arbeitseinkommen bezogen ist.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die ökonomische Begründung für die Gesundheitspauschalen normativ in der Theorie der öffentlichen Güter verankert ist. Die Absicherung des Krankheitskostenrisikos einerseits und die Herstellung der Zahlungsfähigkeit für den Krankenversicherungsschutz andererseits weisen ganz unterschiedliche Ausprägungen der Eigenschaft öffentlicher Güter auf: Die Krankenversicherung ist ein Club-Gut, das dezentral bereitgestellt werden kann, während die soziale Absicherung der Zahlungsfähigkeit für die Versicherung eine Umverteilungsaufgabe darstellt, die effektiv und effizient nur auf Bundesebene erbracht werden kann. Die Neuordnung der Aufgabenzuordnung ermöglicht es, Kostentransparenz, Wettbewerb im Gesundheitswesen und die Entkopplung der Finanzierung der Krankenversicherung von den Lohnkosten zu forcieren.⁴¹

⁴¹ Siehe dazu auch *Rürup-Kommission* (Anm. 4), *Herzog-Kommission* (Anm. 4) und *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung* (Anm. 2).

3.2 Konstruktionselemente einer Finanzierung über Gesundheitspauschalen mit sozialem Ausgleich

Für die Kennzeichnung der Gesundheitspauschalen reicht es bei weitem nicht aus, dass ein Pro-Kopf-Beitrag je versicherter Person festgelegt wird, der zur Finanzierung der Krankenversicherungsausgaben verwendet wird. Eine kriterienbezogene Analyse der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über Kopfpauschalen mit sozialem Ausgleich erfordert vielmehr Klarheit über eine beträchtliche Reihe von Konstruktionselementen. Zu den Kernelementen gehören hierbei folgende Bereiche: Die Art des Finanzierungsverfahrens, der pflichtversicherte Personenkreis, die Berücksichtigung des Familienzusammenhangs (Ehepartner, Kinder), der Arbeitgeberbeitrag, die Rolle der privaten Krankenversicherungen, der soziale Ausgleich und die Finanzierung des Sozialausgleichs. Für die einzelnen Elemente werden folgende Varianten diskutiert:⁴²

Art des Finanzierungsverfahrens: (a) Beibehaltung des reinen Umlageverfahrens, das heißt die Beitragszahlungen eines Jahres werden dazu verwendet, die Ausgaben der GKV desselben Jahres zu finanzieren; (b) Ergänzung des Umlageverfahrens mit einer Teilkapitaldeckung, das heißt die Beitragszahlungen eines Jahres sind so zu bemessen, dass sie die GKV-Ausgaben zusätzlich zu einer Rücklage finanzieren.

Pflichtversicherter Personenkreis: (a) Beibehaltung des bisherigen Standes, einschließlich der Pflichtversicherungsgrenze; (b) Beibehaltung wie bisher, aber ohne Pflichtversicherungsgrenze; (c) gesamte Bevölkerung, einschließlich Selbständige und Beamte.

Familienzusammenhang: (a) Eigener voller Beitrag für nichterwerbstätige Ehepartner; (b) reduzierter eigener Beitrag für nichterwerbstätige Ehepartner; (c) kostenfreie Mitversicherung von Kindern; (d) eigenständiger, reduzierter Beitrag für Kinder; (e) steuerfinanzierter, reduzierter Beitrag für Kinder.

Arbeitgeberbeitrag: (a) wie bisher; (b) Festschreibung auf dem jetzigen Niveau, ansonsten wie bisher; (c) Auszahlung mit Steuer- und Sozialabgabenpflicht; (d) Auszahlung ohne Steuer- und Sozialabgabenpflicht.

Rolle der privaten Krankenversicherungen (PKV): (a) Weiterbestehen wie bisher; (b) Integration in die GKV, das heißt die PKV übernimmt die GKV-Kopfpauschale.

⁴² Vgl. Fritz Beske/Thomas Drabinski, Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Anm. 5), 56 ff., hier werden auch die bereits vorliegenden wichtigsten Vorschläge dargestellt.

Sozialer Ausgleich: (a) Festlegung der für die Berechnung einzubeziehenden ‚Gesundheitsausgaben‘; (b) Festlegung der Belastungsgrenze (in Prozent des ‚Einkommens‘); Festlegung der Bemessungsgrundlage (Brutto- oder Nettoeinkommen).

Finanzierung des Sozialausgleichs: (a) aus Einkommensteuerzahlungen der Arbeitnehmer für den ausgezahlten Arbeitgeberbeitrag; über Steuern (b) als Zuschlag zur Einkommensteuer (‚Gesundheits-Soli‘), (c) über eine Erhöhung des Einkommensteuertarifs oder (d) über eine Erhöhung des Umsatzsteuersatzes (Mehrwertsteuer); (e) über einen weiterhin einkommensabhängigen GKV-Beitrag; (f) über Einschränkungen des Leistungskatalogs.

Für die Analyse und Bewertung einer Kopfpauschale mit sozialem Ausgleich muss diese hinreichend konkretisiert sein. Daher werden hier drei Typen dieser Finanzierungsform in ihren Kernelementen unterschieden, die sich in dieser Form bisher nicht in den vorhandenen Vorschlägen finden:⁴³

Typ 1: Maximale Äquivalenz (kurz ‚ÄquiMax‘)

Typ 2: Minimale Änderung (kurz ‚ÄnderMin‘)

Typ 3: Maximale Umverteilung (kurz ‚UmverMax‘)

ÄquiMax wird hier als diejenige Variante der Kopfpauschale definiert, die nach Ansicht des Verfassers unter den als möglich angesehenen Varianten die am weitesten gehende Umsetzung des Äquivalenzprinzips darstellt. Beitragsäquivalenz gilt aus ökonomischer Sicht als Voraussetzung dafür, die Akzeptanz der sozialen Sicherung im Krankheitsfall so breit wie möglich zu sichern und auf diese Weise die Flucht aus der obligatorischen Versicherung möglichst gering zu halten sowie den oben genannten Bajazzo-Effekt zu begrenzen. Dies impliziert, möglichst alle Umverteilungselemente, die der allgemeinen Einkommensumverteilung zuzurechnen sind, aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen und über das Steuersystem zu finanzieren.⁴⁴ Als GKV-interne Umverteilungskomponente bleibt allerdings die Solidarität zwischen

⁴³ Da es in diesem Beitrag nicht darum geht, zwischen bestimmten vorliegenden Vorschlägen zu wählen, wird dieser Weg gewählt, u. a. auch um zu prüfen, wie stark die Bewertung von der Kombination der Ausgestaltung der Kernelemente abhängt.

