

## **Die Reform der Finanzierungsgrundlagen in der GKV – Alternativen und deren fiskalische Effekte**

*Markus M. Grabka*

### **Motivation**

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gilt seit Beginn der 80er Jahre als gesundheitspolitische Dauerbaustelle. Trotz mehr als 200 eingeführter Einzelgesetze zur Kostendämpfung ist der durchschnittliche allgemeine Beitragssatzes in der GKV in den Jahren von 1970 bis 2004 um mehr als sechs Prozentpunkte auf 14,3% angestiegen.<sup>1</sup> Betrachtet man die künftig zu erwartende finanzielle Entwicklung der GKV, so weisen Projektionen des durchschnittlichen Beitragssatzes bis zum Jahre 2040 (Casel 2001) unter der Annahme weiter steigender Ausgabenprofile auf einen weiteren dramatischen Anstieg hin (Breyer und Ullrich 2000), der sogar deutlich stärker ausfallen dürfte als der in der politischen Diskussion vielmehr beachtete Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung. Die GKV steht damit vor zwei zentralen Herausforderungen: weitere Ausgabensteigerungen bei einer gleichzeitigen Erosion der Finanzierungsgrundlagen.

Eine Hauptaufgabe der von der Bundesministerin Ulla Schmidt eingesetzten sogenannten Rürup-Kommission<sup>2</sup> war demnach die Suche nach tragfähigen Konzepten für eine nachhaltige Finanzierung der GKV. Ein zentraler Nachteil der Kommission war es, dass keine Einigung für ein spezifisches Reformkonzept der GKV getroffen wurde und nur die beiden konkurrierenden Modelle einer Bürgerversicherung und eines Pau-

---

<sup>1</sup> Dabei stellt die GKV weiterhin der wichtigste Träger von Gesundheitsausgaben dar, da dessen Anteil rund 6% am BIP ausmacht und mehr als 90% der Bevölkerung im Krankheitsfalle hierüber abgesichert sind.

<sup>2</sup> Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003) (<http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/index.html>).

schalprämienmodells vorgeschlagen wurden. Ein weiterer wichtiger Nachteil ist darin zu sehen, dass weitere in der Wissenschaft diskutierte Reformmodelle weder aufgegriffen noch im Kommissionsbericht diskutiert wurden. In der Folge wurde daher im politischen Diskurs fast ausschließlich nur auf die Bürgerversicherung und das Pauschalprämienmodell eingegangen.

Ziel dieser Untersuchung ist es, einen systematischen Vergleich der fiskalischen Effekte alternativer Reformmodelle der finanziellen Absicherung im Krankheitsfalle in Deutschland darzustellen und diese mit den Modellen der Bürgerversicherung und des Pauschalprämienmodells zu kontrastieren. Die mögliche Bandbreite der Reformmodelle kann sich dabei prinzipiell von einer rein steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung, über die Finanzierung im Rahmen der bestehenden Sozialversicherung bis hin zu einer rein privatwirtschaftlichen Absicherung im Krankheitsfalle bewegen. Mit der Verwendung eines einheitlichen Datensatzes ist zudem auch ein verbesserter Vergleich der Reformmodelle möglich, da sich die empirischen Beispiele der in der Wissenschaft diskutierten Reformmodelle aus unterschiedlichsten Datenquellen und Annahmen speisen.

### **Alternative Modelle der finanziellen Absicherung im Krankheitsfalle**

Eine einfache Lösung von Finanzproblemen der GKV könnte darin gesehen werden, die Beitragssätze anzuheben (SVRKaIG 1995: Ziffer 516). Eine steigende Sozialabgabenbelastung in der GKV ist aber politisch weder erwünscht noch dauerhaft durchsetzbar. Die Frage ist, welche Instrumente eingesetzt werden können, um der Einnahmeerrosion und Ausgabenexplosion in der GKV und dem gesamten Gesundheitswesen entgegen zu wirken und die Finanzierung nachhaltig zu sichern. Die in

diesem Zusammenhang am häufigsten genannten globalen Reformoptionen im Bereich der Gesundheitsversorgung sind:

- die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven,
- die Rationierung des Leistungskatalogs und Leistungsausgrenzungen und
- veränderte Finanzierungsformen.

So stellte der SVRKAiG (1998: 253) die Devise auf: "Rationalisierung vor Rationierung", d.h. vor einer Beschränkung des Leistungskatalogs sollten zunächst alle Mittel zur Steigerung der Effektivität und Effizienz voll ausgeschöpft sein.<sup>3</sup> Das Rationalisierungspotential im Gesundheitswesen wird auf bis 35 Mrd. Euro geschätzt, ohne dass die Qualität der Versorgung sowie der Umfang des Leistungskatalogs eingeschränkt werden müssten (Dittrich 1999: 182). Dass das Gesundheitswesen Überkapazitäten und Wirtschaftlichkeitsreserven aufweist ist unbestritten.<sup>4</sup>

Eine andere, vielfach diskutierte globale Reformoption besteht in der Rationierung des Leistungskatalogs oder in Leistungsausgrenzungen. In der Vergangenheit wurden Rationierungen von den verschiedensten Regierungen in Deutschland genutzt, um Gesundheitsausgaben unter Kontrolle zu halten.<sup>5</sup> Neben Leistungsausgrenzungen im Bereich der Arzneimittel oder bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle, wurden Kosten auch in Form höherer Selbstbeteiligungen wiederholt zu Lasten der Patienten verlagert (SVRKAiG 1994: Ziffer 370). Trotz dieser wiederholten Leistungsauslagerungen hat die GKV im internationalen Vergleich immer noch einen der umfangreichsten Leistungskataloge in der obligatorischen Krankenversicherung (Böcken et al. 2000: 13). Ein Über-

---

<sup>3</sup> Dabei stellt die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven eine (gesundheits-)politische Daueraufgabe dar und sollte in normativer Hinsicht oberste Priorität haben, auch wenn deren Auswirkungen eher mittel- bis langfristiger Art sind (Wille 1998: 18-19).

<sup>4</sup> Für eine Übersicht der Rationalisierungsmaßnahmen im Gesundheitssystem vgl. Wille und Albring (2000).

<sup>5</sup> Vgl. hierzu und zur Geschichte von Gesundheitsreformen Bandelow (1998).

denken des Umfangs des GKV-Leistungskatalogs und Leistungsausschlüsse werden daher gefordert.<sup>6</sup>

Diese globalen Reformoptionen der Rationierung des Leistungskatalogs oder der Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven treffen zum Teil auf Widerstände der davon Betroffenen oder lösen das Grundproblem einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsgütern und begrenzten finanziellen Möglichkeiten aber nur teilweise. Vor allem eine Rationierung von Gesundheitsleistungen wirft die Frage nach der Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung auf, da die individuelle finanzielle Zahlungsfähigkeit zum vorrangig bestimmenden Faktor wird. Rationalisierungen stellen demgegenüber gesundheitspolitische Daueraufgaben dar, die jedoch die Grundprobleme der künftigen Finanzierung von Krankenversicherungsschutz nicht allein zu lösen vermögen.

