

Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung

von Eberhard Wille*

ABSTRACT

Die gesetzliche Krankenversicherung leidet seit Mitte der 80er Jahre an einer Wachstumsschwäche ihrer Finanzierungsbasis, was eine Reform der Beitragsgestaltung nahelegt. Neben fiskalischen Aspekten sprechen auch distributive und allokativer Gründe für eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und eine Modifikation der beitragsfreien Mitversicherung. Die Veränderung der Pflichtversicherungsgrenze entzieht sich weitgehend ökonomischen Beurteilungskriterien und stellt primär eine politisch-rechtliche Frage dar. Bei einer Variation der Beitragsbemessungsgrenze gilt es, auch die Gesamt-abgabenbelastung der Betroffenen zu beachten. Insgesamt gesehen vermögen diese Optionen die sich abzeichnenden Finanzierungsprobleme zwar abzuschwächen, aber ohne weitere Reformen nicht zu lösen. Die Beurteilung der einzelnen Optionen sollte allerdings nicht nur aus fiskalischer Perspektive erfolgen.

Schlüsselworte: Äquivalenzprinzip, Beitragsbemessungsgrenze, Beitragsbemessungsgrundlage, beitragsfreie Mitversicherung, Beitragsgestaltung, Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungsfähigkeitsprinzip, Pflichtversicherungsgrenze

From the middle of the 1980s onwards, the German Statutory Health Insurance has been suffering from a sluggish growth of its revenue base. A possible remedy is to modify the schedule according to which contributions are raised. Apart from fiscal aspects, there are also allocative and equity reasons for broadening the revenue base as well as modifying the provision of free insurance for family members. On the other hand, a change in the income threshold for compulsory membership primarily represents a political issue which is largely beyond the scope of economic criteria. When changing the assessable income limit, it is also necessary to take into account the total tax burden on the respective individuals. On the whole, these options are capable of attenuating the financial problems in the near future but cannot provide a solution. However, an evaluation of alternative courses of action should not be undertaken solely from a fiscal point of view.

Keywords: principle of equivalence, contributory limit, contributory basis, noncontributory coinsurance, contributory funding, financial basis of the SHI, principle of solvency, compulsory membership threshold in the SHI

1. Einleitung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert sich nach Paragraph 220 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V aus Beiträgen und sonstigen Einnahmen, wie zum Beispiel Kapitalerträgen (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte 2001, 37). Dabei entfallen auf die Beiträge derzeit über 97 Prozent der Einnahmen. Die Bemessung der Beiträge erfolgt auf der Grundlage der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die im Wesentlichen aus Arbeitseinkommen aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung und dem Zahlbetrag der Rente bestehen. Die

Beiträge entrichten Pflicht- und freiwillige Mitglieder. Zu den Pflichtmitgliedern zählen unter anderem Arbeiter, Angestellte, Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe¹ sowie Rentner. Die freiwillig Versicherten setzen sich hauptsächlich aus Selbständigen sowie Arbeitern und Angestellten zusammen, deren Arbeitsentgelt die Pflichtversicherungsgrenze von derzeit (2002) 3.375 Euro im Monat, das heißt 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), übersteigt. Entsprechend dem Solidargedanken bleiben Familienangehörige nach Paragraph 10 SGB V beitragsfrei mitversichert, sofern sie kein Gesamteinkommen beziehen, das regel-

* Prof. Dr. Eberhard Wille

Universität Mannheim, Fakultät für Volkswirtschaftslehre
Schloss, 68131 Mannheim

Tel.: (0621) 181 18 30 · Fax: (0621) 181 18 29 ·
E-Mail: wille@rumms.uni-mannheim.de

mäßig im Monat ein Siebtel der Bezugsgröße nach Paragraph 18 SGB IV, das heißt 335 Euro (2002), überschreitet.