⁴⁴ Vgl. dazu: *Eckhard Knappe/Robert Arnold*, Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit. Gutachten für die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft, online unter: <http://www.sam.uni-trier.de/VWL_Sam/welcome.htm>, abgerufen 01.03.2006; vgl. *Aloys Prinz*, Hauptsache gesund! (Anm. 2), 16–39, 28–31.

Gesunden und Kranken sowie zwischen Personen mit unterschiedlichen Krankheitsrisiken weiterhin bestehen, da auf risikoäquivalente Beiträge verzichtet wird.⁴⁵ Die Gestaltung von *ÄquiMax* könnte konkret wie folgt aussehen: Das Umlageverfahren der GKV wird um eine teilweise Kapitaldeckung ergänzt. Die gesamte Bevölkerung wird in diese Versicherung einbezogen. Erwerbstätige Versicherte zahlen die volle Kopfpauschale, ebenso ein nichterwerbstätiger Ehepartner. Für Kinder wird eine steuerfinanzierte, reduzierte Pauschale an die GKV gezahlt. Der Arbeitgeberbeitrag zur GKV wird ausgezahlt und ist steuer- sowie sozialabgabenpflichtig. Die PKV wird in die GKV integriert. Der soziale Ausgleich erfolgt, wenn die Gesundheitsausgaben eines Haushalts (ohne Prämienzahlungen an private Krankenversicherungen⁴⁶) mehr als 13 % des Bruttohaushaltseinkommens ausmachen. Die Finanzierung des Sozialausgleichs erfolgt über die Einnahmen aus der Steuerzahlung auf den ausgezahlten Arbeitgeberanteil und (für den verbleibenden Rest) über Einschränkungen des GKV-Leistungskatalogs.⁴⁷

ÄnderMin als zweite Variante des solidarischen Kopfpauschalenmodells hat als zentrales Konstruktionsmerkmal die Minimierung der Änderungen gegenüber der bisherigen GKV. Dies kommt vermutlich den Bürgern insofern entgegen, als sie mit den bisherigen GKV-Regelungen vertraut sind. Damit kann das GKV-System seiner Struktur nach weitergehend erhalten werden als bei anderen Varianten der Kopfpauschale. Die Gestaltung von *ÄnderMin* könnte konkret wie folgt aussehen: Das reine Umlageverfahren ohne (Teil-)Kapitaldeckung wird beibehalten, ebenso die Festlegung des Kreises der Pflichtversicherten inklusive der Pflichtversicherungsgrenze. Kinder werden beitragsfrei mitversichert, für nichterwerbstätige Ehepartner wird eine Kopfpauschale in voller Höhe erhoben. Der Arbeitgeberbeitrag wird grundsätzlich beibehalten, aber in seiner jetzigen Höhe festgeschrieben. Die private Krankenversicherung

⁴⁵ Aus ökonomischer Sicht wären risikoäquivalente Beiträge – mit entsprechender Subventionierung des privaten Kaufs von Krankenversicherungspolice – unter bestimmten idealisierten Bedingungen die beste Lösung; vgl. *Peter Zweifel/Michael Breuer* (Anm. 2). Für die theoretische Analyse der Effekte einer risikobezogenen Beitragsberechnung bei grundsätzlich einkommensbezogenen Beiträgen mit Solidarausgleich siehe *Aloys Prinz*, Eine beinahe optimale Modell der Krankenversicherung. Versuch einer Integration von Allokations- und Verteilungspolitik im Gesundheitswesen, in: *Jahrbuch für Sozialwissenschaft* 41 (1990) 122–134.

⁴⁶ Sofern politisch gewünscht, kann der Zukauf privater Krankenversicherungsleistungen gesondert für bestimmte Personengruppen durch ein Gutscheinsystem gefördert werden.

⁴⁷ Dies schafft Raum für eigenständige Leistungen der PKV, die wegen der Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in das Kopfpauschalenmodell Gefahr laufe, keine Aufgaben mehr zu haben.

besteht weiter. Die Belastungsgrenze für den sozialen Ausgleich wird auf 13 % der Gesundheitsausgaben in Relation zum Haushaltsbruttoeinkommen festgelegt. Die Finanzierung des Sozialausgleichs findet innerhalb der GKV über einen einkommensabhängigen GKV-Beitrag statt.

UmverMax ist konzeptionell so zu verstehen, dass ein Maximum an Umverteilung unter der Prämisse eines Kopfpauschalensystems realisiert werden soll. Diese Variante ist vor allem als Gegenpol zur ersten Variante (*ÄquiMax*) zu sehen, die das Äquivalenzprinzip als zentrales Konstruktionsmerkmal enthält. Die Gestaltung von *UmverMax* könnte konkret wie folgt aussehen: Das reine Umlageverfahren wird beibehalten. Die gesamte Bevölkerung wird in diese Versicherung einbezogen. Erwerbstätige Versicherte zahlen die volle Kopfpauschale. Für nichterwerbstätige Ehepartner wird die volle Pauschale, für Kinder eine reduzierte Pauschale an die GKV aus dem Steueraufkommen des Bundes gezahlt. Der Arbeitgeberbeitrag zur GKV wird steuer- und sozialabgabenfrei ausgezahlt. Die

	ÄquiMax	ÄnderMin	UmverMax
Finanzierungsmodus	Umlage plus Teilkapitaldeckung	reine Umlage	reine Umlage
Pflichtversicherte	gesamte Bevölkerung	Pflichtversicherte bis zur Pflichtversicherungsgrenze	gesamte Bevölkerung
Familienversicherung	Versicherte und Ehepartner volle, Kinder reduzierte Pauschale	Versicherte und Ehepartner volle Pauschale, Kinder beitragsfrei	Versicherte und Ehepartner volle, Kinder reduzierte Pauschale
Arbeitgeberbeitrag	Auszahlung, steuer- und sozialabgabenpflichtig	Beibehaltung und Festschreibung	Auszahlung, steuer- und sozialabgabenfrei
PKV	Integration GKV und PKV	eigenständige PKV mit Vollversicherungsangebot	PKV nur noch für Zusatzversicherungen
Sozialer Ausgleich	Kinderpauschale; Gesundheitsausgaben > 13 % des Haushaltsbruttoeinkommens	Gesundheitsausgaben > 13 % des Haushaltsbruttoeinkommens	Ehepartner- und Kinderpauschale; Gesundheitsausgaben > 13 % des Haushaltsbruttoeinkommens
Finanzierung des Sozialausgleichs	Steueraufkommen aus Arbeitgeberbeitrag; Reduktion des Leistungskatalogs	zusätzlicher einkommensabhängiger GKV-Beitrag	Tarifierhöhung der Einkommensteuer