Im Folgenden wird daher der Fokus auf veränderte Finanzierungsformen gelegt. Sie sollen zum Einen eine nachhaltigere Finanzierungsbasis für eine Krankenversicherung in Deutschland gewährleisten und zum Anderen dazu beitragen bestehende Systemmängel zu beseitigen. Mit alternativen Finanzierungsformen ist zudem die Hoffnung verbunden, dass sie gleichzeitig Anreize für die Organisation eines effizienten und effektiven Leistungsgeschehens schaffen (Breyer et al. 2001).<sup>7</sup>

Grundsätzlich können evolutorische und revolutionäre Modelle einer veränderten Finanzierung von Krankenversicherungsschutz unterschied-

---

<sup>6</sup> Vgl. hierzu die umfangreichen Vorschläge zur Auslagerung von Leistungen und Erweiterung von Selbstbeteiligungen bei Beske (1997: 20f.).

<sup>7</sup> Dabei wird hier im Folgenden der Einfachheit halber für die verschiedenen noch zu diskutierenden Alternativen weiterhin das bestehende Umlageverfahren in der GKV unterstellt. Empirische Auseinandersetzungen des Übergangs vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren in der GKV finden sich bei Hof (2001), Cassel und Oberdieck (2002) und Grabka et al. (2003).

den werden (vgl. SVR 2000: 237ff.). Zu den evolutorischen Modellen gehören:

- die Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze
- die Veränderung der Versicherungspflichtgrenze
- die Veränderung der beitragsfreien Familienversicherung
- die Einführung differenzierter Beitragssätze
- die Veränderung der Beitragsbemessungsgrundlage
- die Veränderung des versicherungspflichtigen Personenkreises
- die Einführung einer ergänzenden Steuerfinanzierung oder
- die Ausweitung von Selbstbeteiligungen.

Zu den revolutionären Modellen gehören:

- die Bruttowertschöpfungsabgabe
- eine reine Steuerfinanzierung
- eine rein privatwirtschaftliche Absicherung
- das Modell der Bürgerversicherung
- und Pauschalprämienmodelle.

Empirische Studien zu den Auswirkungen der Einführung einzelner Reformmodelle liegen zum Teil nur unsystematisch vor, und unterscheiden sich in den methodischen Ansätzen, dem verwendeten Datenmaterial oder in ihrer Zielsetzung. Bei den Modellen der Einführung der Bruttowertschöpfungsabgabe<sup>8</sup>, der reinen Steuerfinanzierung, einer rein privatwirtschaftlichen Absicherung, der Einführung differenzierter Beitragssätze, der veränderten Familienversicherung oder der Ausweitung von Selbstbeteiligungsmodellen liegen bisher kaum empirischen Ergebnisse vor.

---

<sup>8</sup> Die Bruttowertschöpfungsabgabe sieht sich der zentralen Kritik gegenüber, dass hiermit die Produktivität und der technische Fortschritt gemindert werden, weil es zu einer Verteuerung des Kapitaleinsatzes und damit zu Renditeeinbußen käme. Aufgrund der hohen Mobilität von investivem Kapital käme es zu einer Verschlechterung der internationalen Wettbewerbslage, die negative Effekte auf die Beschäftigung, ein gebremstes Wachstum und verringerten Wohlstand zur Folge hätte. Daher wird in der politischen Diskussion derzeit dieses Modell vollständig ignoriert.

Diese fehlende empirische Fundierung kann als Manko der allgemeinen gesundheitspolitischen Diskussion aufgefasst werden. So wird z.B. das Modell einer rein steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung oftmals allein mit dem Modell des National Health Service in Großbritannien in Verbindung gebracht. Als positives Gegenbeispiel ist aber die Gesundheitsversorgung in Finnland zu nennen, die sowohl in Bezug auf Ergebnisqualität (Kindersterblichkeit, Lebenserwartung) als auch in ihrer kostenbegrenzenden Wirkung im internationalen Vergleich positiv auffällt (Böcken et al. 2000).

Bei den evolutorischen Modellen einer Weiterentwicklung der GKV ist die Einführung differenzierter Beitragssätze, eine veränderte Familienversicherung und die Ausweitung von Selbstbeteiligungsregelungen zu nennen. Die Einführung differenzierter Beitragssätze kann u.a. mit der zu geringen oder fehlenden Beitragsäquivalenz bei Versicherten der KVdR begründet werden und dürfte zu einer gerechteren Beitragslastverteilung bei den Versicherten der GKV führen. Das Argument der erhöhten Beitragsgerechtigkeit wird bei einer Veränderung der Familienversicherung angeführt, da mitversicherte Ehepartner keine Beiträge zur GKV entrichten, auch wenn diese erhebliche sonstige Einkommensarten beziehen. Theoretische Auseinandersetzungen über Selbstbeteiligungsmodelle liegen umfangreich vor (vgl. stellvertretend Felder 1999), doch empirische Studien – vor allem zu den möglichen langfristigen fiskalischen Effekten bei einer Einführung in die GKV liegen nicht vor.

Ein weiteres empirisch vernachlässigtes Modell stellt die rein privatwirtschaftliche Absicherung des Krankheitsrisikos in Form von risikoäquivalenten Versicherungsprämien dar. Dieses Modell wurde wiederholt vom SVR, SVRKAiG oder auch von Zweifel und Breuer (2002) thematisiert. Als Vorzüge dieses Modells werden u.a. die direkte Beitragsäquivalenz,

die Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten, die stärker präferenzgerechten Versicherungsverträge und ein gestärkter Wettbewerb genannt. Mit der zusätzlichen Trennung von allokativen und distributiven Aufgaben werden Effizienzgewinne verbunden, doch besteht die Gefahr einer abnehmenden Bedarfsgerechtigkeit.

Insgesamt sind damit interessante Alternativen der finanziellen Absicherung im Krankheitsfalle derzeit in der politischen Diskussion ungerechtfertigterweise unterrepräsentiert und empirisch in ihren fiskalischen Wirkungen nicht überprüft.

### **Datenbasis und Methode**

Als Methode wurde eine statische Mikrosimulation vorgenommen, die auf einem Steuer- und Sozialabgabensimulationsprogramm von Schwarze (1995) basiert. Das inhaltliche Ziel ist die Abschätzung von fiskalischen und Verteilungseffekten verschiedener Reformmodelle im Vergleich zum Status Quo. Als Datenbasis wurde das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) mit dem Erhebungsjahr 2001 verwendet. Dabei wurde neben dem Eigenanteil zur Krankenversicherung auch der Arbeitgeberbeitrag und eventuelle Beitragszuschüsse simuliert.<sup>9</sup>

Eine Aussage über die Qualität der Angaben zum Krankenversicherungsstatus im SOEP ist mittels eines Vergleichs mit Referenzstatistiken möglich. Ein solcher Vergleich ist aber durch verschiedene Abgrenzungsprobleme – vor allem durch unterschiedliche Stichtagskonzepte – erschwert.<sup>10</sup> In Tabelle 1 ist der Krankenversicherungsstatus der Bevöl-

---

<sup>9</sup> Vgl. für die spezifischen Annahmen bei der Durchführung der Mikrosimulation (Grabka 2004). Der besondere Vorteil des SOEP liegt auch darin, dass dies die einzige große Studie in Deutschland ist, die regelmäßig jedes Jahr detaillierte Informationen zum Krankenversicherungsschutz erfasst.