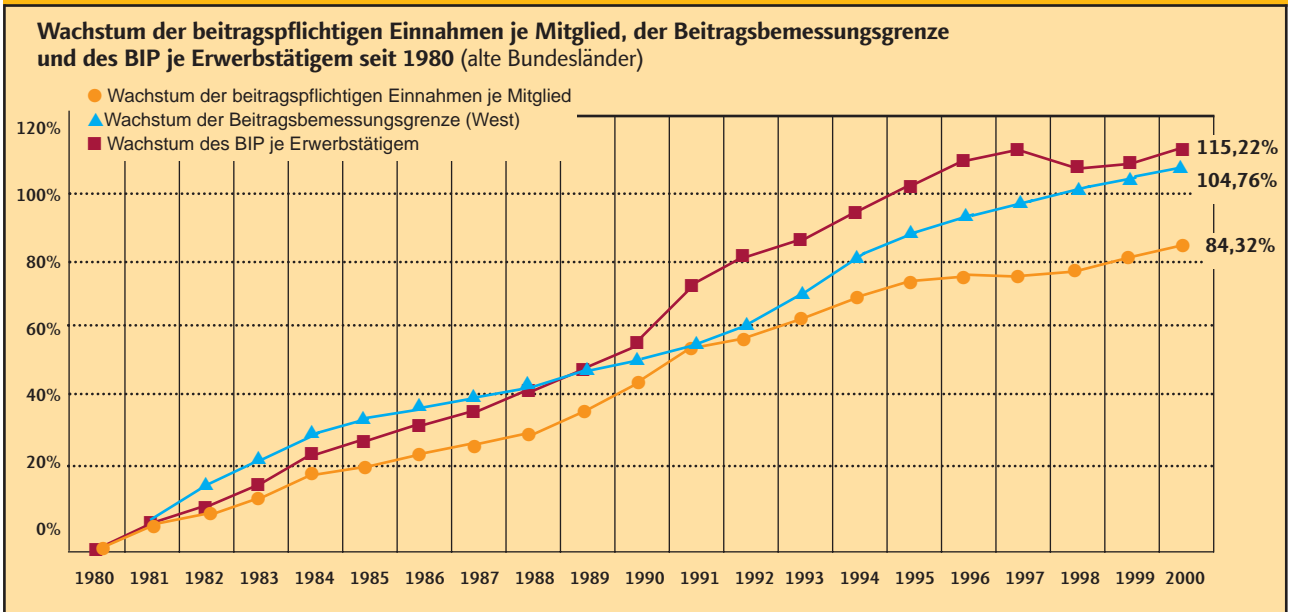
2. Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis als Ansatzpunkt

Wie Abbildung 1 ausweist, blieben die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied² im Zeitraum von 1980 bis 1999 in den alten Bundesländern im Wachstum um gut 20 Prozentpunkte hinter der Beitragsbemessungsgrenze – die in ihrer Höhe jeweils der Pflichtversicherungsgrenze entspricht – und um fast 31 Prozentpunkte hinter dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Erwerbstätigem zurück. Die jährliche Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze folgt gemäß Paragraph 159 SGB VI mit einer zeitlichen Verzögerung von einer Periode der Bruttoinlands-

gen Einnahmen je Mitglied im Beobachtungszeitraum mit der Wachstumsrate des BIP je Erwerbstätigem zugenommen hätten. Danach wären die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Jahre 2000 um 16,7 Prozent höher gewesen, was in den alten Bundesländern bei gegebenem Beitragssatz fiktiven Mehreinnahmen von 35,6 Milliarden Mark (18,2 Milliarden Euro) entspricht. Mit Hilfe dieser fiktiven Mehreinnahmen ließe sich das gegebene Ausgabenvolumen bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von knapp 11,6 Prozent decken. Dieser Beitragssatz weicht unwesentlich von jenem der Jahre 1980 beziehungsweise 1984 ab. Hochgerechnet auf das gesamte Bundesgebiet belaufen sich die entsprechenden fiktiven Mehreinnahmen auf fast 43 Milliarden Mark (22 Milliarden Euro).

Bereits ein cursorischer Blick auf die zentralen Determinanten, die auf die Finanzierungsbasis der GKV einwirken, lässt erwar-

ABBILDUNG 1



Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000, Bundesdruckerei 1999, Bundesministerium für Gesundheit 2001, Statistisches Bundesamt 2002, Arbeitskreis VGR 2002, eigene Berechnungen

-gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigtem Arbeitnehmer. Während das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Beobachtungszeitraum immer unter jenem des BIP je Erwerbstätigem liegt, fällt das Wachstum der Beitragsbemessungsgrenze erst ab 1989 schwächer als die Zunahme des BIP je Erwerbstätigem aus. Im Jahre 2000 übertraf das BIP je Erwerbstätigem die Beitragsbemessungsgrenze dann um ca. 10,5 Prozentpunkte.

Die entsprechende Relevanz beziehungsweise Größenordnung dieser Wachstumslücke für das Beitragsaufkommen verdeutlicht eine fiktive Berechnung, die unterstellt, dass die beitragspflichti-

gen, dass das im Verhältnis zur Steigerung des BIP unterproportionale Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bei gegebener Beitragsgestaltung noch auf absehbare Zeit anhält. Zudem tragen die politischen Entscheidungsträger weiterhin durch Verlagerung von Defiziten zwischen den Teilen der sozialen Sicherung zur Wachstumsschwäche der Einnahmenbasis in der GKV bei³. Ferner übt die Globalisierung einen Druck auf die Arbeitsentgelte aus, der sich bei den mittleren und unteren Lohngruppen und damit wegen der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV fiskalisch in besonders starkem Maße auswirkt. Insbesondere die Öffnung der osteuropäischen Staaten, die über

relativ wenig Kapital aber reichlich Arbeitskräfte verfügen, und die Erweiterung der Europäischen Gemeinschaft verschieben die Knappheitsverhältnisse zwischen den Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital spürbar zu Ungunsten der Arbeitskraft.