Übersicht 2: Drei Varianten des Konzepts der Gesundheitspauschale (Eigene Darstellung)

Aufgaben der PKV werden auf die Zusatzversicherung beschränkt. Der soziale Ausgleich erfolgt, wenn die Gesundheitsausgaben eines Haushalts (ohne die steuerfinanzierten Pauschalen für Ehepartner und Kinder, aber inklusive der Prämienzahlungen für Zusatzleistungen an private Krankenversicherungen) mehr als 13 % des Bruttohaushaltseinkommens ausmachen. Die Finanzierung des Sozialausgleichs erfolgt über eine Tarifierhöhung der Einkommensteuer. Übersicht 2 zeigt zusammenfassend den Aufbau der drei hier definierten Gesundheitspauschalenvarianten.

3.3 Bewertung der Gesundheitspauschalen

3.3.1 ÄquiMax-Gesundheitsprämie

Im Folgenden sollen die drei hier abgegrenzten Varianten der Gesundheitspauschale einer Bewertung anhand der im ersten Abschnitt genannten Kriterien unterzogen werden. Die Bewertung kann nur qualitativ erfolgen, da die quantitativen Effekte von der Ausgestaltung im Detail abhängen; zudem kann eine sichere quantitative Analyse immer nur ex post erfolgen. Für die *makroökonomische Effizienz* von Finanzierungssystemen gilt generell, dass eine Steuerfinanzierung grundsätzlich als diejenige Finanzierungsform angesehen wird, welche dieses Kriterium am besten erfüllt.⁴⁸ Das liegt darin begründet, dass der Staat im Rahmen des Budgets sowohl die Ausgabenkontrolle als auch die Finanzierung in der Hand hat. Daher ergibt sich auch unmittelbar, dass die Teil-Finanzierung des sozialen Ausgleichs über die Steuereinnahmen aus dem ausgezahlten bisherigen Arbeitgeberbeitrag makroökonomisch effizient ist. Dies gilt allerdings nicht für die Rest-Finanzierung über den reduzierten Leistungskatalog, da die entsprechend ausgegliederten Leistungen in staatlich nicht kontrollierbarem Maß privat abgesichert und finanziert werden.⁴⁹ Diese sind makroökonomisch nicht effizient, da sie der staatlichen Kontrolle entzogen sind. Auch die *Produktionseffizienz* des Gesundheitswesens wird von dieser Finanzierungsform beeinflusst. Diese hängt in hohem Maße davon ab, ob die Versicherungsträger zu effektiver Kostenkontrolle bereit und in der Lage sind. Ob Produktionseffizienz über die

⁴⁸ Vgl. *David Chernichovsky/Arkady Bolotin/David de Leeuw*, A Fuzzy Logic Approach (Anm. 8), 11 f., 32, Table 2.

⁴⁹ Daher kommt nach *David Chernichovsky/Arkady Bolotin/David de Leeuw*, A Fuzzy Logic Approach (Anm. 8), 12, 32, Table 2 der privaten Finanzierung der Gesundheitsausgaben der niedrigste Wert hinsichtlich der makroökonomischen Effizienz der möglichen Finanzierungsalternativen zu.

ÄquiMax-Gesundheitsprämie erreichbar ist, hängt davon ab, ob es zu effektivem Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (und den privaten Krankenversicherungen) kommt, die in der Folge über die Konkurrenz der Leistungserbringer um Verträge mit den Krankenkassen die Leistungserbringer zu effizienterem Mittelverwendungsverhalten veranlassen können. Um dies zu bewerkstelligen, müssen die Krankenkassen auch auf der Leistungsseite miteinander um Versicherte konkurrieren können (dies verstärkt die Kassenmotivation zur Kostenkontrolle). Wie weiter oben schon argumentiert, ist die Gesundheitsprämie generell und die ÄquiMax-Prämie im Besonderen geeignet, die notwendige Bedingung für diesen Prozess auf der Finanzierungsseite zu erfüllen. Dafür spricht zunächst bereits die Einbeziehung aller Bürger in die GKV. Da zudem ein Teil der Umverteilung über eine Reduktion des Leistungskatalogs finanziert wird, führt diese Form der Gesundheitsprämie dazu, dass ein größerer Teil der Gesundheitssicherung über private Versicherungen möglich wird, zumal diese Versicherungen mit der GKV ein einheitliches Versicherungssystem bilden. Dies schafft die bestmögliche Voraussetzung für die Schaffung von Wettbewerb im Gesundheitswesen insgesamt, was wiederum als notwendige Bedingung für Produktionseffizienz angesehen werden muss.⁵⁰ Daher kann davon ausgegangen werden, dass die ÄquiMax-Prämie die notwendigen Finanzierungsvoraussetzungen für Produktionseffizienz im Gesundheitswesen schafft.⁵¹ Für die *Konsumeffizienz* gilt, dass sie ebenfalls von dieser Finanzierungsform positiv beeinflusst wird. Die staatlich verordnete Höhe der Absicherung wird durch die Teil-Finanzierung über die Reduktion des Leistungskatalogs gesenkt, so dass die privaten Präferenzen per se in Form des Zukaufs von Zusatzversicherungen stärker zur Geltung kommen können. Dieser Effekt wird noch durch die Einbeziehung aller Bürger in die Pflichtversicherung untermauert. Infolgedessen kann erwartet werden, dass die private Zahlungsbereitschaft für Gesundheit (in Form von Zusatzversicherungen) steigt. Auch hinsichtlich der Konsumenten- bzw. Patientenzufriedenheit ist *insgesamt* damit zu rechnen, dass diese zunimmt, da die Leistungen eher den Beitragszahlungen äquivalent sind.⁵² Desweiteren kann erwartet

⁵⁰ Vgl. dazu Klaus-Dirk Henke/Kai K. Konrad/Wolfram F. Richter, Auf den Wettbewerb kommt es an, in: Süddeutsche Zeitung vom 29.07.2004, „Forum: Kopfpauschale“.

