

Finanzierungsalternativen für die Gesetzliche Krankenversicherung

Alternative Modelle zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Auswirkungen auf Beitragssätze, Versicherte und andere Zweige der Sozialversicherung



Ergebnisse des Forschungsprojekts von INIFES im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung

Gesundheits- und forschungspolitische Einordnung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland steht vor einem sich zunehmend verschärfenden Finanzierungsproblem: Mit einer zunehmend schrumpfenden Einnahmenbasis sollen steigende Ausgaben gedeckt werden. Demographischer Wandel und medizinisch-technischer Fortschritt bestimmen Ausgabendynamik und Einnahmenschwund. Die Folge sind überproportionale Beitragssatzzuwächse und somit steigende Belastungen der Versicherten. Die Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts in GKV und private Krankenversicherung (PKV) unterstützt dies zusätzlich, da „gute Risiken“ aus dem gesetzlichen System austreten können. Die negativen Folgen dieser Beitragssatzsteigerungen schlagen sich in steigenden Ausgaben und Beitragssätzen auch in anderen Sozialleistungsbereichen nieder.

Eine Neuordnung der Finanzierungsseite der GKV wird daher von Wissenschaftler und Praktikern als überfällige Aufgabe der neuen Regierungskoalition angesehen. Im Vorfeld der Koalitionsbildung vertraten die Koalitionspartner mit den Konzepten der „Bürgerversicherung“ auf der einen, dem der „Gesundheitsprämie“ auf der anderen Seite dabei durchaus unterschiedliche, teilweise sogar konträre Positionen.

Die Hans-Böckler-Stiftung widmet sich seit geraumer Zeit in mehreren geförderten Projekten diesen Problemstellungen. Auch das Internationale Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES) beschäftigte sich – als Folgeprojekt zu vergleichbaren Untersuchungen zu den Themen „Leistungsausgrenzungen“, „Zuzahlungen“ und „Kopfpauschalen“ – mit diesem Fragenkomplex. Der zentrale Untersuchungsauftrag bestand dabei darin, die in der gesundheitspolitischen Debatte diskutierten Modellvorschläge in ihrer Gesamtheit wie auch deren Einzelmaßnahmen auf ihre jeweiligen Finanzierungs- und Verteilungswirkungen hin zu untersuchen. Darüber hinaus wurden auch etwaige Rückwirkungen solcher reformpolitischer Eingriffe auf andere Sozialleistungsbereiche, v.a. auf die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) und die Arbeitslosenversicherung (AIV), thematisiert.

Finanzierungseffekte auf die Gesetzliche Krankenversicherung

Entgegen dem Eindruck, der sich aus der gesundheitspolitischen Debatte ergeben mag, stellen die verschiedenen in der Diskussion befindlichen Modelle keine unumstößlich vorgegebenen Alternativen sondern lediglich spezifische Kombinationen verschiedener Einzelmaßnahmen dar, die ihrem Prinzip nach auch in einer Vielzahl anderer Arten und Weisen miteinander kombinierbar sind. Folglich erscheinen isolierte Untersuchungen der Auswirkungen einzelner Eingriffsoptionen transparenter als solche von vorgegebenen Modellstrukturen, in welchen bereits mehrere Einzelmaßnahmen in bestimmten Ausgestaltungsvarianten zusammengeführt sind. Folgende Einzelmaßnahmen wurden dabei auf ihre separaten Effekte wie auch auf ihr Zusammenwirken untereinander hin untersucht:

1. Die Ausweitung des Versichertenkreises auf bislang nicht in der GKV versicherte Personen, d.h. auf Arbeitnehmer mit beitragspflichtigen Erwerbseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze, auf Beamte und Pensionäre, auf Selbständige, auf Wehr- und Ersatzdienstleistende sowie auf Sozialhilfeempfänger.
2. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der GKV auf das Niveau derjenigen der GRV, d.h. für das Jahr 2006 von 3562,50 auf 5250 €/mtl.
3. Die Ausweitung der in der Beitragsbasis der GKV auf andere Einkommensarten.