Die Verschiebung der demographischen Struktur dürfte in den nächsten Jahren zwar einerseits den Arbeitsmarkt entlasten, aber andererseits den Anteil der Rentner an der Versichertenzahl – wenn auch zunächst noch moderat – ansteigen lassen. Schließlich zeichnen für das schwache Wachstum der Finanzierungsbasis in der GKV noch folgende Einflussfaktoren verantwortlich, die auch künftig restriktiv auf die Steigerungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen bzw. Beiträge je Mitglied einwirken:

- schwaches Wachstum der Arbeitsentgelte durch veränderte Arbeitsverhältnisse beziehungsweise Berufskarrieren (unstete Beschäftigung, nicht versicherungspflichtige Werkverträge),
- Zunahme von nicht beitragspflichtigen Teilen des Arbeitsentgeltes,
- vorgezogene Verrentungen und längere Lebens- und Verrentungszeit sowie
- Wechsel von Versicherten in Krankenkassen mit hohen Beitragssätzen zu solchen mit niedrigen bei gleichbleibendem Behandlungsbedarf.

Vor dem Hintergrund dieses Szenarios dürfte das schwache Wachstum der Beitragseinnahmen ohne Reformmaßnahmen künftig entweder Beitragssatzerhöhungen erforderlich machen oder bei Wahrung der Beitragssatzstabilität kaum ausreichen, um auch nur bescheidene ausgabenseitige Herausforderungen zu bewältigen (*ähnlich: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2001, 95*). Diese Feststellung gilt unbeschadet der Existenz eines nach wie vor beachtlichen Rationalisierungspotenzials, dessen Schöpfung unabhängig von Finanzierungsreformen eine prioritäre Daueraufgabe darstellt.

■ 3. Die Beitragsgestaltung im Kontext globaler Reformoptionen

Bei drohenden Finanzierungsdefiziten bildet eine Änderung der Beitragsgestaltung nur eine Alternative aus einem weiten Spektrum von globalen Reformoptionen. Da der GKV das Finanzierungsinstrument der Kreditaufnahme grundsätzlich nicht zur Verfügung steht, existieren bei Budgetdefiziten noch folgende globale Reformoptionen:

- Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven,
- Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Krankenvorsorge entweder im Rahmen der GKV oder als private Absicherung,
- Beitragssatzerhöhungen,
- Ausweitung der Selbstbeteiligung der Patienten,
- Eingrenzung des Leistungskataloges,

- implizite Verschärfung von Rationierungen sowie
- Verlagerung der Finanzierung auf andere Ausgabenträger, zum Beispiel auf Gebietskörperschaften, andere Teilsysteme der sozialen Sicherung oder private Haushalte.

Sofern die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger dem Postulat der Beitragssatzstabilität entsprechen möchten, eine implizite Rationierung unter normativen Aspekten als schlechteste Lösung ausscheidet und eine verpflichtende kapitalgedeckte Krankenvorsorge als zusätzliches Element in der GKV ebenso wie eine Verlagerung der Finanzierung auf andere öffentliche Ausgabenträger politisch unrealistisch erscheint, verbleiben neben der Daueraufgabe einer Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven als globale Reformoptionen:

- eine Erhöhung der Selbstbeteiligung,
- eine Einengung des Leistungskataloges sowie
- eine Änderung der Beitragsgestaltung.

Gegenüber einer Einengung des Leistungskataloges und einer Erhöhung der Selbstbeteiligung besitzt eine Änderung der Beitragsgestaltung den Vorzug, nicht primär die Patienten, sondern die Versicherten stärker zu belasten. Dabei können konkrete Reformoptionen grundsätzlich an

- der GKV-Versicherungspflicht beziehungsweise dem Pflichtversichertenkreis,
- der Beitragsbemessungsgrenze,
- der Beitragsbemessungsgrundlage,
- der beitragsfreien Mitversicherung und/oder
- der Änderung der Beitragssatzanteile

ansetzen (*Wille 1998 und 2000*). Diese Feststellung könnte nahelegen, zunächst mit einer Änderung der Beitragsgestaltung zu beginnen und andere globale Reformoptionen erst dann zu erwägen, wenn sich umfangreichere Budgetdefizite in der GKV abzeichnen. Abgesehen davon, dass jedes Reformelement bei isolierter Betrachtung auch Nachteile aufweist, erlaubt die Kombination von Elementen mehrerer Reformoptionen eine spürbare Beitragssatzentlastung in Verbindung mit ausgewogeneren Belastungswirkungen. So schwächt sich zum Beispiel die Belastung durch eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage ab, wenn der Beitragssatz im Zuge einer umfassenderen Reform spürbar sinkt.

■ 4. Zielkriterien einer Reform der Beitragsgestaltung

Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und die daher drohenden Beitragssatzerhöhungen bilden zwar den politischen Ansatzpunkt der Reformdiskussion, die fiskalische Ergiebigkeit stellt aber keineswegs das einzige – unter normativen Aspekten

nicht einmal das zentrale – Zielkriterium für eine Änderung der Beitragsgestaltung dar. Eine Reform der Beitragsgestaltung sollte sich neben der fiskalischen Ergiebigkeit noch an folgenden Zielen orientieren:

- in allokativer Hinsicht an den Präferenzen der Versicherten bzw. Bürger,
- dem Verteilungspostulat innerhalb einer Generation,
- der intergenerativen Lastverteilung sowie
- beschäftigungs- und wachstumspolitischen Erfordernissen.