<sup>10</sup> Die Befragung im SOEP wird vorrangig in den ersten drei Monaten eines jeden Jahres durchgeführt, wohingegen sich die Angaben aus den Referenzstatistiken i.d.R. auf einen bestimmten Stichtag beziehen.

kerung<sup>11</sup> in Deutschland im Jahre 2001 ausgewiesen. Die Angaben des SOEP für die GKV stimmen in hohem Maße mit denen des BMGS überein, wobei das SOEP insgesamt die Zahl der GKV-Versicherten leicht (rund 600.000 Versicherte) überschätzt. Innerhalb der verschiedenen Versichertengruppen der GKV bestehen praktisch kaum Unterschiede. Hohe Übereinstimmungen lassen sich auch bei allen anderen Versicherungsformen finden. Dies betrifft z.B. die besonderen Sicherungsformen (vornehmlich anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger), Personen anspruchsberechtigt über die Freie Heilfürsorge oder aber auch Versicherte, die ausschließlich in der PKV versichert sind. So lag die Zahl der ausschließlich privat Versicherten im SOEP bei rund 7,7 Mio. Versicherten und stimmte damit in hohem Maße mit den Angaben des PKV-Verbandes überein.

*Tabelle 1 Krankenversicherungsschutz in Deutschland 2001*

<b>Krankenversicherungsstatus</b>	<b>Referenzstatistik</b>	<b>SOEP 2001<sup>6</sup></b>
	Angaben in Tsd.	
Gesetzliche Krankenversicherung	70.993 <sup>1</sup>	71.609
darunter:		
• Pflichtversicherte Mitglieder	29.124	29.535
• Freiwillig versicherte Mitglieder	6.548	6.698
• Familienversicherte	19.997	19.576
• Rentner und Rentenantragsteller	15.323	15.801
Besondere Sicherungsformen <sup>2</sup>	1.970 <sup>3</sup>	2.148
ausschließlich Private Krankenversicherung	7.710 <sup>4</sup>	7.678
Kein Krankenversicherungsschutz	150 <sup>3</sup>	546
Freie Heilfürsorge und sonstiges	605 <sup>5</sup>	536
<b>Insgesamt</b>	<b>81.428</b>	<b>82.518</b>

<sup>1</sup>: Stand Januar 2001, Mitgliederstatistik KM1 (BMGS 2001). <sup>2</sup>: Anspruchsberechtigt als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhaltshilfe aus dem Lastenausgleich. <sup>3</sup>: Stand April 1999 (Statistisches Bundesamt: Angaben des Mikrozensus). <sup>4</sup>: Stand 31.12.2001, nur Versicherte der Krankheitsvollversicherung, PKV (2001: 10). <sup>5</sup>: Stand 1995, Angaben des BMA (1997): Arbeits- und Sozialstatistik. Hauptergebnisse 1997. <sup>6</sup>: SOEP 2001 eigene Berechnungen.

Das SOEP weist insgesamt rund eine Million Personen mehr als die hier verwendeten Referenzstatistiken aus. Dieser Unterschied kann damit er-

<sup>11</sup> Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland, d.h. Personen in Privathaushalten und in Anstalten, aber ohne Asylbewerber.

klärt werden, dass unter anderem auf Angaben des Mikrozensus aus dem Jahre 1999 und auf Angaben aus der Arbeits- und Sozialstatistik aus dem Jahre 1997 zurückgegriffen wurde, was zu einer Unterschätzung des Versichertenbestandes führen dürfte. Die Angabe des GKV-Versichertenbestandes für den Bezugszeitpunkt Januar 2001 verdeckt zudem die Problematik des unterjährigen Wechsels des Versicherungsstatus und führt daher zu einer niedrigeren Ausweisung der Gesamtpersonenzahl in den Angaben des BMGS.<sup>12</sup> Trotz dieser Abweichungen kann insgesamt von einer hohen Übereinstimmung der Angaben des SOEP im Vergleich zu Referenzstatistiken ausgegangen werden.

Im Ergebnis führt die Simulation der Beitragseinnahmen im Status Quo für die GKV-Versicherten zu einer Quote von 98% und bei den Versicherten der PKV zu 101% im Vergleich zu den tatsächlich geleisteten Beiträgen.

Für folgende Reformmodelle wurden hier Modellrechnungen simuliert:<sup>13</sup>

1. Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf sonstige Einkunftsarten in der bestehenden GKV bei Mitgliedern und Familienversicherten<sup>14</sup>
2. wie Modell 1 aber zusätzlich die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG)
3. Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises der GKV<sup>15</sup>
4. Bürgerversicherungsmodell in Anlehnung an den Vorschlag der Rürup-Kommission

---

<sup>12</sup> Dies könnte auch die Unterschiede in der Zahl der Personen ohne Krankenversicherungsschutz erklären, der nach den Angaben des SOEP höher ausfällt.

<sup>13</sup> Eine Simulation der Bruttowertschöpfungsabgabe ist wegen fehlender relevanter Unternehmensinformationen im SOEP nicht möglich. Eine Simulation des verstärkten Einsatzes von Selbstbeteiligungen ist nur unter pauschalen Annahmen von Verhaltensreaktionen der Versicherten durchführbar und wurde daher verworfen. Da ein rein steuerfinanziertes Gesundheitssystem derzeit keine politischen Umsetzungschancen hat, wird diese Finanzierungsvariante aus den Simulationsrechnungen ebenso ausgeschlossen. Eine reine Steuerfinanzierung würde zudem vermutlich vorwiegend durch indirekte Steuern finanziert werden, die mit der hier verwendeten Methode nicht simuliert werden kann.

<sup>14</sup> Zu den sonstigen Einkommensarten zählen Zins- und Dividendeneinnahmen, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, alle sonstigen Renteneinkünfte, Nebenerwerbseinkommen oder Einkommen aus Selbständigkeit.

<sup>15</sup> Versicherungspflicht für Sozialhilfeempfänger, Anspruchsberechtigte der Freien Heilfürsorge und Personen ohne bisherigen Krankenversicherungsschutz.