Eine isolierte Ausweitungen des Versichertenkreises auf Arbeitnehmer mit beitragspflichtigen Erwerbseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze, auf Beamte und Pensionäre, auf Selbständige sowie auf Wehr- und Ersatzdienstleistende würden dabei jede für sich genommen eine Absenkung des Beitragssatzes zur GKV erlauben: Die Hinzunahme dieser vier Personengruppen birgt ein Beitragssatzreduktionspotenzial von 1,1 Beitragssatzpunkten in sich. Die zusätzliche Hinzunahme auch von Sozialhilfeempfängern würde diesen Effekt hingegen wiederum geringfügig, auf einen Entlastungseffekt von dann nur 0,9 Punkten, abschwächen.

Eine isolierte Anhebung der BBG auf das Niveau der GRV würde angesichts des derzeitigen GKV-Versichertenkreises eine Reduktion des Beitragssatzes zur GKV von 0,4 Beitragssatzpunkten ermöglichen. In Verbindung mit einer wie geschilderten Ausweitung des Versichertenkreises auf alle genannten Personengruppen – außer den Sozialhilfeempfängern – würde sich dieser Effekt für sich genommen – v.a. infolge des Hinzukommens von Personen mit Einkommen über der BBG in den Versichertenkreis – auf bis zu 0,7 Beitragssatzpunkte ausweiten lassen.

Eine isolierte Ausweitung der Beitragsbasis auf andere Einkommensarten hätte – je nach herangezogener Datenbasis und zugrunde gelegten steuerrechtlichen Rahmenbedingungen – ebenfalls Beitragssatzreduktionen zur Folge, welche mit 0,2 bis 0,3 Beitragssatzpunkten jedoch deutlich geringer ausfielen wie bei den beiden erstgenannten Maßnahmen.

Insbesondere eine Ausweitung des Versichertenkreises sowie eine Anhebung der BBG hätten somit merkliche Entlastungseffekte in der GKV und folglich Reduktionsmöglichkeiten deren Beitragssatzes zur Konsequenz. Eine gemeinsame Umsetzung dieser beiden Maßnahmen würde dabei eine Beitragssatzreduktion von 1,8 Beitragssatzpunkten ermöglichen. Zusammen mit einer Ausweitung der Beitragsgrundlage auch auf andere Einkommensarten würde sich dieser Entlastungseffekt noch auf bis zu über 2 Beitragssatzpunkte steigern lassen. Eine Ausweitung des Versichertenkreises ebenso wie eine Anhebung der BBG auf das Niveau derjenigen der GRV scheinen angesichts dieser Resultate besonders angezeigt.

Geht man von einer schrittweisen Ausweitung des Versichertenkreises auf die Gesamtbevölkerung aus, so treten die genannten Beitragssatzentlastungen nur allmählich ein. Die Entlastungswirkung (ohne eine Verbeitragung von weiteren Einkommensarten) von bis zu 1,8 Beitragssatzpunkten tritt dann sukzessive bis zum Jahr 2050 ein. Unter Berücksichtigung der demographischen und medizinisch-technischen Entwicklung in den Simulationsrechnungen wächst sie bis zu diesem Zeitpunkt allerdings sogar auf 3,4 Beitragssatzpunkte an.

Hinsichtlich einer einkommensunabhängigen Finanzierung wurden die Vorschläge der CDU vom Parteitag in Leipzig von 2003, derjenige von Rürup und Wille sowie der Unionskompromiss vom November 2004 auf ihren Subventionsbedarf und daraus resultierende Gegenfinanzierungsfragen hin untersucht. Je nach Modell und berücksichtigtem Leistungsumfang ergaben sich hierbei Deckungslücken zwischen 6,3 und 22,5 Mrd. € p.a. Zu deren Deckung wären – den untersuchten Gegenfinanzierungsvarianten folgend – bspw. entweder Anhebungen der Mehrwertsteuer zwischen 0,7 und 2,6 Prozentpunkte (regulärer Steuersatz) oder alternativ Aufschläge auf die Einkommenssteuer (sog. „Gesundheitssoli“) zwischen 4,6% und 14,1% der Einkommenssteuer erforderlich.