⁵¹ Siehe dazu *Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesminister der Finanzen*, Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Gutachten, Bd. 77, Berlin, 26 f.; *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung* (Anm. 2).

⁵² Dies wird mit hoher Wahrscheinlichkeit für die Zeit des Umstellungsprozesses anders sein: Soweit sich die Personen als Umverteilungsverlierer sehen bzw. befürchten, dass ihre Absicherung für den Krankheitsfall schlechter wird, wird die Zufriedenheit sinken.

werden, dass Selbstbehalte eine größere Rolle spielen werden als bisher. Zusammen mit dem erhöhten Wettbewerbsdruck bei den Krankenversicherungen und Leistungsanbietern ist damit zu rechnen, dass auch das *Moral hazard-Problem* im Gesundheitswesen zumindest etwas reduziert werden kann. Hinsichtlich des Kriteriums der *horizontalen Fairness* besteht bei der ÄquiMax-Prämie insofern ein Problem, als die Reduktion des GKV-Krankenversicherungsschutzes für Personen, die sich eine Zusatzversicherung für die nicht mehr abgesicherten Elemente nicht leisten können, die Inanspruchnahme der dazugehörigen medizinischen Leistungen von ihrer Zahlungsfähigkeit abhängt (und nicht mehr nur vom medizinischen Bedarf). Dieser Effekt könnte nur dadurch vermieden werden, dass für untere Einkommensschichten der Kauf von Zusatzversicherungen subventioniert würde.⁵³ Ansonsten bedeutet die Umstellung auf dieses Prämienmodell keinen negativen Effekt hinsichtlich der horizontalen Fairness; die Einbeziehung aller Bürger in die Pflichtversicherung wirkt sich zudem positiv hinsichtlich dieses Kriteriums aus, da für alle der Zugang zu Gesundheitsleistungen besteht, der unabhängig von der Zahlungsfähigkeit ist. Die ÄquiMax-Prämie folgt in erster Linie dem Äquivalenz- und nicht dem Leistungsfähigkeitsprinzip. Allerdings wird die Verletzung des Leistungsfähigkeitsprinzips und damit der *vertikalen Fairness* dadurch gemildert, dass der Finanzierungsbeitrag eines *jeden* Haushalts auf 13 % des Bruttohaushaltseinkommens begrenzt wird. Die Einschränkung des Leistungskatalogs könnte nach diesem Kriterium ein Problem beinhalten. Dieser Effekt könnte wiederum aufgefangen werden, wenn der Kauf von Zusatzversicherungen für einkommensschwache Haushalte subventioniert würde.⁵⁴ Da die ÄquiMax-Prämie mit einer Teilkapitaldeckung der GKV einhergeht, ist sie hinsichtlich der *intergenerationalen Fairness* positiv zu bewerten. Erstens tragen alle Bürger zur Finanzierung des Kapitalstocks bei und zweitens sind auch die (privaten) Zusatzversicherungen kapitalgedeckt. Diese Form der Finanzierung reduziert mithin die Folgekosten für künftige Generationen im Umfang der so gebildeten Reserven⁵⁵, die infolge der Kopplung von GKV und PKV voraussichtlich höher sein können als in jedem anderen der diskutierten Finanzierungssysteme. Die ÄquiMax-Prämie ist weiterhin geeignet, die

Dazu wird insbesondere die Teil-Finanzierung über den reduzierten Leistungskatalog der GKV beitragen.

⁵³ Nicht erforderlich dagegen ist die vollständige staatliche Finanzierung des Kaufs von Zusatzversicherungen.

⁵⁴ Auch hier ist eine vollständige staatliche Finanzierung nicht erforderlich.

⁵⁵ Dieter Cassel/Andreas Postler, Warten auf Rürup? (Anm. 2), 78; Dieter Cassel und Andreas Postler sprechen dementsprechend von einer „solidarischen Altersreserve“ für die GKV.

langfristige Finanzierbarkeit der GKV zu erhalten. Die Kernelemente, die das ermöglichen, sind (1) die Teilkapitaldeckung, (2) die Einbeziehung aller Bürger, (3) die Beschränkung des Leistungskatalogs und (4) die Entkopplung der Lohnkosten von den Krankheits- und Umverteilungskosten. Der Grund dafür ist der moderierende Einfluss der ÄquiMax-Prämie auf die beiden Hauptkostentreiber des Gesundheitswesens, den medizinisch-technischen Fortschritt und die Bevölkerungsalterung: Ersterer erfolgt über die Wettbewerbseffekte und die bessere Ausschöpfung der individuellen Zahlungsbereitschaften, Letzterer durch die Teilkapitaldeckung und die Einbeziehung aller Bürger in die Versicherung. Die *langfristige Verlässlichkeit* (als hinreichende Bedingung für Nachhaltigkeit der GKV) wird über die ÄquiMax-Prämie ebenfalls gefördert, da langfristig das Preis-Leistungs-Verhältnis der GKV besser gesteuert und erhalten werden kann. Ist dies der Fall (die langfristige Finanzierbarkeit vorausgesetzt), dann kann erwartet werden, dass die GKV auch weiterhin bestehen bleibt und die lebenswichtigen Gesundheitsleistungen unabhängig von der Zahlungsfähigkeit in Anspruch genommen werden können. Übersicht 3 fasst die Ergebnisse zusammen.

Kriterium	Bewertung
Makroökonomische Effizienz	+
Produktionseffizienz	+
Konsumeffizienz	++
Horizontale Fairness	0/++*
Vertikale Fairness	0/+*
Intergenerationale Fairness	++
Langfristige Finanzierbarkeit	++
Langfristige Verlässlichkeit	++
Legende: Die untersuchte Finanzierungsform erfüllt das Kriterium: +++: sehr gut; ++: gut; +: zufriedenstellend; 0: kein Einfluss; -: nicht zufriedenstellend; --: schlecht; ---: gar nicht.	
* Die erste (zweite) Bewertung gilt für den Fall, dass der Kauf privater Zusatzversicherungen ohne (mit) staatlichen Subventionen erfolgt.	