5. Bürgerversicherungsmodell mit einer Aufhebung der BBG
6. Einführung differenzierter Beitragssätze mit einer Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes um zwei Prozentpunkte in der KVdR
7. Veränderung der beitragsfreien Familienversicherung bei Erwachsenen mit: (a) einem Splitting des Bruttoeinkommens des Ehepartners, (b) der Einführung einer Mindestbeitragspflicht<sup>16</sup>, wobei Personen mit Pfllegetätigkeit bzw. mit einem Kind unter 3 Jahren Beitragsfreiheit gewährt wird.
8. Pauschalprämien in der GKV mit reduzierter Kinderprämie
9. Allgemeine Pauschalprämie für die gesamte Wohnbevölkerung (Bürgerprämie)
10. Allgemeine Pauschalprämie bei reduziertem Leistungskatalog (Bürgerprämie)
11. Rein privatwirtschaftliche Absicherung mit risikoäquivalenten Prämien für die Wohnbevölkerung in Form von kurzperiodigen Prämien<sup>17</sup>

Zur Operationalisierung der Pauschalprämie wurde folgende Annahme getroffen: Im Jahre 2001 machten die gesamten Leistungsaufwendungen für die Versicherten in der GKV 138,8 Mrd. Euro aus (BMGS 2003), wovon rund 132 Mrd. Euro aus Beiträgen der Mitglieder finanziert wurden. Weitere rund 4,1 Mrd. Euro speisen sich aus sonstigen Einnahmen, wobei hier u.a. auch Zinsgewinne oder Strafen enthalten sind. Blicke diese Finanzierungsstruktur und auch das Leistungsrecht unverändert, würde sich bei einer Versichertenzahl von rund 71 Mio. Personen eine rein rechnerische Pauschalprämie von rund. 155 Euro/Monat ergeben. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben der in der GKV versicherten Kinder sind deutlich geringer als die unterstellte allgemeine Pauschalprä-

---

<sup>16</sup> Hier wurde der durchschnittliche Mindestbeitrag von freiwillig Versicherten Mitgliedern der GKV aus dem Jahre 2001 in Höhe von 104 Euro pro Monat unterstellt.

<sup>17</sup> Für die Bestimmung von kurzperiodigen Prämien wurden die alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgabenprofile des RSA herangezogen und allen Befragten im SOEP gemäß Alter, Geschlecht und Wohnort zugewiesen. Diese Prämien geben damit die durchschnittlich zu erwartenden Gesundheitsausgaben der Versicherten in jeder Alterskohorte wieder und verändern sich mit jedem zusätzlichen Lebensjahr.

mie. Legt man einen reduzierten Kinderbeitrag – der sich an den zu erwartenden Leistungsausgaben aus dem RSA ergibt – zugrunde, so belief sich im Jahre 2001 der Kinderbeitrag auf rund 69 Euro und die Prämie für Erwachsene würde entsprechend auf etwa 180 Euro pro Monat ansteigen. Alternativ lässt sich nach diesem Vorgehen auch eine allgemeine Bürgerprämie (Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung) berechnen. Diese läge im Jahre 2001 bei etwa 152 Euro bzw. bei 174,50 Euro bei einem reduzierten Kinderbeitrag.<sup>18</sup>

Bei Pauschalprämienmodellen als auch bei der hier unterstellten Variante der rein privatwirtschaftlichen Absicherung entsteht ein sozialer Ausgleichsbedarf, wenn die Beitragsbelastung ein bestimmtes Niveau nicht überschreiten soll. Hier wurde eine maximale Beitragsbelastung von 15% einer jeweils variierenden Bemessungsgrundlage unterstellt.

Einer der Hauptkritikpunkte an einem Pauschalprämienmodell stellt das erhebliche Finanzvolumen zur Finanzierung des Bedarfs an sozialem Ausgleich dar (Langer et al. 2003). Aus diesen Gründen wurde hier eine Variante mit einem reduzierten Leistungskatalog unterstellt (Modell 10), bei dem das Mutterschafts- und Krankengeld sowie der Zahnersatz gestrichen wurden.<sup>19</sup> Die allgemeine Pauschalprämie ließe sich damit im Jahre 2001 auf rund 141 Euro pro Monat senken.

## **Ergebnisse**

### **Evolutorische Reformmodelle**

Mit einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf sonstige Einkommensarten (Modell 1) in der bestehenden GKV ließe sich der durchschnittliche Beitragssatz um 0,5 Beitragssatzpunkte im Jahre 2001 senken

---

<sup>18</sup> Eine Bürgerprämie würde im Durchschnitt geringer ausfallen als bei einer Pauschalprämie allein in der GKV, da die zu erwartenden Leistungsausgaben – gemäß den Ausgabenprofilen des RSA – aufgrund besseren Risikos der bisher nicht in der GKV versicherten Bevölkerungsteile geringer ausfallen.

<sup>19</sup> Diese Leistungen stehen seit längerem für eine Leistungsauslagerung aus der GKV zur Disposition.

(Tabelle 2). Der fiskalische Effekt fiel damit relativ gering aus. Eine Maßnahme die in der Rürup-Kommission im Zusammenhang mit der Bürgerversicherung keine Aufmerksamkeit fand, ist die vollständige Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Auch wenn damit die Wettbewerbssituation der GKV gegenüber der PKV massiv beeinflusst werden würde, fiel der rein fiskalische Effekt deutlich höher aus. Der Beitragssatz ließe sich in Kombination mit einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf sonstige Einkommensarten um bis 1,68 Beitragssatzpunkte senken (Modell 2).<sup>20</sup>

Eine weitere Reformalternative stellt die Ausweitung der versicherungspflichtigen Bevölkerung zugunsten der GKV dar (Modell 3). Geht man von einem Bestandsschutz der bisher in der PKV versicherten Bevölkerung aus, so ließen sich derzeit nur Sozialhilfeempfänger, Anspruchsberechtigte der Freien Heilfürsorge und Personen ohne bisherigen Krankenversicherungsschutz in die GKV einbinden. Aufgrund der vergleichsweise schlechten Risikostruktur dieser Bevölkerungsgruppen käme es zu einem Beitragssatzanstieg von 0,06 Beitragssatzpunkten. Eine Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises ergibt damit per se keinen zusätzlichen finanziellen Spielraum für die GKV.

Ein Bürgerversicherungsmodell in Anlehnung an die Vorschläge der Rürup-Kommission ergäbe einen Beitragssatzeffekt von 1,4 Prozentpunkten (Modell 4).<sup>21</sup> Wird das Bürgerversicherungsmodell mit einer Aufhebung der BBG kombiniert (Modell 5), so würde der fiskalische Effekt deutlich kräftiger ausfallen und würde nochmals um 1,5 Beitragssatzpunkte zunehmen.

---

<sup>20</sup> Um diesen maximalen Effekt zu erzielen, wären aber zusätzliche Rahmenbedingungen notwendig, um eine vermehrte Abwanderung in die PKV zu unterbinden.

<sup>21</sup> Das Ergebnis liegt nur 0,1 Beitragssatzpunkt über dem im Bericht der Rürup-Kommission ausgewiesenen Ergebnis (Rürup-Kommission 2003: 159).

Eine sanfte Weiterentwicklung der bestehenden GKV – die sich auch vergleichsweise einfach umsetzen ließe – könnte in einer Einführung differenzierter Beitragssätze für Versicherte der KVdR bestehen. Bei einem Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes bei Versicherten der KVdR um zwei Beitragssatzpunkte (Modell 6), würde der Beitragssatz für alle GKV Mitglieder um 0,39 Beitragssatzpunkte abgesenkt werden können.