Im Unterschied zur individuellen Äquivalenz, auf die sich die risikoäquivalente Prämienfinanzierung stützt oder zum Leistungsfähigkeitsprinzip, das häufig im Rahmen der Einkommensteuer als Beurteilungskriterium dient, bietet das Solidarprinzip, an dem sich die Finanzierung der GKV orientiert, kein theoretisch fundiertes Paradigma, aus dessen Normen sich eindeutige Aussagen über die Beitragsgestaltung gewinnen lassen. Eine Solidargemeinschaft stellt auch eine private Krankenversicherung dar, denn auch hier erfolgt ex post eine Umverteilung von schadensfreien Mitgliedern zu solchen, die einen Schaden erlitten. Die darüber hinausgehende spezifische Solidarität im Rahmen der GKV besteht in einer ex ante-Umverteilung von:

- guten zu schlechten Gesundheitsrisiken (so genannter Risikoausgleich),
- Beziehern höherer Arbeitsentgelte zu solchen mit niedrigeren Löhnen und Gehältern und zu den Arbeitslosen (Einkommensumverteilung),
- Alleinstehenden zu kinderreichen Familien (so genannter Familienlastenausgleich) sowie
- jungen zu alten Versicherten (so genannter Generationenausgleich).

Die Verteilungswirkungen im Rahmen des Risiko- und des Generationenausgleichs vermag auch ein Finanzierungssystem wie das schweizerische Umlageverfahren mit Hilfe einheitlicher Kopfprämien zu erzeugen. Die darüber hinausgehenden Umverteilungseffekte stehen aber, wie repräsentative Umfragen belegen (Wasem 1999, Zok 1999), für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung nicht zur Disposition. Die GKV steht mit ihren Verteilungswirkungen, die das Solidarprinzip kasuistisch charakterisieren, zwischen steuer- und prämienfinanzierter Gesundheitsversorgung. Ihre derzeitige Beitragsgestaltung mischt Elemente der individuellen (Krankengeld, Beitragsbemessungsgrenze) und gruppenmäßigen Äquivalenz (Abgrenzung zu PKV- und Nicht-Versicherten) mit solchen der Leistungsfähigkeit. Dieses Prinzip beschränkt sich allerdings nicht auf die Einkunftsarten Arbeitsentgelt und Zahlbetrag der Rente, sondern setzt generell am gesamten Einkommen an.

■ 5. Die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage

Die aufgezeigte Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis legt bereits aus fiskalischer Sicht eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV nahe. Es gingen dann über die Arbeitsentgelte und Renten hinaus alle weiteren Einkünfte der Versicherten in die Beitragsbemessung ein, d. h. insbesondere solche aus Vermietung und Verpachtung sowie Kapitalvermögen. Eine Beitragsbemessung, die am gesamten Einkommen ansetzt, entspricht im Vergleich zur geltenden Regelung eher dem Leistungsfähigkeitsprinzip. Dieses Prinzip kann im Rahmen der GKV allerdings nur als Orientierungshilfe für Verteilungseffekte, aber nicht als alleiniges Beurteilungskriterium dienen, da es dem Versicherungscharakter der Beiträge nicht Rechnung trägt und diese zu sehr in die Nähe der Einkommensbesteuerung rückt. Die Erweiterung der Bemessungsgrundlage schließt daher nicht aus, dass sich die Beitragsgestaltung durch die Beitragsbemessungsgrenze, den proportionalen Tarif und das so genannte Bruttoprinzip, das unter anderem keine Verrechnung mit Verlusten aus anderen Einkunftsarten zulässt, immer noch deutlich von der Einkommensbesteuerung unterscheidet.

Die Beitragshöhe hängt zwar bei den meisten Versicherten nur vom Arbeitsentgelt und dem Zahlbetrag der Rente ab, die Beitragsgestaltung berücksichtigt aber darüber hinaus:

- bei den freiwilligen Mitgliedern „die gesamte Leistungsfähigkeit“ (Paragraph 240 Abs. 1 SGB V),
- bei der beitragsfreien Versicherung von Familienangehörigen das „Gesamteinkommen“ (Paragraph 10 Abs. 1 SGB V) und
- zur Feststellung einer unzumutbaren Belastung beziehungsweise bei so genannten Härtefällen, „die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“ (Paragraph 61 Abs. 2 SGB V).

Es scheint schon systematisch wenig überzeugend, die Alimentation von Familienangehörigen und so genannten Härtefällen an das Gesamteinkommen zu binden, die übrigen Transfers beziehungsweise Umverteilungseffekte aber nur an die Einkunftsarten Arbeitsentgelt und Zahlbetrag der Rente. Die geltende Regelung widerspricht eindeutig den Normen des Leistungsfähigkeitsprinzips, insbesondere der horizontalen Gerechtigkeit, denn sie belastet Versicherte mit identischen Gesamteinkommen unter Umständen höchst unterschiedlich.