Verteilungs- und Belastungswirkungen auf die Versicherten

Die exakten Verteilungseffekte der Bürgerversicherung hängen von deren konkreter Ausgestaltung ab. Der Tendenz nach sind aber bei Ausweitungen des Versichertenkreises Entlastungen der bisher GKV-Versicherten zu erwarten. Bei einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist der Tendenz nach eine Entlastung geringer Verdienender zulasten besser Verdienender zu erwarten.

Bei Einführung von Kopfprämienmodellen ergibt sich für die jetzt GKV-Versicherten mit geringem Einkommen (nur) dann keine Mehrbelastung, wenn langfristig die Subventionierung der Kopfprämien aus Steuermitteln sichergestellt

werden kann. Mehrbelastungen ergeben sich für Alleinverdienerehepaare, Entlastungen für Alleinstehende und Zweiverdienerehepaaren mit höheren Einkommen. Die Gesundheitsprämie des Unionskompromisses bringt scheinbar höhere Entlastungen für viele Mitglieder – allerdings nur dann wenn man nicht berücksichtigt, dass auch die Steuersubventionen zum großen Teil wiederum von GKV-Mitgliedern selbst getragen werden müssen. Erfolgt diese vorwiegend aus einem Aufschlag auf die Einkommensteuer, so wäre die Belastung durch die Gegenfinanzierung eher auf Bezieher von höheren Einkommen überwältigt, als wenn diese über eine Erhöhung der Mehrwertsteuer bestritten wird, bei der gerade die Empfänger von Prämiensubventionen wieder wesentlich mitbelastet würden. Problematisch erscheint zudem, dass, je nach Kopfprämienmodell, bis zur Hälfte der GKV-Mitglieder als Subventionsempfänger „stigmatisiert“ wären: Allein von den Mitgliedern der GKV wären – je nach Modell – 16 bis 25 Mio. subventionsberechtigt. Zudem würden die erforderlichen Bedarfsprüfungen einen erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand nach sich ziehen.

Rückwirkungen auf andere Sozialversicherungszweige

Für einige alternative Ausgestaltungsvarianten der Bürgerversicherung wurden auch deren Rückwirkungen auf einige andere Sozialversicherungszweige untersucht. Die ermittelten Effekte resultieren aus der Gegebenheit, dass sowohl die GRV als auch die AIV für ihre Leistungsbezieher – Rentner bzw. Arbeitslosengeldempfänger – Beiträge zur GKV zu leisten haben. Das Volumen dieser Beitragszahlungen variiert dabei mit dem Beitragssatz zur GKV. Hierbei konnte – für eine Beitragssatzreduktion in der GKV von 1,8 Punkten bei Einführung einer Bürgerversicherung (durch Ausweitung des Versichertenkreises sowie Anhebung der BBG) – eine zusätzliche Reduktion der Beitragsverpflichtungen der GRV für die Versicherung ihrer Rentner von rd. 3,4 Mrd. €, eine Reduktion der Beitragsverpflichtungen der AIV für die Versicherung von Arbeitslosengeldempfängern von rd. 650 Mio. € sowie darüber hinaus eine Reduktion der Beitragsverpflichtungen aus dem Bundeshaushalt – aus dem die GKV-Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II geleistet werden – für die Versicherung von Arbeitslosengeld-II-Empfängern von rd. 526 Mio. € ermittelt werden. In der GRV würde dies bspw. eine Beitragssatzreduktion um rd. 0,4, in der AIV immerhin noch eine um knapp 0,1 Beitragssatzpunkte erlauben. Auch andere Finanzierungsträger der sozialen Sicherung würden durch eine Bürgerversicherung somit entlastet werden. Diese zusätzliche Entlastung wird dabei durch eine generelle Verschiebung der Finanzierungslast für die GKV auf Primäreinkommen durch die Bürgerversicherung erreicht. Aussagen hinsichtlich solcher Entlastungseffekte in anderen Sozialleistungsbereichen durch die Einführung einkommensunabhängiger Prämien können vom derzeitigen gesundheitspolitischen Diskussionsstand aus hingegen nicht getroffen werden.