*Tabelle 2: Beitragssatzeffekt in Prozentpunkten gegenüber dem Status Quo*

Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6	Modell 7a	Modell 7b
-0,5	-1,68	+0,06	-1,4	-2,9	-0,39	-0,81	-0,46

Quelle: SOEP, eigene Berechnungen.

Eine andere evolutorische Weiterentwicklung stellt die veränderte Familienversicherung dar. Zur Verbesserung der Beitragsgerechtigkeit könnte im Rahmen eines Splittingmodells das Bruttoeinkommen des Ehepartners (Modell 7a) herangezogen werden oder ein Mindestbeitrag von bisher beitragsfrei Familienversicherten erhoben werden (Modell 7b). Wird Personen mit einer Pflgetätigkeit bzw. mit einem Kind unter 3 Jahren weiterhin Beitragsfreiheit gewährt, so würden im Jahre 2001 rund 3,6 Millionen Menschen zusätzlich beitragspflichtig. Der Beitragssatz ließe sich je nach Modellvariante auf 0,81 bzw. 0,46 Prozentpunkte senken.

Wollte man die GKV kurzfristig finanziell stabilisieren, so würde sich eine Kombination der Modelle 1, 6 und 7a bzw. 7b anbieten. Dauerhaft würden die bevorstehenden finanziellen Herausforderungen der GKV damit jedoch nicht zu bewältigen sein. Unter rein fiskalischen Gesichtspunkten ist daher ein Bürgerversicherungsmodell bei den evolutorischen Modellen als einzige langfristig wirkende nachhaltige Variante erachtenswert. Aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit und Nachhaltig-

keit wäre eine Erweiterung um eine Einführung von differenzierten Beitragssätzen und einer veränderten Familienversicherung angebracht.<sup>22</sup>

### **Revolutionäre Reformmodelle**

Bei den revolutionären Modellen ist zunächst einmal das Pauschalprämienmodell zu nennen. Das von der Rürup-Kommission vorgeschlagene Modell einer Pauschalprämie würde sich nur auf die bestehende Bevölkerung in der GKV beziehen (Modell 8). Da keine zusätzlichen Finanzmittel für die GKV durch diese Finanzierungsalternative generiert werden, ist das zu finanzierende Volumen für den Bedarf an sozialem Ausgleich in fiskalischer Hinsicht am Bedeutesten.

Ein Aspekt, der bei der Rürup-Kommission wiederum wenig Aufmerksamkeit genoss, ist dabei die Variabilität des Volumens für den sozialen Ausgleich, wenn die maximale Belastungsobergrenze oder – was kaum Aufmerksamkeit gefunden hat – die Bemessungsgrundlage variiert wird. Hier wurden drei Varianten des Pauschalprämienmodells simuliert. Modell 8 lehnt sich direkt an das von der Rürup-Kommission empfohlene Pauschalprämienmodell an, wobei hier Kinder eine reduzierte Pauschalprämie entrichten. Die zweite Variante (Modell 9) stellt eine Weiterentwicklung dar und wird auch als Bürgerprämienmodell diskutiert (Leinert et al. 2005). Die Idee ist hierbei, die Versicherungspflicht auf die gesamte Wohnbevölkerung auszuweiten und als Krankenversicherungsbeitrag eine allgemeine Pauschalprämie zu erheben. Eine dritte Variante (Modell 10) stellt die Bürgerprämie mit einem reduzierten Leistungskatalog dar. Zusätzlich wurde eine rein privatwirtschaftliche Absicherung des Krankheitsrisikos in Form von kurzperiodigen Prämien simuliert (Modell 11).

---

<sup>22</sup> Die Kombinationsmöglichkeit weiterer Reformvarianten auf der Finanzierungsseite mit dem Modell der Bürgerversicherung wird in der gesundheitspolitischen Diskussion vernachlässigt. Unterschiedlichste Reformoptionen werden vorrangig nur im Zusammenhang mit Pauschalprämien diskutiert (vgl. Wasem et al. 2004).

Unterstellt man eine Belastungsobergrenze von 15% einer jeweiligen Bemessungsgrundlage, so zeigt sich, dass das notwendige Volumen für den Bedarf an sozialem Ausgleich deutlich variieren kann (Tabelle 3). Hier wurden drei Varianten der Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Bedarfs für den sozialen Ausgleich unterstellt. Variante (A) umfasst das erweiterte Markteinkommen nur der GKV-Versicherten in einem Haushalt, wobei das erweiterte Markteinkommen weiter gefasst ist als das bisherige sozialversicherungspflichtige Einkommen. Es entspricht dem Gesamteinkommen vor Steuern und Sozialabgaben, d.h. alle Bruttoeinkünfte inkl. aller staatlichen Transfers. Dieses Konstrukt wurde gewählt, um die maximale finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten beschreiben zu können.<sup>23</sup> In Variante (B) wurde das erweiterte Haushaltseinkommen aller Haushaltsmitglieder unterstellt, d.h. dass z.B. PKV-Versicherte im selben Haushalt zur Bestimmung des sozialen Ausgleichsbedarfs mit herangezogen werden. In Variante (C) wurde letztlich das steuerpflichtige Haushaltsbruttoeinkommen inkl. Arbeitgeberbeitrag bzw. Beitragszuschuss der Haushaltsmitglieder aber ohne staatliche Transfers (z.B. Sozialhilfe, Pflegeversicherung, Kindergeld aber inkl. Renten) unterstellt.

Als Ergebnis zeigt sich im Modell 8, dass der soziale Ausgleichsbedarf zwischen 13,9 und 19,9 Mrd. Euro im Jahre 2001 geschwankt hätte. Je nach Variante der Bemessungsgrundlage wären 32% bis 36% aller Haushalte ausgleichsbedürftig gewesen. Die Differenz in dem Ausgleichsbedarf von rund 6 Mrd. Euro wäre in den Modellen 10 und 11 vergleichbar hoch. In Modell 9 würde diese aber auf 8,3 Mrd. Euro ansteigen.

---

<sup>23</sup> So sind z.B. bei einer Beschränkung auf das sozialversicherungspflichtige Einkommen alle sonstigen Einkunftsarten nicht berücksichtigt. Bei einer Fokussierung allein auf das zu versteuernde Einkommen, blieben z.B. alle Lohnersatzleistungen oder andere staatliche Transfers unberücksichtigt.

Um eine Bewertung der Reformmodelle abgeben zu können ist die Höhe des Bedarfs für den sozialen Ausgleich maßgeblich. Konzentriert man sich bei der Bemessungsgrundlage nur auf Variante (C), so läge der Bedarf in dem Modell 8 (in Anlehnung an das Rürup-Modell) bei knapp 20 Mrd. Euro.<sup>24</sup> Weitet man die Versicherungspflicht auf die gesamte Wohnbevölkerung aus (Bürgerprämie, Modell 9), so steigt der Ausgleichsbedarf auf 25,3 Mrd. Euro an. Dies erklärt sich durch zusätzliche Personengruppen mit einer schlechten Einkommensstruktur, die bisher nicht in der GKV versichert waren (vorrangig Sozialhilfeempfänger und Beamte des einfachen Dienstes). Wird wie im Modell 10 angenommen, der Leistungskatalog der GKV reduziert, so verringert sich der Ausgleichsbedarf auf 17,3 Mrd. Euro.