Neben einer stärkeren Orientierung am Leistungsfähigkeitsprinzip⁴ weist eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage unter anderem noch folgende Vorteile auf, wenn bei der konkreten Reformoption die Nicht-Arbeitsentgelte dem halben Beitragssatz unterliegen und ein Freibetrag oder eine Freigrenze so genannte Kleinsparer von der zusätzlichen Belastung freistellt.

- Sie beseitigt die Unterschiede zur Beitragsbemessung bei den freiwilligen Mitgliedern.
 - Bei fehlender sozialer Schutzbedürftigkeit eines Mitgliedes mit niedrigem Arbeitsentgelt (aber relevanten anderen Einkünften) stellt die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage auch einen Schritt in Richtung (zumutbarer) Risikoäquivalenz dar.
 - Sie wirkt beschäftigungs- und wachstumsfördernd, indem sie die Arbeitsentgelte beziehungsweise Lohnnebenkosten und damit auch die Investitionen von Gesundheitsaufwendungen entlastet.
 - Die konjunkturelle Abhängigkeit der GKV-Einnahmen schwächt sich ab, da die Nicht-Arbeitsentgelte in ihrer Summe vergleichsweise stetiger fließen.
 - Angesichts der höheren Zinseinkommen älterer Menschen mindert die generelle Einbeziehung dieser Einkunftsart in die
- Durch die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten gelangt ein Teil der bisher Pflichtversicherten über die Versicherungspflichtgrenze und erhält damit die Option, in die PKV abzuwandern. Da es sich bei den Abwandernden um gute Risiken handeln dürfte, entstünden der GKV daraus fiskalische Nachteile. Ein Ausweg könnte darin bestehen, simultan die Pflichtversicherungsgrenze anzuheben (siehe unter 7.) oder die Versicherungspflicht weiterhin an das Arbeitsentgelt zu binden.
 - Die Belastung der Zinseinkünfte könnte zusätzliche Anreize zur Kapitalflucht setzen.
 - Die Erhebungs- und Entrichtungsprobleme erscheinen vor allem bei den Zinseinkünften evident⁵. Da der Risikostrukturausgleich (RSA) Unterschiede in den Grundlohnsummen zwischen den Krankenkassen nivelliert, besitzen diese unbe-

TABELLE 1

Kombinationen von Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV

Beitragsbemessungsgrenze (BBG) Pflichtversicherungsgrenze	geltende Regelung (75% der BBG der GRV)	Anhebung auf 100% der BBG der GRV	generelle Aufhebung (im Wesentlichen proportionale Lohnsteuer)
Absenkung	- Bundesärztekammer - Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände	X	X
geltende Regelung (75% der BBG der GRV)	- Status quo - ABDA, BKK-BV, PKV-Verband - KZBV	X	X
Anhebung auf 100% der BBG der GRV	- BMG, IKK-BV, die meisten GKV-Spitzenverbände	- Deutscher Gewerkschaftsbund - Deutscher Pflegerat	X
Aufhebung, aber ohne Selbständige und Beamte	- VdAK/AEV	- ver.di	
Einbeziehung der gesamten Bevölkerung		- Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen (als Vision)	

Quelle: Wille

x) Es handelt sich hier um wenig sinnvolle Kombinationen, da jeweils die Beitragsbemessungsgrenze die Pflichtversicherungsgrenze übersteigt, was zu einer starken Abwanderung in die PKV führen würde.

Beitragsbemessung die intergenerative Umverteilung in der GKV. Dies erscheint vor dem Hintergrund einer erheblich gestiegenen Lebenserwartung und der sich abzeichnenden demographischen Entwicklung nicht nur berechtigt, sondern in Grenzen sogar geboten, denn die gegebenen Systeme in der Sozialversicherung drohen künftig die jeweils erwerbstätigen Generationen zu überfordern.

Die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage bringt allerdings auch einige, vorwiegend technisch-organisatorische Probleme mit sich:

schadet der Auskunft- und Mitteilungspflichten der Versicherten nach Paragraph 206 SGB V kein Interesse an intensiven Nachfragen und Kontrollen (Henke, K.-D. 2001, 694f). Kassenwettbewerb und RSA legen die Übertragung des Beitragseinzugs auf eine neutrale Institution (außerhalb der Finanzbehörden) nahe.

- Mit der generellen Einbeziehung weiterer Einkunftsarten sinkt das relative Gewicht der Arbeitsentgelte und damit auch der Arbeitgeberbeiträge, was als ein Abrücken von der paritätischen Finanzierung gedeutet werden könnte.