Übersicht 3: Bewertung der ÄquiMax-Gesundheitsprämie zur Finanzierung der GKV (eigene Darstellung und Bewertung)

3.3.2 Die ÄnderMin-Gesundheitsprämie

Bei der ÄnderMin-Prämie, die gegenüber der jetzigen GKV-Finanzierung die geringst möglichen Veränderungen in einem Pauschalprämie-

ensystem aufweisen soll, ändert sich an der *makroökonomischen Effizienz* gegenüber dem jetzigen System nichts. Diese wird verfehlt, weil der Staat keinen direkten Einfluss auf Ausgaben und Einnahmen erhält; alle Zahlungsströme laufen nach wie vor über den Parafiskus GKV. Auch bei der *Produktionseffizienz* ist keine große Änderung zu erwarten. Dass nun Ehepartner, die bisher beitragsfrei mitversichert waren, einen eigenen Pauschalbeitrag zahlen müssen, dürfte kaum auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und auf die Kostenkontrolle der Kassen wirken. Eine sehr wichtige Rolle spielt hierbei, dass die Pflichtversicherungsgrenze aufrechterhalten bleibt. Darüber hinaus wird durch die Beibehaltung eines (festgeschriebenen) Arbeitgeberbeitrags die Entkopplung von Krankenversicherung und Sozialausgleich von den Lohnkosten verhindert. Hinsichtlich der *Konsumeffizienz* können sich allenfalls geringfügige Verbesserungen ergeben, da zu erwarten ist, dass Familien mit höheren Einkommen, die bisher freiwillig in der GKV versichert waren, wegen des eigenständigen Beitrags des Ehepartners in die PKV wechseln. Diese können sich dann eher entsprechend ihren Präferenzen absichern. Die *horizontale Fairness* wird gegenüber dem Status quo auch kaum geändert. Da niemand auf Grund der Finanzierungsänderung wegen mangelnder Zahlungsfähigkeit auf medizinisch notwendige Leistungen verzichten muss – dies verhindert der Sozialausgleich innerhalb der GKV – und bisher privatversicherte Personen auch weiterhin diesen Status behalten, ist weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung zu erkennen. Etwas anderes ergibt sich für die *vertikale Fairness*. Durch die Pauschalprämie wird der bisher vorhandene Bezug zur Leistungsfähigkeit zumindest für diejenigen Haushalte reduziert, deren Beitrag gegenüber dem Status quo prozentual sinkt. Allerdings erhöht sich der Bezug zur Leistungsfähigkeit für diejenigen Haushalte, deren Beitragsbelastung infolge der beitragsfreien Mitversicherung des Ehepartners bisher niedrig war. Dass freiwillig in der GKV versicherte Familien auf Grund der Neuregelung die GKV möglicherweise verlassen, ist aus Sicht der vertikalen Fairness insofern positiv zu bewerten, als diese keinen an der Leistungsfähigkeit orientierten Beitrag zur GKV geleistet haben. Der soziale Ausgleich über einen arbeitseinkommensabhängigen Beitrag innerhalb der GKV erhält tendenziell den bisherigen Bezug zur Leistungsfähigkeit. Insgesamt ist davon auszugehen, dass der Leistungsfähigkeitsbezug etwas gestärkt wird. Das zentrale Problem, die Pflichtversicherungsgrenze, wird allerdings nicht in Angriff genommen. Für die *intergenerationale Fairness* ergibt sich keine erkennbare Veränderung gegenüber dem Status quo. Das reine Umlageverfahren bleibt die einzige Finanzierungsquelle. Es sind keine weiteren Effekte erkennbar, welche die Finanzierungslast

künftiger Generationen schmälern könnten. Dasselbe Ergebnis gilt auch für die *langfristige Finanzierbarkeit* und die *langfristige Verlässlichkeit*. Sowohl der Druck von der medizinisch-technischen als auch der demografischen Seite wirkt unverändert fort, mit der Konsequenz, dass diese Reform eigentlich keine ist. Übersicht 4 fasst die Ergebnisse zusammen.

Kriterium	Bewertung
Makroökonomische Effizienz	--
Produktionseffizienz	-
Konsumeffizienz	-
Horizontale Fairness	+++
Vertikale Fairness	+
Intergenerationale Fairness	---
Langfristige Finanzierbarkeit	--
Langfristige Verlässlichkeit	--

Legende: Die untersuchte Finanzierungsform erfüllt das Kriterium: +++: sehr gut; ++: gut; +: zufriedenstellend; 0: kein Einfluss; -: nicht zufriedenstellend; --: schlecht; ---: gar nicht.

Übersicht 4: Bewertung der ÄnderMin-Gesundheitsprämie zur Finanzierung der GKV (eigene Darstellung und Bewertung)

3.3.3 UmverMax-Gesundheitsprämie

Gegenüber der ÄquiMax-Prämie, in der das Äquivalenzprinzip betont wird, steht bei der UmverMax-Prämie das Leistungsfähigkeitsprinzip im Mittelpunkt der Konzeption. Für die *makroökonomische Effizienz* hat dies die Konsequenz, dass die Einbeziehung aller Bürger und die Finanzierung des gesamten Sozialausgleichs über eine Erhöhung des Einkommensteuertarifs diesen Effizienzbereich stärker verbessert als die ÄquiMax-Prämie. Für die *Produktionseffizienz* ergibt sich auf den ersten Blick ein ähnliches Ergebnis wie bei der ÄquiMax-Prämie. Zu berücksichtigen ist aber, dass die PKV auf das Angebot von Zusatzversicherungen beschränkt wird.⁵⁶ Damit fehlt ein wichtiger Akteur am Krankenversicherungsmarkt. Zudem ist das Marktvolumen für Zusatzversicherungen im hier betrachteten Fall kleiner als bei der ÄquiMax-Prämie, da dort ein Teil des Sozialausgleichs über eine Reduktion der GKV-Leistungen finanziert wird. Um so wichtiger ist es, dass es zu einem funktionsfähigen

⁵⁶ Es wird hier nicht weiter geprüft, ob dieser Umgang mit der PKV wirtschaftlich möglich und verfassungsrechtlich haltbar ist.

Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen kommt. Desweiteren geht mit dieser Art der Finanzierung des Sozialausgleichs über die negativen Anreizfolgen eine Reduktion der gesamtwirtschaftlichen Effizienz einher, trotz der ebenfalls vorhandenen Trennung der Krankenversicherung (samt Sozialausgleich) von den Lohnkosten. Insgesamt kann vermutet werden, dass die Produktionseffizienz geringer ausfällt als bei der ÄquiMax-Prämie. Für die *Konsumeffizienz* gilt, dass sie etwas niedriger ausfällt als bei der ÄquiMax-Prämie. Der Grund dafür ist das höhere Pflichtversicherungsniveau, da eine Reduktion des Leistungskatalogs ausbleibt und somit die individuellen Präferenzen in geringerem Maß zur Geltung kommen. Auch dürfte die Bekämpfung des *Moral hazard* bei der UmverMax-Prämie schwieriger sein als bei der ÄquiMax-Prämie, ebenfalls wegen des höheren Pflichtversicherungsniveaus. Bezogen auf die *horizontale Fairness* weist die UmverMax-Prämie gegenüber der ÄquiMax-Prämie den Vorteil auf, dass der Leistungskatalog der GKV nicht reduziert wird. Damit kann die UmverMax-Prämie in dieser Hinsicht so beurteilt werden wie die bisherige Finanzierung. Sowohl gegenüber der ÄquiMax-Prämie wie auch der bisherigen Finanzierung weist die UmverMax-Prämie Vorteile beim Kriterium der *vertikalen Fairness* auf. Da alle Bürger einbezogen sind, die Pflichtversicherungsgrenze also entfällt, und der Sozialausgleich über die Einkommensteuer (die als beste Umsetzung des Leistungsfähigkeitsprinzips innerhalb des deutschen Steuersystems angesehen wird) erfolgt, wird innerhalb der Gesundheitspauschalen ein Maximum an vertikaler Fairness erreicht. Selbst im Bereich der Pauschalen ergibt sich gegenüber dem Status quo insofern eine Verbesserung, als gutverdienende Haushalte sich der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr entziehen können und Ehepartner einen eigenständigen Beitrag leisten müssen. Dem steht gegenüber, dass es Gewinner und Verlierer in dem Sinn geben wird, dass sich für bestimmte Haushalte geringere bzw. höhere Beitragszahlungen als bisher ergeben können. Dieser Effekt kann zum Teil aber dahingehend interpretiert werden, dass damit unerwünschte Verteilungswirkungen der bisherigen Finanzierung korrigiert werden. Selbst wenn man dies außer Acht lässt, kann wohl vermutet werden, dass insgesamt die vertikale Fairness sowohl gegenüber dem Status quo als auch gegenüber der ÄquiMax-Prämie verbessert wird. Für die *intergenerationale Fairness* ergibt sich allerdings gegenüber der ÄquiMax-Prämie ein schlechteres Ergebnis. Dies liegt daran, dass keine Teilkapitaldeckung angestrebt wird und der Leistungskatalog der GKV unverändert bleibt. Dies könnte nur vermieden werden, wenn auch bei der UmverMax-Prämie eine Teilkapitaldeckung durchgeführt wird. Gegenüber dem Status quo kann sich eine geringfügige Verbesserung bei die-

sem Kriterium ergeben, wenn man die positiven Effekte hinsichtlich der Produktionseffizienz berücksichtigt. Bezogen auf die *langfristige Finanzierbarkeit* ergibt sich ein schlechteres Ergebnis gegenüber der ÄquiMax-Prämie und ein besseres gegenüber der bisherigen Finanzierung. Gegenüber letzterer führt die Einbeziehung aller Bürger und die Entkopplung von Krankenversicherung inklusive Sozialausgleich zu einer Verbesserung gegenüber dem Status quo, die fehlende Teilkapitaldeckung und der größere Leistungskatalog zu einer Verschlechterung gegenüber der ÄquiMax-Prämie. Zudem kann ein negativer Wachstumseffekt infolge des erhöhten Tarifs der Einkommensteuer nicht ausgeschlossen werden. Die *langfristige Verlässlichkeit* kann wie diejenige der langfristigen Finanzierung angesehen werden. Übersicht 5 fasst die Ergebnisse für die UmverMax-Prämie zusammen.

Kriterium	Bewertung
Makroökonomische Effizienz	++
Produktionseffizienz	0
Konsumeffizienz	+
Horizontale Fairness	+++
Vertikale Fairness	++
Intergenerationale Fairness	+
Langfristige Finanzierbarkeit	+
Langfristige Verlässlichkeit	+
Legende: Die untersuchte Finanzierungsform erfüllt das Kriterium: +++: sehr gut; ++: gut; +: zufriedenstellend; 0: kein Einfluss; -: nicht zufriedenstellend; --: schlecht; ---: gar nicht.	

Übersicht 5: Bewertung der UmverMax-Gesundheitsprämie zur Finanzierung der GKV (eigene Darstellung und Bewertung)

Exkurs: Bürgerversicherung (BürgerVer)

Um das gesamte Spektrum der in der Diskussion befindlichen Lösungsansätze für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in die Bewertung einzubeziehen, wird hier cursorisch eine Variante der ‚Bürgerversicherung‘ behandelt. Es wird angenommen, dass die Bürgerversicherung gegenüber dem Status quo folgende Änderungen mit sich bringt: (1) Die Einbeziehung aller Bürger in die gesetzliche Krankenversicherung. (2) Eine Beitragszahlung auf der Basis einer Einkommensgröße, die sich aus dem Arbeitseinkommen und dem Kapitaleinkommen zusammensetzt. (3) Der Arbeitgeberbeitrag bleibt wie bisher erhalten und

hat als Bemessungsgrundlage das sozialversicherungspflichtige Arbeitseinkommen.