Das vom SVR und SVRKaIG wiederholt thematisierte Modell einer rein privatwirtschaftlichen Absicherung des Krankheitsrisikos mit risikoäquivalenten Prämien – hier in Form von kurzperiodigen Prämien – zeigt, das zunächst überraschende Bild eines deutlich höheren Bedarfs für den sozialen Ausgleich. Dieser läge im Jahre 2001 bei mehr als 44 Mrd. Euro. Der erhöhte Ausgleichsbedarf in diesem Modell ergibt sich vor allem daraus, dass bei kurzperiodigen Prämien, der Erwartungswert für die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben im Alter exponentiell ansteigt. Ältere Personen haben aber nur ein durchschnittliches Einkommensniveau, so dass die weit überwiegende Mehrheit der älteren Menschen ausgleichsbedürftig werden würde. Immerhin 45% aller Haushalte wären in diesem Modell ausgleichsbedürftig.

---

<sup>24</sup> Da sowohl eine andere Bemessungsgrundlage als auch eine andere Belastungsobergrenze angenommen wurde, sind die Ergebnisse nicht direkt mit denen aus dem Bericht der Rürup-Kommission vergleichbar.

*Tabelle 3: Volumen des sozialen Ausgleichs verschiedener Reformmodelle und Anteil Haushalte mit Ausgleichsbedarf*

	<b>Modell</b>			
	8	9	10	11
Bemessungsgrundlage für Sozialausgleich	Pauschalprämie in der GKV mit reduzierter Kinderprämie	Allgemeine Pauschalprämie für die Wohnbevölkerung	Allgemeine Pauschalprämie bei reduziertem Leistungskatalog	Risikoäquivalente Prämien für die Wohnbevölkerung
	<b>Volumen des sozialen Ausgleichs in Mrd. Euro</b>			
(A)	16,3	–	–	–
(B)	13,9	17,0	10,4	38,5
(C)	19,9	25,3	17,3	44,5
	<b>Anteil der Haushalte mit Ausgleichsbedarf in %</b>			
(A)	36	–	–	–
(B)	32	32	23	39
(C)	36	37	28	45

Quelle: SOEP, eigene Berechnungen.

- (A) erweitertes Haushalts-Markteinkommen der GKV Versicherten
- (B) erweitertes Haushalts-Markteinkommen aller Haushaltsmitglieder
- (C) steuerpflichtige Haushaltsbruttoeinkommen inkl. Arbeitgeberbeitrag bzw. Beitragszuschuss aller Haushaltsmitglieder aber ohne staatl. Transfers (z.B. Sozialhilfe, Pflegeversicherung, Kindergeld)

Zur Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs wurde hier zunächst die Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags unterstellt. Diese Maßnahme würde im Jahre 2001 ein zusätzliches Steueraufkommen von rund 17 Mrd. Euro erwarten lassen. Ein eventuell verbleibendes Defizit wurde hier mittels einer Anhebung des Solidaritätszuschlags (von derzeit 5,5%) gedeckt.<sup>25</sup>

Die notwendige Anhebung des Solidaritätszuschlags würde sehr unterschiedlich ausfallen (Tabelle 4). Im Modell 8 (Pauschalprämie in der GKV mit reduzierter Kinderprämie) wäre ein Anstieg um 1,4 Prozentpunkte zu erwarten. Bei einem Bürgerprämienmodell (Modell 9) stiege der Solidaritätszuschlag um 3,6 Prozentpunkte. Interessant ist aber das

<sup>25</sup> Alternative Gegenfinanzierungsvorschläge gehen von einer Anhebung der Mehrwertsteuer, von einem einkommensabhängigen Beitrag innerhalb der GKV auf das Erwerbseinkommen, oder von einem Abbau von Subventionen aus.

Ergebnis bei dem einer allgemeinen Pauschalprämie mit reduziertem Leistungskatalog (Modell 10). Hier wäre keine zusätzliche Mittelaufbringung notwendig, um den Bedarf an sozialem Ausgleich zu finanzieren. Ein wichtiges Argument gegen das Pauschalprämienmodell – die Problematik und das Ausmaß der Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs – wäre damit entkräftet.

Problematisch wäre sicherlich ein Anstieg des Solidaritätszuschlag um 12,7 Prozentpunkte bei dem hier unterstellten Modell risikoäquivalenter Prämien (Modell 11). Die möglichen Vorteile eines solchen Reformmodells stehen deutlich in Widerspruch zu den zu erwartenden Finanzierungsschwierigkeiten.

*Tabelle 4: Finanzierung des sozialen Ausgleich durch Anhebung des Solidaritätszuschlag in Prozentpunkten*

<b>Modell</b>			
8	9	10	11
Pauschalprämie in der GKV mit reduzierter Kinderprämie	Allgemeine Pauschalprämie für die Wohnbevölkerung	Allgemeine Pauschalprämie bei reduziertem Leistungskatalog	Risikoäquivalente Prämien für die Wohnbevölkerung
1,4	3,6	0,0	12,7

Quelle: SOEP, eigene Berechnungen.

Um die Verteilungseffekte der verschiedenen Reformmaßnahmen zu untersuchen wurde in Tabelle 5 die Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo nach Einkommensdezilen für zwei typische Haushaltsformen dargestellt. Dies sind Haushalte von Alleinlebenden und Familienhaushalte mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern.

Bei der Bürgerversicherung zeigt sich, dass Alleinlebende mit höheren Einkommen deutlich beim verfügbaren Einkommen verlieren, was durch eine Anhebung der BBG auf das Niveau der in der GRV geltenden Grenze und durch die Ausweitung der Bemessungsgrundlage erklärt

werden kann. Bei Familienhaushalten ist dagegen kein deutlicher Trend erkennbar. Bei den Pauschalprämienmodellen hängt die individuelle Belastung vor allem davon ab, wie ein Kinderbeitrag finanziert wird (ob über eine Familienkasse oder ob die Prämie von den Eltern zu tragen wäre). Bei dem Pauschalprämienmodell (Modell 9) wurde hier daher zusätzlich unterstellt, dass Kinder und Jugendliche weiterhin beitragsfrei mitversichert werden. Als Ergebnis zeigt sich, dass im Gegensatz zu den Ausführungen im Bericht der Rürup-Kommission, sowohl Alleinlebende als auch Familienhaushalte nicht übermäßig durch die Einführung von Pauschalprämien belastet werden würden. Würde man das Bürgerprämienmodell (Modell 10) mit einem reduzierten Leistungskatalog unterstellen, so würden zunächst alle Alleinlebenden beim verfügbaren Einkommen profitieren und Familienhaushalte ab dem sechsten Einkommensdezil an verfügbarem Einkommen einbüßen. Dies erklärt sich dadurch, dass der Kinderbeitrag in diesem Modell von den Eltern entrichtet werden müsste. Untere Einkommensgruppen würden dagegen entlastet werden.