Bei einer zusammenfassenden Beurteilung von Pro und Contra dieser Reformoption gilt es zu berücksichtigen, dass die einzelnen, oben genannten Aspekte nicht das gleiche Gewicht besitzen. So erscheint das Argument einer drohenden Kapitalflucht in diesem Kontext häufig überschätzt, denn der halbe Beitragssatz für Zinseinkünfte und die Beitragsbemessungsgrenze begrenzen hier im Gegensatz zur Einkommensbesteuerung die finanziellen Vorteile einer Kapitalflucht. Sodann existieren die Erhebungsprobleme schon heute bei den freiwilligen Mitgliedern, den beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen sowie den so genannten Härtefällen und entfallen auch künftig bei allen Versicherten, deren Arbeitsentgelt bereits die Beitragsbemessungsgrenze erreicht. Die „paritätische Finanzierung“ beruht im Hinblick auf die Inzidenz von Einnahmen und Leistungen der GKV in zweifacher Hinsicht auf einer „Finanzierungsillusion“: Zum einen finanzieren und tragen die Versicherten im Vergleich zur Situation vor 25 Jahren infolge von Leistungsausgrenzungen und Erhöhungen der Selbstbeteiligung weit mehr als die Hälfte der Aufwendungen. Außerdem finanzieren die Arbeitgeber zwar die Hälfte des Beitrages, wälzen ihn aber weitgehend über den Preis der Güter auf die Konsumenten als die materiellen Träger der Beiträge weiter.

■ 6. Die Modifikation der beitragsfreien Mitversicherung

Im Hinblick auf die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen verstößt das geltende System sowohl gegen das Leistungsfähigkeits- als auch gegen das Äquivalenzprinzip. Es benachteiligt Zweiverdienerfamilien, indem es sie bei gleicher oder sogar niedrigerer Summe der Arbeitsentgelte häufig stärker, im Grenzfall doppelt so stark belastet wie eine Familie mit einem erwerbstätigen Partner. Um diese distributiven Verwerfungen zu vermeiden beziehungsweise abzuschwächen, ließe sich die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen, die über kein eigenes beitragspflichtiges Einkommen verfügen, zum Beispiel

- neben Kindern auf Ehepartner beschränken, die Kinder erziehen (schwächere Alternative: bzw. erzogen haben) oder Pflegedienste leisten,
- nur auf Kinder einengen oder
- gänzlich aufheben.

Eine völlige Aufhebung der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen liefe auf eine Suspendierung des so genannten Familienlastenausgleiches innerhalb der GKV hinaus. Von diesen drei Varianten bezieht sich die Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen als konkreter Reformvorschlag zumeist nur auf den nicht-berufstätigen Ehepartner, der keine Kinder (mehr) erzieht und

keine Pflegedienste leistet. Dabei könnte die Beitragsbelastung des nicht-berufstätigen Ehepartners unter anderem auf folgende Weise erfolgen:

- Beitragszahlung in Höhe von 50 Prozent des Beitrags des zugehörigen Mitglieds,
- Entrichtung eines (Mindest-)Beitrages entsprechend einem Arbeitsentgelt in Höhe der unteren Versicherungspflichtgrenze,
- Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgeltes mit nachfolgender Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf beide Entgeltteile sowie
- für eine der drei vorgenannten Varianten zu votieren.

Im Unterschied zu den beiden anderen Varianten führt das Splittingverfahren nur dann zu einer zusätzlichen Beitragsbelastung des jeweiligen Familienhaushaltes, wenn das Arbeitsentgelt des Mitglieds über der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Im Vergleich zur geltenden Regelung belastet das Splittingverfahren allerdings auch zwei berufstätige Ehepartner stärker, sofern das Arbeitsentgelt des einen die Beitragsbemessungsgrenze unter- und das des Partners diese überschreitet. Ein Optionsrecht für eine der drei Varianten verursacht die geringste Beitragssatzsenkung, besitzt aber möglicherweise hinsichtlich seiner politischen Implementation Vorzüge. Die politische Akzeptanz würde wohl noch zunehmen, die fiskalische Ergiebigkeit jedoch abnehmen, wenn die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen auch noch alle Partner einschließt, die einmal in der Vergangenheit Kinder erzogen oder Pflegedienste geleistet haben.

Nach Schätzungen von *Busch/Pfaff/Rindsfüßer (1996)* würde die erste Variante bei einer gesonderten Beitragszahlung für mitversicherte Ehepartner ohne Kinder unter 13 beziehungsweise unter sieben Jahren den Beitragssatz in den alten Bundesländern bei Aufkommensneutralität um 0,66 beziehungsweise 0,88 Prozentpunkte absenken. Die Erhebung eines Mindestbeitrages erlaubt noch eine analoge Reduktion des Beitragssatzes um 0,4 Prozentpunkte. Bei der Erhebung eines Mindestbeitrages und beim Splittingverfahren droht auch kaum eine Abwanderung von freiwillig Versicherten in die private Krankenversicherung (PKV), denn das Splittingverfahren führt nur dann zu einer zusätzlichen Beitragszahlung, wenn das Arbeitsentgelt des Mitglieds über der Beitragsbemessungsgrenze liegt. In diesem Lohn- und Gehaltssegment dürften ältere Versicherte dominieren, für die ein Wechsel in die PKV kaum mehr in Frage kommt. Schließlich geht die Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung des Ehepartners nicht nur mit distributiven Normen konform, sondern vermindert über die dadurch mögliche Beitragssatzsenkung die Arbeitnehmer⁶- sowie Arbeitgeberbeiträge und damit auch die Lohnnebenkosten.