Damit wird deutlich, dass die wesentliche Änderung gegenüber dem Status quo in einer zweifachen Erweiterung der Finanzierungsbasis besteht. Der Beitragssatz zur GKV kann dann und in dem Maße gesenkt werden, in dem die Finanzierungsbasis stärker wächst als die Ausgaben. Nur soweit der Beitragssatz sinkt findet eine direkte Entlastung der Lohnkosten statt. Eine Entkopplung der Absicherung des Krankheitskostenrisikos von den Lohnkosten insgesamt kann mit einer solchen Regelung nicht erreicht werden.⁵⁷ Hinsichtlich der *makroökonomischen Effizienz* ändert sich durch diese Form der Bürgerversicherung gegenüber dem Status quo nichts. Einnahmen und Ausgaben der GKV erfolgen parafiskalisch und sind dem direkten Staatszugriff auch weiterhin entzogen. Die Steuerfähigkeit des Staates wird demnach nicht erweitert. Desweiteren ist nicht erkennbar, wie durch die Erweiterung der Finanzierungsbasis die *Produktionseffizienz* des Gesundheitswesens gesteigert werden könnte. Dadurch werden keinerlei Anreize für einen wirtschaftlicheren Einsatz der Ressourcen im Gesundheitswesen geschaffen. Sollte die Budgetbeschränkung durch die breitere Finanzierungsbasis etwas gelockert werden, ist vielmehr zu erwarten, dass die Verschwendung im System eher zu- als abnimmt. Darüber hinaus wird es nicht zu einer Entkopplung von Lohnkosten und Krankenversicherungsschutz kommen, mit der Folge, dass steigende Beitragssätze in der GKV auch weiterhin die Beschäftigung gefährden. Die *Konsumeffizienz* des Gesundheitswesens wird durch die hier angenommene Version der Bürgerversicherung gegenüber dem Status quo verschlechtert. Ursache dafür ist die Einbeziehung bisher nicht pflichtversicherter Personen in die Pflichtversicherung. Da die GKV in keiner Weise in Richtung fiskalische Äquivalenz weiterentwickelt wird, sondern vielmehr Zahler- und Nutzerkreis noch weiter auseinander zu fallen drohen, sinkt die fiskalische Äquivalenz. Dadurch kann der Bajazzo-Effekt verstärkt werden, das heißt das *Moral hazard-Problem* würde sich vergrößern. Darüber hinaus – und damit zusammenhängend – reduzieren sich die Wahlmöglichkeiten der neu zu versichernden Personen. Letztlich wird die Krankheitskostenabsicherung weniger den Präferenzen entsprechen als im jetzigen System. Die *horizontale Fairness* der GKV-Finanzierung ändert sich – wenn überhaupt – lediglich marginal: Bisher nicht pflichtversicherte Personen, die sich eine private Krankenversicherung

⁵⁷ Selbst die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags an die Versicherten würde hieran vermutlich kaum etwas ändern, da die Belastung immer noch einheitlich in Prozent des Arbeitseinkommens gemessen wird.

nicht leisten konnten (oder wollten), erhalten nun einen von ihrer Zahlungsfähigkeit unabhängigen Zugang zu Gesundheitsleistungen. Die *vertikale Fairness* der GKV-Finanzierung nimmt dagegen in dem Maß zu, wie die Kapitaleinkommen zur Finanzierung beitragen. Zumindest theoretisch kommt man einer leistungsfähigkeitsbezogenen Finanzierung der GKV einen Schritt näher. Allerdings ist zu erwarten, dass in der Praxis nicht einmal dieses Ziel erreicht werden wird. Da im deutschen Einkommensteuerrecht Wertzuwächse bei den Kapitalgütern dann nicht besteuert werden, wenn sie eine bestimmte Zeit gehalten wurden, können die Kapitalerträge, die der Einkommensteuer und dann auch der Beitragspflicht zur Krankenversicherung unterliegen, minimiert werden. Darüber hinaus wird ein bestimmter Teil der Kapitalerträge beitragsfrei sein müssen, sei es zur Sicherung des Existenzminimums oder sei es deshalb, weil sie Teil der (geförderten) privaten Altersvorsorge sind. Demnach ist zu vermuten, dass der Beitragsteil auf Kapitalerträge kein besonders hohes Beitragsaufkommen generieren wird und zudem in verteilungspolitisch bedenklicher Weise Haushalte mit unterschiedlichen Möglichkeiten der Diversifizierung ihres Vermögensportfolios belastet. *Last but not least* ist zu erwarten, dass der administrative Aufwand zu Festsetzung, Überprüfung und Durchsetzung der Regelung beträchtlich sein wird. Daher ist zu erwarten, dass die vertikale Fairness der GKV-Finanzierung nur sehr wenig – wenn überhaupt – verbessert werden kann. Für die *intergenerationale Fairness* sind entweder keine Veränderungen gegenüber dem Status quo oder gar Verschlechterungen erkennbar. Die Personen, die zusätzlich in das System gedrängt werden, nehmen zusätzliche Leistungen in Anspruch, die nicht der fiskalischen Äquivalenz genügen. Da keine Vorsorge für den Altersstruktureffekt und den medizinisch-technischen Fortschritt geplant ist, sondern das reine Umlageverfahren beibehalten wird, werden den künftigen Generationen unverändert hohe Lasten aufgebürdet. Mehr noch: Da die PKV unter den geänderten Bedingungen als Vollversicherung nicht weiterbestehen kann, wird der in ihr gebildete Kapitalstock nicht weiter wachsen; dies senkt die intergenerationale Fairness. Die *langfristige Finanzierbarkeit* der Krankenversicherung wird durch die Erweiterung der Finanzierungsbasis auf den ersten Blick verbessert. Dieses Ergebnis lässt sich aber nur dann aufrechterhalten, wenn davon abstrahiert wird, dass Kapital international sehr mobil ist. Bei vollständiger Kapitalmobilität trägt das Kapital keine Steuer- und Beitragslasten, sondern sie werden auf den Faktor Arbeit überwälzt.⁵⁸ Das heißt Kapitaleinkünfte stellen keine eigenständige neue Finanzierungsquelle für das

⁵⁸ Vgl. *Stefan Homburg*, Allgemeine Steuerlehre, 4. Aufl., München 2005, 132.

Gesundheitswesen dar, wenn die Nettoverzinsung des Kapitals an den Weltkapitalmärkten bestimmt wird. Die langfristige Finanzierbarkeit der GKV wird durch die Bürgerversicherung somit nicht verbessert. Auch die *langfristige Verlässlichkeit* der GKV wird nicht erhöht. Je mehr Personen gegen ihren Willen und mit nicht-äquivalenten Beitragszahlungen in die GKV gezwungen werden, desto eher ist damit zu rechnen, dass alle Möglichkeiten genutzt werden, das System dennoch zu verlassen, die Beitragsleistung zu minimieren bzw. die in Anspruch genommenen Leistungen zu maximieren. Alle diese Strategien werden die langfristige Verlässlichkeit des GKV-Systems zumindest nicht verbessern. Übersicht 6 fasst die Ergebnisse der Bewertung der Bürgerversicherung zusammen.

Kriterium	Bewertung
Makroökonomische Effizienz	--
Produktionseffizienz	-
Konsumeffizienz	---
Horizontale Fairness	+++
Vertikale Fairness	+
Intergenerationale Fairness	---
Langfristige Finanzierbarkeit	--
Langfristige Verlässlichkeit	--

Legende: Die untersuchte Finanzierungsform erfüllt das Kriterium: +++: sehr gut; ++: gut; +: zufriedenstellend; 0: kein Einfluss; -: nicht zufriedenstellend; --: schlecht; ---: gar nicht.

Übersicht 6: Bewertung der Bürgerversicherung zur Finanzierung der GKV (eigene Darstellung und Bewertung)

4. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

In dieser Arbeit wurden verschiedene Formen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung analysiert und einer Bewertung unterzogen. Zu den untersuchten Finanzierungsformen gehören die momentane Beitragsfinanzierung, drei Versionen der Gesundheitsprämie und eine Variante der Bürgerversicherung. Die insgesamt acht Bewertungskriterien sind drei Bereichen zuzuordnen: (a) Effizienz, (b) Fairness und (c) Nachhaltigkeit. In Übersicht 7 sind die Bewertungen für alle hier untersuchten Finanzierungsalternativen der GKV zusammenfassend dargestellt.

Kriterium	Status quo	Äqui Max	Änder Min	Umver Max	Bürg Ver
Makroökonomische Effizienz	--	+	--	++	--
Produktionseffizienz	-	+	-	0	-
Konsumeffizienz	--	++	-	+	---
Horizontale Fairness	+++	0/++*	+++	+++	+++
Vertikale Fairness	-	0/+*	+	++	+
Intergenerationale Fairness	---	++	---	+	---
Langfristige Finanzierbarkeit	--	++	--	+	--
Langfristige Verlässlichkeit	--	++	--	+	--

Legende: Die untersuchte Finanzierungsform erfüllt das Kriterium: +++: sehr gut; ++: gut; +: zufriedenstellend; 0: kein Einfluss; -: nicht zufriedenstellend; --: schlecht; ---: gar nicht.

* Die erste (zweite) Bewertung gilt für den Fall, dass der Kauf privater Zusatzversicherungen ohne (mit) staatlichen Subventionen erfolgt.

Übersicht 7: Bewertung der Finanzierungsalternativen der GKV (Eigene Darstellung und Bewertung)

Kriterium	Status quo	Äqui Max	Änder Min	Umver Max	Bürg Ver
Makroökonomische Effizienz	3	2	3	1	3
Produktionseffizienz	3	1	3	1	3
Konsumeffizienz	4	1	3	2	5
Horizontale Fairness	1	4	1	1	1
Vertikale Fairness	5	4/2*	2	1	2
Intergenerationale Fairness	3	1	3	2	3
Langfristige Finanzierbarkeit	3	1	3	2	3
Langfristige Verlässlichkeit	3	1	3	2	3
Gesamtpunktzahl	25	15/13*	21	13	23

* Die erste (zweite) Bewertung gilt für den Fall, dass der Kauf privater Zusatzversicherungen ohne (mit) staatlichen Subventionen erfolgt.

Übersicht 8: Rangordnung der Finanzierungsalternativen der GKV (Eigene Darstellung und Bewertung)

Um eine Rangfolge unter den Finanzierungsformen bestimmen zu können, ist es erforderlich, eine Gewichtung der Bewertungskriterien vorzunehmen. Die einfachste (aber sicher nicht die überzeugendste) Lösung besteht darin, alle Kriterien gleich zu gewichten. Übersicht 8 zeigt die

sich ergebende Punkteverteilung, wenn bei jedem Kriterium bezüglich jeder Finanzierungsalternative eine Rangziffer vergeben wird. Beispielsweise sagt die Rangziffer 3 bei der makroökonomischen Effizienz der Status quo-Finanzierung, dass diese Finanzierungsform unter den fünf geprüften Rang 3 (also den drittschlechtesten) einnimmt. Bei Gleichheit im Rang wird der Rangplatz zwei- oder (sofern erforderlich) auch mehrfach vergeben.

Unter Verwendung dieser Gewichtung der Bewertungskriterien erweist sich die UmverMax-Gesundheitsprämie als relativ beste Finanzierungsform, gleichauf mit der ÄquiMax-Gesundheitsprämie für den Fall, dass die private Krankenversicherungsnachfrage für Bezieher niedriger Einkommen subventioniert wird. An dritter Stelle liegt die ÄnderMin-Prämie. Abgeschlagen landen auf dem vorletzten Platz die Bürgerversicherung und auf dem letzten die Status quo-Finanzierung.

Eine weitere Möglichkeit, die Bewertungsunterschiede sichtbar zu machen, besteht darin, die jeweils beste Finanzierungsalternative nach den drei übergeordneten Kriterien (Effizienz, Fairness und Nachhaltigkeit) vorzunehmen. Übersicht 9 zeigt das Ergebnis, wobei wiederum die einzelnen Rangziffern innerhalb des jeweiligen Kriteriums gleichgewichtet und addiert wurden. Die jeweils niedrigste Rangziffer (also das Zeilenminimum) gibt die relativ beste Alternative an. Demnach ist unter Effizienzaspekten die ÄquiMax-Prämie, unter Fairnessaspekten die UmverMax-Prämie und unter Nachhaltigkeitsaspekten wiederum die ÄquiMax-Prämie die beste Alternative.

Kriterium	Status quo	Äqui Max	Änder Min	Umver Max	Bürg Ver
Effizienz	10	4	9	5	11
Fairness	9	9/7*	6	4	6
Nachhaltigkeit	6	2	6	4	6
Gesamtpunktzahl	25	15/15*	21	13	23

* Die erste (zweite) Bewertung gilt für den Fall, dass der Kauf privater Zusatzversicherungen ohne (mit) staatlichen Subventionen erfolgt.

Übersicht 9: Rangordnung der Finanzierungsalternativen der GKV in den drei übergeordneten Bewertungsbereichen (Eigene Darstellung und Bewertung)

Die hier vorgelegten detaillierten Bewertungsergebnisse lassen sich nun je nach Einschätzung ihrer Bedeutung unterschiedlich gewichten. Da es viele unterschiedliche Möglichkeiten gibt, soll hierauf an dieser Stelle nur verwiesen werden. Der hier verwendete Ansatz zeigt, dass es mittels Kri-

terien durchaus möglich ist, rational und informiert über die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu entscheiden.