In einem risikoäquivalenten Finanzierungsverfahren (Modell 11) würden bei beiden Haushaltsgruppen mittlere und obere Einkommensgruppen beim verfügbaren Einkommen einbüßen. Vor allem im obersten Dezil wären signifikante Veränderungen, aufgrund des massiv angehobenen Solidaritätszuschlags zu erwarten.

**Tabelle 5:** *Veränderung des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo nach Einkommensdezilen*

Modell	Status Quo	4	9*	10	11
		Bürgerversicherung	Allgemeine Pauschalprämie für die Wohnbevölkerung	Allgemeine Pauschalprämie bei reduziertem Leistungskatalog	Risikoäquivalente Prämien für die Wohnbevölkerung
Einkommensdezil	<b>Haushalte mit Alleinlebenden</b>				
1. Dezil	6169	78	81	163	172
2. Dezil	10642	78	-167	118	4
3. Dezil	13870	140	-191	495	42
4. Dezil	16890	138	292	1049	338
5. Dezil	20018	192	787	1590	487
6. Dezil	23564	-24	878	1705	317
7. Dezil	27979	-523	649	1512	-167
8. Dezil	33040	-1170	527	1457	-1015
9. Dezil	39629	-1231	443	1415	-1002
10. Dezil	65520	-1304	608	2292	-4068
Insgesamt	15501	10	187	758	90
	<b>Familienhaushalte mit 2 Erwachsenen und 2 Kindern</b>				
1. Dezil	4985	221	205	204	204
2. Dezil	10808	4	55	55	55
3. Dezil	14117	-165	185	147	124
4. Dezil	16725	41	526	369	401
5. Dezil	20617	138	-148	-471	-383
6. Dezil	23965	258	-495	-834	-509
7. Dezil	28172	296	-368	-1271	-345
8. Dezil	33481	141	-36	-1438	-308
09. Dezil	40542	-92	225	-1267	-576
10. Dezil	61361	-845	212	-989	-1770
Insgesamt	34647	-33	-26	-1029	-578

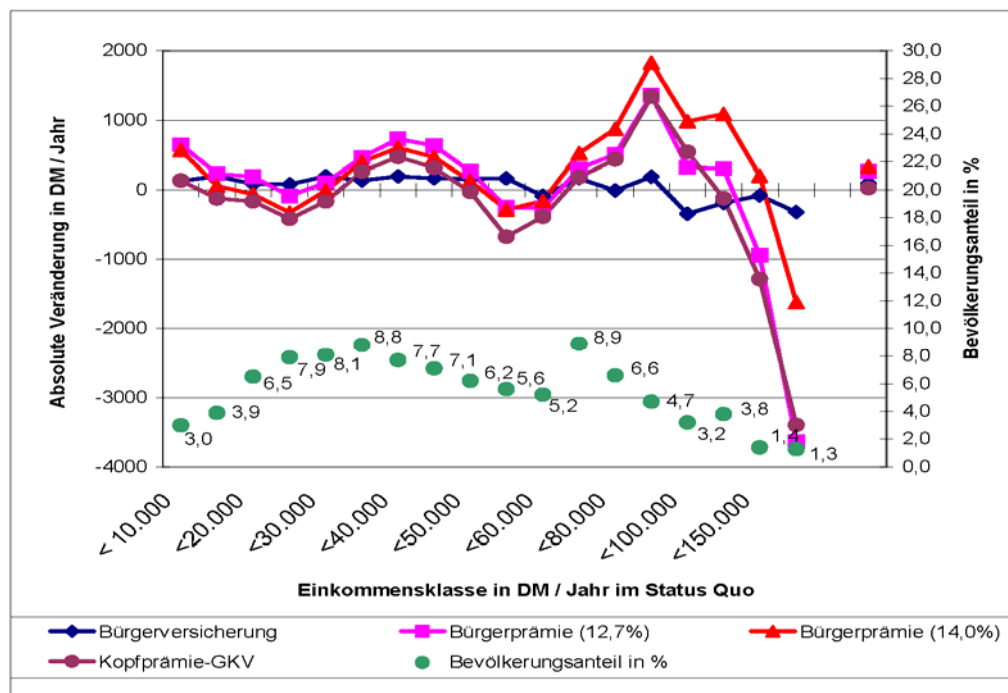
\* Finanzierung des Kinderbeitrags über eine Familienkasse.

Quelle: SOEP, eigene Berechnungen.

Die Verteilungseffekte über die gesamte Bevölkerung hinweg sind in Abbildung 1 dargestellt. Die absoluten Veränderungen bei der Bürgerversicherung sind über die gesamte Einkommensverteilung als gering zu erachten. In den drei Varianten des Pauschalprämienmodells zeigt sich übereinstimmend, dass hohe Einkommen nicht grundsätzlich entlastet werden. Lediglich im Bereich zwischen 40.000 und 50.000 Euro Jahres-

einkommen verbessert sich das verfügbare Einkommen. Oberhalb von 50.000 Euro verfügbaren Jahreseinkommens wirkt sich die Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags und die Anhebung des Solidaritätszuschlags deutlich negativ gegenüber dem Status Quo aus.

Abbildung 1: Absolute Veränderungen des verfügbaren Haushaltsnettoeinkommens gegenüber dem Status Quo



Quelle: SOEP, eigene Berechnungen.

Um zusätzlich den Effekt unterschiedlicher Belastungsobergrenzen darzustellen, wurden zwei alternative Obergrenzen von 14% und 12,7% unterstellt. Dabei zeigt sich der zu erwartende Effekt, dass in einem Pauschalprämienmodell mit einem jeweils veränderten Solidaritätszuschlag obere Einkommen stärker zur Solidarität herangezogen werden, je niedriger die Belastungsobergrenze liegt.

## Fazit

Die GKV steht künftig vor weiter dramatisch steigenden Beitragssätzen. Reformen der Finanzierungsgrundlagen sind notwendig, wenn eine Rationierung von Gesundheitsleistungen vermieden und weiterhin eine

bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung gewährleistet werden soll. Auch durch die mit der Gesundheitsreform 2006 beschlossene Einführung eines Gesundheitsfonds, ist die Reform der Finanzierungsgrundlagen in der GKV nur aufgeschoben worden. Der Gesundheitsfonds bietet aber die Möglichkeit nach der nächsten Bundestagswahl die beiden von der Rürup-Kommission empfohlenen Reformvorschläge der Bürgerversicherung oder des Pauschalprämienmodells umzusetzen. Alternative Reformmodelle sind so derzeit aus dem Blickfeld der gesundheitspolitischen Diskussion geraten. Ein Grund hierfür könnte in der mangelnden empirischen Fundierung alternativer Reformmodelle der Finanzierungsgrundlagen in der GKV liegen.