7. Zu neuen Kombinationen von Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze

Die Pflichtversicherungsgrenze in Höhe von derzeit 3.375 Euro im Monat (2002) grenzt den Kreis der Pflichtversicherten ein und steckt somit das potenzielle Marktsegment der privaten Krankenversicherung ab. Diese so genannte Friedensgrenze lässt sich nicht aus gesamtwirtschaftlichen Zielen ableiten beziehungsweise sachlogisch begründen. Sie erscheint im Lichte des Solidaritätsprinzips zu niedrig und unter Subsidiaritätsaspekten zu hoch. Da die anderen beitragsfinanzierten Krankenversicherungssysteme Europas mit Ausnahme der Niederlande eine solche Grenze nicht kennen, sondern eine generelle Versicherungspflicht aufweisen, überrascht es nicht, dass diese Grenze zuweilen Anlass zu kontroversen Diskussionen bildet. Tabelle 1 zeigt synoptisch, dass die Kombinationen von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze⁷ von einer Absenkung der Versicherungspflichtgrenze bei geltender Beitragsbemessungsgrenze bis zur Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die GKV bei Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze reichen. Die Stellungnahmen der diversen Institutionen fielen denn auch im Rahmen des „Runden Tisches“ von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt – Tabelle 1 beansprucht hier keine Vollständigkeit – sehr unterschiedlich aus. Bei den jeweiligen Erhöhungen dieser Grenzen stellen allerdings nur jene Varianten sinnvolle Kombinationen dar, in denen die Beitragsbemessungsgrenze nicht über der Versicherungspflichtgrenze liegt. Andernfalls droht eine massive Abwanderung von freiwillig Versicherten in die PKV.

Von den in Tabelle 1 aufgelisteten Kombinationen konzentrieren sich die gesundheitspolitischen Diskussionen momentan auf die beiden Varianten Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV entweder bei geltender oder bei gleichfalls erhöhter Beitragsbemessungsgrenze. Sofern man den bisher privat Versicherten ein Bleiberecht einräumt, wofür verfassungsrechtliche Gründe sprechen, führt eine bloße Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze für die GKV zunächst kaum und auch mittelfristig nur zu geringen Mehreinnahmen. Eine gleichzeitige Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze lässt mittelfristig einen fiskalischen Nettoeffekt von 0,5 bis 0,7 Beitragssatzpunkten erwarten (*Busch/Pfaff/Rindsfüßer 1996, 49; Breyer et al. 2001, 186*).

Unabhängig von fiskalischen Effekten sprechen vor allem folgende Aspekte für diese beiden Varianten:

- Jenseits der Versicherungspflichtgrenze dürfte das Wahlrecht der Versicherten zu einer für die GKV ungünstigen Risikoselektion führen (*Klose/Schellschmidt 2001, 47*).
- Bei aufkommensneutraler Reform tritt eine Beitragsentlastung bei den mittleren und niedrigeren Arbeitsentgelten ein. Damit sinken die Arbeitskosten bei den weniger qualifizierten

Arbeitskräften, die einen überdurchschnittlichen Anteil an Arbeitslosen aufweisen und beschäftigungspolitische Anreize besonders benötigen.

- Die Variante, die auch eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze vorsieht, verschiebt die Tarifdegression nach hinten, was innerhalb der Arbeitnehmer mit redistributiven beziehungsweise positiven Verteilungseffekten einhergeht.

Diesen positiven Effekten stehen aber auch einige nachteilige Wirkungen gegenüber:

- Diejenigen Versicherten, die im Falle eines Wahlrechtes als schlechte Risiken (wieder) Zutritt zur GKV erhalten, ziehen daraus vor allem aus intertemporaler Sicht ungerechtfertigte Vorteile.
- Im Falle eines Wahlrechtes profitiert die PKV bei den Versicherten, die zur GKV überwechseln, zunächst von der mangelnden Portabilität der Altersrückstellungen, die ihr quasi als Umstellungsgewinne zufallen. Auf mittlere und längere Frist engt die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze allerdings die Möglichkeiten der PKV ein, junge Versicherte zu gewinnen und schwächt damit ihre finanzielle Grundlage.
- Privatversicherte Patienten zahlen vielfach für die gleichen Leistungen höhere Preise als Patienten der GKV, so dass ein stärkerer Versichertenwechsel von der PKV zur GKV die Vergütung der Leistungserbringer spürbar vermindern kann. Es steht dann zu erwarten, dass die jeweiligen Anbieter versuchen, ihre Einbußen, unter anderem im Rahmen von Vergütungsverhandlungen, zu kompensieren.

Die Variante mit Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze wirkt für die Betroffenen wie eine zusätzliche Steuerbelastung, denn sie kommen dadurch mit Ausnahme des Krankengeldes nicht in den Genuss von versicherungsmäßigen Mehrleistungen. Die Beiträge zur GKV verlieren auf diese Weise ihren ohnehin nur noch schwach ausgeprägten Versicherungscharakter, und der Tarif nähert sich dem einer linearen Lohnsteuer. Zudem trifft die zusätzliche Beitragsbelastung jene Versicherten, die in Verbindung mit dem geltenden Einkommensteuertarif bereits einen hohen Grenzabgabensatz aufweisen. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf das Niveau der GRV vereinheitlicht den Tarif von zwei Teilsystemen der sozialen Sicherung, die sich anders als nach ihrer Gründung zwischenzeitlich an unterschiedlichen Finanzierungsprinzipien ausrichten. Die GRV folgt ähnlich wie die Arbeitslosenversicherung tendenziell insofern immer noch der individuellen Äquivalenz, als höheren Beitragszahlungen eines Versicherten auch höhere Versicherungsleistungen entsprechen. Im Gegensatz dazu besitzen in der GKV alle Versicherten unabhängig von ihren Beitragszahlungen grundsätzlich denselben Anspruch auf medizinische Behandlungsleistungen. Schließlich verschärft eine isolierte Anhebung

der Beitragsbemessungsgrenze im geltenden Beitragssystem, das heißt bei der bestehenden Bemessungsgrundlage, die Belastung der Bezieher von Arbeitsentgelten gegenüber den Beziehern anderer Einkunftsarten. ■

Fußnoten

- 1 Gemäß Paragraph 251 Abs. 4 SGB V übernehmen die Bundesanstalt für Arbeit die Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld und der Bund die Beiträge für Bezieher von Arbeitslosenhilfe.
- 2 Die beitragspflichtigen Einnahmen in Abbildung 1 stützen sich nicht auf die Daten der amtlichen Statistik, sondern auf selbst ermittelte Werte. Die Einbeziehung der Einnahmen von Rentnern in die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen ab 1996 bedeutet einen Strukturbruch und macht eine Bereinigung bzw. Ergänzung der entsprechenden Zeitreihe erforderlich (Wille 2001, 13).
- 3 Eine Ausnahme bilden hier die Beitragseinnahmen aus geringfügiger Beschäftigung, die aber zur Kompensation der Effekte aus gegenläufigen diskretionären Eingriffen nicht annähernd ausreichen.
- 4 Die zusätzlichen Einkunftsarten besitzen zwar nur unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze Beitragsrelevanz, was aber trotz regressiver Effekte bei vorgegebener Bemessungsgrenze mit dem Leistungsfähigkeitsprinzip konform geht, d. h. dem Postulat der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit entspricht.
- 5 Dies erschwert auch eine verlässliche Abschätzung der fiskalischen Effekte dieser Reformoption. Breyer et al. (2001, 186) schätzen hier Mehreinnahmen von gut sechs Milliarden Mark, d. h. eine Absenkung von einem Drittel Beitragssatzpunkt.
- 6 Dies käme damit auch wiederum Familien zugute.
- 7 Eine Absenkung der Beitragsbemessungsgrenze steht angesichts der fiskalischen Probleme der GKV nicht zur Diskussion.

Literatur

Breyer F et al. (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Endbericht, Berlin, 29.10.2001.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2001):

Unsere Sozialversicherung, 28. Auflage, Berlin.

Busch S/Pfaff AB/Rindsfüßer C (1996): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen, Düsseldorf.

Henke K-D (2001): Das Karlsruher Urteil zur Beitragsbemessung in der GKV, in: Wirtschaftsdienst, 81. Jg., 12, 692-696.

Klose J/Schellschmidt H (2001): Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick, Bonn.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2001): Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union, Wien.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Sachstandsbericht 1994. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden.

Wasem J (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie, Neuss.

Wille E (1998): Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos, in: Arbeit und Sozialpolitik, 52. Jg., Heft 1/2, 16-27.

Wille E (2000): Einnahmehasis der Krankenkassen - Woher nehmen und nicht stehlen?, in: Gesundheit und Gesellschaft, 3. Jg., 10/2000, 30-35.

Wille E (2001): Basis und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Nr. 199/Dezember 2001, Stuttgart.

Zok K (1999): Anforderungen an die Gesetzliche Krankenversicherung. Einschätzungen und Erwartungen aus Sicht der Versicherten, WIDO-Materialien 43, Bonn.

DER AUTOR



Eberhard Wille wurde 1942 in Berlin geboren. Nach dem Diplom-Examen 1966 an der Universität Bonn, der Promotion 1969 und der Habilitation 1973 an der Universität Mainz, ist er seit 1975 Professor für Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft an der Universität

Mannheim. Er ist unter anderem Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie und stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.