Will man die GKV kurzfristig finanziell stärken, so lassen sich fiskalisch aussichtsreiche und vergleichsweise einfach umzusetzende alternative Reformvarianten einer evolutionären Weiterentwicklung der GKV finden. Dies sind Modelle mit einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf sonstige Einkunftsarten in der bestehenden GKV bei Mitgliedern und Familienversicherten, die Einführung differenzierter Beitragssätze in der KVdR und die Veränderung der beitragsfreien Familienversicherung. Diese alternativen evolutionären Modelle einer Weiterentwicklung der GKV dürften aber mittel- bis langfristig nicht ausreichend sein um den kommenden Herausforderungen der GKV gerecht zu werden. Eine Ausnahme stellt hierbei das Bürgerversicherungsmodell dar. Revolutionäre Modelle sind vor allem im Hinblick auf die Nachhaltigkeit als wesentlich ertragreicher anzusehen.

Ein revolutionäres Reformmodell ist die Finanzierung über Gesundheitspauschalen. Zwei Hauptkritikpunkte gegen Pauschalprämienmodelle beziehen sich dabei auf die Problematik der Finanzierbarkeit und des Volumens für den Bedarf an sozialem Ausgleich und an einer einsei-

tigen Entlastung oberer Einkommen. Wie in dieser Untersuchung gezeigt werden konnte, ließe sich ein Pauschalprämienmodell allein durch die Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags bei einem geringfügig reduzierten Leistungskatalog finanzieren. Ebenso konnte gezeigt werden, dass obere Einkommen nicht generell in einem Pauschalprämienmodell entlastet werden, sondern dass ab einem verfügbaren Einkommen von mehr als 50.000 Euro in Jahr diese Haushalte eine deutliche Veränderung ihrer Nettoeinkommen erfahren dürften.

Ein in der wissenschaftlichen Diskussion wiederholt diskutierter revolutionärer Vorschlag der Einführung einer rein privatwirtschaftlichen Absicherung im Krankheitsfalle in Form von risikoäquivalenten Prämien zeigt, dass erhebliche zusätzliche finanzielle Mittel aufgrund eines deutlich höheren Bedarfs für den sozialen Ausgleich notwendig wären. Das Volumen beläuft sich auf bis 44,5 Mrd. Euro pro Jahr. Eine Gegenfinanzierung allein über die Auszahlung und Versteuerung des bisherigen Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung würde nicht ausreichen und zusätzliche Steuererhöhungen würden notwendig. Die spezifischen Vorteile dieser Reformvariante dürften durch die Finanzierungsproblematik damit weitgehend in den Hintergrund treten.

Bei einer Reform der Finanzierung der Krankenversicherung ist mittel- bis langfristig aus rein fiskalischen Gesichtspunkten daher ein Umstieg nur auf ein Bürgerversicherungs- oder Bürgerprämienmodell erwägenswert, wobei insbesondere bei der Bürgerversicherung eine Kombination mit einigen der hier beschriebenen Reformoptionen wie z.B. die Einführung von differenzierten Beitragssätzen und die Veränderung der beitragsfreien Familienversicherung aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit und einer höheren Nachhaltigkeit erachtenswert erscheinen.

## Literaturverzeichnis

- Bandelow, N.C. (1998): Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Leske und Budrich: Opladen.
- Beske, F. (1997): Hat die solidarische Krankenversicherung eine Zukunft? In: Merke, K. (Hrsg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Berlin: Quintessenz, S. 18-23.
- Böcken, J., Butzlaff, M., Esche, A. (Hrsg.) (2000): Reformen im Gesundheitswesen. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Breyer, F., Ulrich, V. (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt, Eine Regressionsanalyse, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220(1), S. 1-17.
- Breyer, F., Grabka, M.M., Jacobs, K., Meinhardt, V., Ryll, A., Schulz, E., Spieß, C.K., Wagner, G.G. (2001), Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Gutachten des DIW Berlin im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003): Kennzahlen und Faustformeln der GKV. Tabelle: KF03Bund, Stand März 2003.
- Cassel, D. (2001): Demographischer Wandel - Folgen für die gesetzliche Krankenversicherung, Wirtschaftsdienst 81(2), 87-91.
- Cassel, D. und Oberdieck, V. (2002): Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Wirtschaftsdienst, Nr. 1, S. 15-22.
- Dittrich, K. (1999): „Wer soll Gesundheit bezahlen?“. In: Die Krankenversicherung, Jg. 51(6), S. 181-182.
- Felder, S. (1999): Neue Konzepte für die Selbstbeteiligung in Deutschland. In: Vogel, H.R. und Häßner, K. (Hrsg.): Selbstbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag, S. 67-74.
- Grabka, M.M., Andersen, H., Henke, K.-D., Borchardt, K. (2003b): Kapitaldeckung für die GKV? Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen eines Umstiegs vom Umlage- auf das Kapitaldeckungssystem. In: Schmollers Jahrbuch, Jg. 123, Heft 2, S. 265-283.
- Grabka, M.M. (2004): Alternative Finanzierungsmodelle einer sozialen Krankenversicherung in Deutschland – Methodische Grundlagen und exemplarische Durchführung einer Mikrosimulationsstudie. Dissertation, TU Berlin, ([http://edocs.tu-berlin.de/diss/2004/grabka\\_markus.pdf](http://edocs.tu-berlin.de/diss/2004/grabka_markus.pdf)).
- Hof, B. (2001): Zum Transferbedarf eines Systemwechsels vom Umlage- auf das Anwartschaftsdeckungsverfahren in der Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag des PKV-Verbandes. Köln, Mimeo.
- Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (Rürup-Kommission) (2003) (<http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/index.html>).
- Langer, B., Pfaff, A. und Pfaff, M. (2003): Kopfprämien zur Finanzierung der GKV? Eine gesundheitspolitische Bewertung. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), Bürgerversicherung

- versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung. Bonn, S. 23-33.
- Leinert, J., Grabka, M.M. und Wagner, G.G. (2005): Bürgerprämien für die Krankenversicherungen als Alternative zu den Reformvorschlägen Kopfpauschale und Bürgerversicherung. In: Greß, S., Pfaff, A.B. und Wagner, G.G. (Hrsg.): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie. Edition der Hans Böckler Stiftung Düsseldorf, S. 209-273.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sachstandsbericht 1994. Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sondergutachten 1995, Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (1998): Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. II. Sondergutachten 1997, Nomos, Baden-Baden
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2000): Chancen auf einen höheren Wachstumspfad. Jahreshgutachten 2000/01. Stuttgart, Metzler-Poeschel.
- Schwarze, Johannes (1995): Simulating German Income and Social Security Tax Payments Using The GSOEP. Cross-National Studie in Aging. Program Project Paper No. 19. All-University Gerontology Center Maxwell School of Citizenship and Public Affairs, Syracuse University, New York.
- Wasem, J.; Greß, S.; Rothgang, H. (2004): Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Perspektive für die Zukunft?, Aktualisierte und erweiterte Expertise für die Hans Böckler-Stiftung, Essen/Fulda
- Wille, E. (1998): Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1-2, S. 16-27.
- Wille, E. und Albring, M. (2000): Rationalisierungsreserven im Deutschen Gesundheitswesen. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 4.- 6.11.1999. Frankfurt/Main, u.a.O., Lang.
- Zweifel, P. und Breuer, M. (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbands forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA).