

Stephan Burger, Beate Männel

Drei Wege zur Versöhnung – Finanzierungsdiskussion in der nächsten Runde

In die Diskussion um die Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung ist kürzlich ein konkretes Modell zur Ausgestaltung einer Gesundheitsprämie eingebracht worden. Für die Finanzierung des Solidarausgleichs werden in diesem System drei Varianten vorgeschlagen. Wie sind die Reformvorschläge ausgestaltet und wie sind die Finanzierungsvarianten aus verteilungspolitischer Sicht zu bewerten? Welche Probleme können bei der praktischen Umsetzung der Reform entstehen?

Am 15. Juli 2004 haben die Professoren Rürup und Wille ein modifiziertes und konkretisiertes Modell der Gesundheitsprämien vorgestellt. Nach Informationen der Presse wurde das Gutachten im Auftrag von privaten Krankenversicherern erstellt. Als Beitrag zur Lösung der Finanzierungsprobleme in der GKV schlagen die beiden Wissenschaftler ein System kassenindividueller pauschaler Gesundheitsprämien vor. Für die solidarische Finanzierung der Beiträge werden drei Varianten zur Diskussion gestellt: eine Erhöhung der Mehrwertsteuer, eine Anhebung des Solidaritätszuschlags oder eine GKV-interne Umverteilungslösung über einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag.

Über die Probleme der GKV-Finanzierung besteht weitgehend Einigkeit und sie wurden bereits im Abschlussbericht der Rürup-Kommission im August 2003 ausführlich beschrieben, insbesondere die zu erwartenden Beitragssatzsteigerungen durch die Verbindung von demographischer Entwicklung und medizinisch-technischem Fortschritt, die bestehenden Verteilungsgerechtigkeiten sowie die direkte Kopplung der Arbeitskosten an die Krankenversicherungsbeiträge. Als Lösung wurden von der Rürup-Kommission eine Bürgerversicherung (Einbeziehung der bisher PKV-Versicherten in die GKV und Verbreiterung der Bemessungsgrundlage der Beiträge) und ein System pauschaler Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Solidarausgleich vorgeschlagen. Nachdem in der politischen Debatte unzählige Reformvarianten diskutiert wurden und das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung im Auftrag von Bündnis 90/DIE GRÜNEN ein Gutachten zur Konkretisierung der Bürgerversicherung vorgestellt haben¹, machen sich Rürup und

Wille mit konkreten Umsetzungsvorschlägen erneut für ein System pauschaler Gesundheitsprämien stark.

Die neuen Reformvorschläge

Nach dem Willen der Gutachter soll das Nebeneinander von PKV und GKV erhalten bleiben. Sie begründen dies mit verfassungsrechtlichen Bedenken und mit dem Hinweis darauf, dass die bestehenden Kapitaldeckungselemente in Form von Altersrückstellungen leichtfertig geopfert würden.

Zur Abkopplung der Arbeitskosten von der Krankenversicherung wird vorgeschlagen, den bisherigen Arbeitgeberbeitrag dem Bruttoeinkommen zuzuschlagen und an die Arbeitnehmer steuerpflichtig auszu zahlen².

Die zukünftigen GKV-Einnahmen sollen sich aus drei Komponenten zusammensetzen:

- einer kassenindividuellen pauschalen Gesundheitsprämie für Erwachsene (im derzeitigen GKV-Durchschnitt 169 Euro),
- einer Gesundheitsprämie für Kinder und Jugendliche (im derzeitigen GKV-Durchschnitt 78 Euro) sowie
- einem einkommensabhängigen Beitrag für die Krankengeldversicherung.

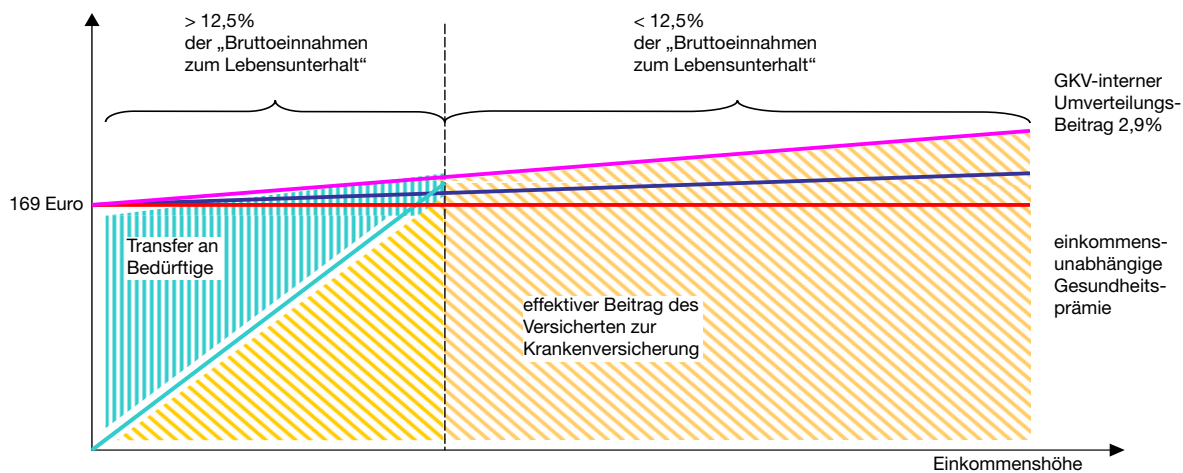
Zur Vermeidung sozialer Härten ist ein Solidarausgleich vorgesehen. Gesundheitsprämien für Kinder (aus Gleichbehandlungsgründen sowohl in der GKV als auch in der PKV) werden steuerfinanziert und über

¹ S. Sehlen, W.F. Schröder, G. Schiffforst: Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell, Mai 2004.

² Da die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zu einem Anstieg der Bruttoeinkommen führt, wird die Versicherungspflichtgrenze entsprechend angehoben (von 3 862 Euro auf 4 105 Euro). Für eine einkommensneutrale Umstellung müssen außerdem die Beitragssätze der anderen Sozialversicherungszweige gesenkt werden (Gesetzliche Rentenversicherung um 1,07, Arbeitslosenversicherung um 0,36 und Gesetzliche Pflegeversicherung um 0,09 Beitragssatzpunkte). Aus Gleichbehandlungsgründen soll auch für Beamte und Pensionäre ein fiktiver Arbeitgeberbeitrag steuerpflichtig ausbezahlt werden.

Dr. Stephan Burger, 40, ist stellvertretender Leiter im Stabsbereich Verbandspolitik und Kommunikation des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen in Essen; Dr. Beate Männel, 39, ist dort Referentin.

Schaubild 1
Beitragsgestaltung bei dem Prämienmodell¹



¹ Kassenindividuelle Gesundheitsprämie + Beitrag zur Krankengeldversicherung + GKV-interner Umverteilungsbeitrag.

die Familienkassen ausgezahlt. Für die hierfür benötigten Mittel (ca. 15,8 Mrd. Euro) stünden dem Staat die Mehreinnahmen aus der Versteuerung der ausgezahlten Arbeitgeberbeiträge zur Verfügung (geschätzt: 15,6 Mrd. Euro). Um die finanzielle Leistungsfähigkeit der Haushalte nicht zu überfordern, wird eine Belastungsgrenze in Höhe von 12,5% der jährlichen „Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“ definiert. Die Differenz zwischen Belastungsgrenze und zu zahlenden Gesundheitsprämien würde durch einen Zuschuss ausgeglichen werden. Die Gutachter haben drei Varianten durchgerechnet, wie dieser Zuschuss finanziert werden könnte:

- die Anhebung der Mehrwertsteuer um 2,5 Prozentpunkte auf 18,5%,
- die Anhebung des Solidaritätszuschlags auf die Einkommensteuerschuld um 11,9 Prozentpunkte auf 17,4% oder
- die Erhebung eines GKV-internen Beitragssatzes auf die bisherigen beitragspflichtigen Einkommen in Höhe von 2,9%.

Die unterschiedlichen Varianten werden im Gutachten hinsichtlich ihrer Beschäftigungs- und Wachstumswirkung, fiskalischen Effekte und Verteilungswirkungen analysiert.

Grundsätzliche Bewertung und Einordnung in die Reformdebatte

Zentrale Anliegen des Vorschlags von Rürup und Wille sind ein Mehr an Nachhaltigkeit sowie die vollständige Abkopplung der Gesundheitsausgaben vom Arbeitsmarkt bei Sicherung einer solidarischen Finanzierung der GKV. Zuletzt hat sich die politische

Debatte um die Finanzierungsreform in Polarisierungen verhärtet: Weil das Gesundheitsprämienmodell hinsichtlich der Abkopplung der Arbeitskosten der Bürgerversicherung eindeutig überlegen ist, haben sich hierfür insbesondere diejenigen ausgesprochen, die vor allem die allokativen Aspekte im Zusammenhang mit der Entlastung des Arbeitsmarktes und den daraus resultierenden Wachstumschancen im Blick hatten. Gegner des Gesundheitsprämienmodells blendeten diese allokativen Vorteile weitgehend aus und kritisierten vor allem Verteilungsgerechtigkeiten und dass die Steuerfinanzierung des Solidarausgleichs im Prämienmodell nicht gesichert sei. Befürworter der Bürgerversicherung stellten daher die distributive Vorteilhaftigkeit ihres Modells in den Vordergrund.

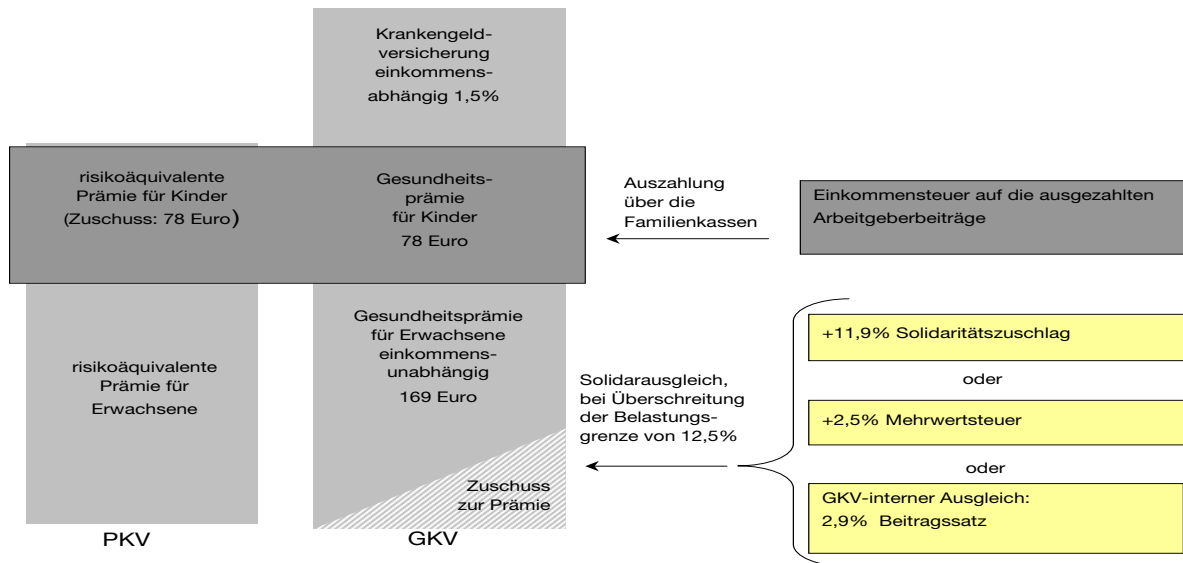
Das Gutachten von Rürup und Wille greift diese unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen auf. Die mögliche Ausgestaltung des Solidarausgleichs im Gesundheitsprämienmodell wird ausgearbeitet und erstmals konkretisiert. An den vorgeschlagenen Varianten können die Verteilungswirkungen eines Prämienmodells nun besser beurteilt werden. Für die politische Diskussion mit ihren verhärteten Positionierungen liefern die Modellvarianten möglicherweise Kompromisslinien, die für alle tragbar sind. So könnte wieder Bewegung in die Reformdebatte kommen.

Die drei Varianten zur Finanzierung des Solidarausgleichs sind insbesondere hinsichtlich dreier Kriterien zu bewerten: Verteilungsgerechtigkeit, Verteilungseffizienz und Verteilungseffektivität.

Verteilungsgerechtigkeit

Dieses Kriterium beschäftigt sich mit der Frage, ob die gewünschten Verteilungsziele erreicht werden, d.h.

Schaubild 2
Beitrags Elemente bei der Gesundheitsprämie



ob eine Umverteilung von Beziehern hoher Einkommen zu Beziehern niedriger Einkommen stattfindet. Bei der vorgeschlagenen GKV-internen Lösung muss diese Frage – wie im bestehenden GKV-System – zum großen Teil verneint werden. Zum einen deshalb, weil Bezieher höherer Einkommen systematisch (durch die Nichteinbeziehung der PKV-Versicherten) nicht in die Umverteilung einbezogen werden. Zum anderen sind die GKV-Versicherten mit höheren Einkommen nur unterproportional an der Umverteilung beteiligt, weil der Beitragszuschlag zur Finanzierung des Solidarausgleichs in Höhe von 2,9% nur bis zur neuen Versicherungspflichtgrenze (4 105 Euro) erhoben wird. Zu kritisieren ist auch, dass der Beitragszuschlag allein auf die bisherigen beitragspflichtigen Einkommen zu zahlen ist und damit an der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten vorbeigeht.

Auch bei einer Finanzierung durch eine Mehrwertsteuererhöhung ist zu kritisieren, dass die Bezieher niedrigerer Einkommen überdurchschnittlich belastet werden. Wird tatsächlich am Zielkriterium der Umverteilung von Beziehern höherer Einkommen zu Beziehern geringerer Einkommen festgehalten, so wird dieses Ziel nach Aussage der Gutachter am besten und zielgenauesten durch den Aufschlag auf den Solidaritätszuschlag erreicht, da hier eine progressive Besteuerung

der jeweiligen Gesamteinkommen aller Bürger über alle Einkommensklassen durchgeführt wird.

Verteilungseffizienz

Hier steht die Frage im Mittelpunkt: Wie wirtschaftlich wird die Umverteilung durchgeführt? Grundsätzlich gehen Ökonomen davon aus, dass es volkswirtschaftlich effizienter ist, Umverteilung durch ein (einziges) Steuer- und Transfersystem durchzuführen, statt innerhalb verschiedener Umverteilungssysteme, wo zudem oft unterschiedliche Umverteilungsregeln angewendet werden. Die dadurch erreichte Transparenz über die Umverteilungseffekte ist außerdem eine notwendige Voraussetzung zur Überprüfung und Sicherstellung der Verteilungseffizienz. Diese Voraussetzung ist im gegenwärtigen GKV-System nicht gewährleistet, weil eine Überprüfung der finanziellen Leistungsfähigkeit nicht durchgeführt wird und das Risiko impliziert, dass das Umverteilungsvolumen unnötig groß ist.

Die Beibehaltung eines GKV-internen Solidarausgleichs würde das eher ineffiziente Nebeneinander mehrerer Einkommensumverteilungssysteme aufrecht erhalten. Daher werden die beiden steuerfinanzierten Varianten des Solidarausgleichs von Ökonomen insbesondere deshalb begrüßt, weil hier ein transparenteres und einheitliches Umverteilungssystem geschaffen wird.

Verteilungseffektivität

Bei diesem Kriterium wird untersucht, ob die gewünschte Umverteilung tatsächlich stattfindet und sichergestellt ist. Die größte Kritik an einem steuerfinanzierten Solidarausgleich ist in der bisherigen Dis-

³ Will man die Belastungsgrenze nicht tagespolitischen Opportunitäten unterwerfen, so könnte dies dadurch sichergestellt werden, dass sie im Parlament und auch nur mit einer bestimmten Mehrheit der Stimmen zu ändern ist.

⁴ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin, August 2003, S. 179 f.

**Verteilungswirkungen der verschiedenen
Finanzierungsvarianten**

	Erhöhung Soli- daritätszuschlag	Erhöhung Mehr- wertsteuer	GKV-interne Umverteilung
PKV-Versicherte an Umverteilung beteiligt	ja	ja	nein
Zielgenauigkeit der Umverteilung steigt	ja	eher ja	nein
Entlastung nied- riger Einkommen	ja	eher nicht	nein

kussion, dass er angesichts der angespannten Haushaltssituation der Willkür der Finanz- und Steuerpolitik unterworfen sein könnte. Dieses allgemeine Misstrauen gegenüber der Zuverlässigkeit staatlicher Zusagen mag zwar an einigen Stellen gerechtfertigt sein. Durch geeignete Regelungen sind jedoch viele staatliche Verpflichtungen der Manipulierbarkeit durch wechselnde politische Interessen entzogen (z.B. Sozialhilfe, Pensionen, Bundesanleihen). Die von Wille und Rürup vorgeschlagenen steuerfinanzierten Instrumente zum Solidarausgleich sind insofern zu kritisieren, als sie diese geeigneten Regelungen nicht explizit nennen. Nötig wäre mindestens ein verbindlicher Rechtsanspruch der Versicherten auf den vollständigen Ausgleich der Differenz von Belastungsgrenze des Haushaltseinkommens und zu zahlender Gesundheitsprämie³. Die Verankerung des Rechtsanspruchs bei den Versicherten, d.h. Privatpersonen und damit Wählern, erhöht die Wahrscheinlichkeit deutlich, dass die staatlichen Verpflichtungen nicht beschnitten werden.

Die GKV-interne Lösung wird von vielen als sicherere Alternative zum steuerfinanzierten „unsicheren“ Solidarausgleich gesehen. Hier wird zwar effektiv Umverteilung durchgeführt, aber die gewünschten Umverteilungsziele werden nicht oder nur unzureichend erreicht. Gründe sind etwa: Nichtbeteiligung der PKV-Versicherten, Benachteiligung von Zweiverdienerfamilien gegenüber Einverdienerfamilien, Umverteilung von einkommenschwachen Singles zu einkommensstarken Familien sowie die ungenügende Berücksichtigung der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit⁴. Das wichtigste Umverteilungsziel in der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, die Belastung einkommenschwacher Versicherter hinsichtlich ihrer Versicherungsbeiträge zu begrenzen. Was in der GKV als zumutbare Belastungsgrenze gilt, wird bei einem GKV-internen Solidarausgleich durch den Beitragssatz auf das beitragspflichtige Einkommen (GKV-Status quo: derzeit durchschnittlich 14,2%⁵, im Falle einer Bürgerversicherung entsprechend) festgelegt und bei einem steuerfinanzierten Solidarausgleich explizit politisch fixiert (Vorschlag Rürup und

Wille: 12,5 %). Im GKV-internen Ausgleich steigt die implizite Belastungsgrenze per definitionem automatisch mit dem Beitragssatz, während die Veränderung der Belastungsgrenze bei einem steuerfinanzierten Solidarausgleich explizit gesetzlich vorgenommen werden muss, was eine gesellschaftliche Diskussion voraussetzt: „Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit des sozialen Ausgleichs gilt es zu bedenken, dass eine politische Einflussnahme auf seinen Umfang bei steuerfinanzierten Zuschüssen wesentlich offensichtlicher wird, während sich im gegenwärtigen System eine politisch gewollte Rücknahme des Umverteilungsvolumens nur weit weniger transparent äußern kann, z.B. in Form von Leistungskürzungen und so genannten „Verschiebebahnhöfen“ (insbesondere Verringerungen von Bemessungsgrundlagen und beitragspflichtigen Einnahmen).“⁶

Verteilungspolitische Bewertung

Insgesamt zeigt die Analyse, dass die polarisiert geführte öffentliche Debatte mit ihren Formeln „Bürgerversicherung = gerecht“ und „Gesundheitsprämien sind unsolidarisch“ zu kurz greift. Um die Verteilungswirkungen der Reformoptionen korrekt einschätzen zu können, muss eine Vielzahl von Aspekten berücksichtigt werden. Für eine sachliche Bewertung muss man betrachten, welche Personengruppen durch welches Finanzierungssystem in welcher Höhe tatsächlich belastet werden und ob dies den gesellschaftlichen Verteilungsvorstellungen entspricht. Die Berechnungen von Rürup und Wille kommen zu folgenden Ergebnissen: „Eine verteilungspolitische Wirkungsanalyse zeigt, dass sich beim Übergang zu kassenspezifischen Gesundheitspauschalen die unteren Einkommenschichten keineswegs schlechter und die mittleren deutlich besser stellen als im geltenden System. Bei einer Finanzierung der Einkommensumverteilung über einen „Gesundheitsaufschlag“ zur Einkommensteuer würden Versicherte (im ungünstigsten Fall) ab einem monatlichen Einkommen von über 4 500 Euro und Einverdiener-Ehepaare mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (3 487,50 Euro, Anmerkung des Verfassers) Einbußen im Nettoeinkommen erleiden⁷. Im Vergleich dazu zeigen Analysen der Bürgerversicherung, dass durch die Beitragsbemessungsgrenze insbesondere Bezieher mittlerer Einkommen stärker belastet werden, während die Bezieher hoher Einkommen gerade nicht stärker an der Umverteilung beteiligt werden⁸.

⁵ Stand 1. Juni 2004

⁶ B. Rürup, E. Wille: Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, 15. Juli 2004, S. 18

⁷ Ebenda S. 30

Fazit: Wer bei einer Umstellung auf ein pauschales Gesundheitsprämienmodell ergänzt um einen steuerfinanzierten Solidarausgleich mit einer Belastungsgrenze von 12,5% der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt mehr zu zahlen hat als im heutigen GKV-System, zahlt gemessen an den derzeitigen Gerechtigkeitsvorstellungen heute faktisch zu wenig. Es mag durchaus einige Gründe geben, sich gegen einen steuerfinanzierten Solidarausgleich der GKV zu entscheiden. Verteilungspolitische Aspekte können hierfür eher nicht geltend gemacht werden.

Offene Fragen zur praktischen Umsetzung

Auch wenn der Schwerpunkt der Gutachtervorschläge auf der verteilungspolitischen Diskussion liegt, sind einige konzeptionelle Elemente für die Umsetzung noch nicht hinreichend durchdacht. Dies gilt z.B. für die Frage der Kalkulation der Kinderprämie. Rürup und Wille schlagen für den Einführungszeitpunkt eine Prämie je Kind in Höhe von 78 Euro vor. Unklar bleibt, wie sich dieser Betrag errechnet und ob er kasseneinheitlich festgelegt werden soll. Darüber hinaus bleibt offen, ob die Kinderprämien an Ausgabensteigerungen angepasst werden und wer in diesem Fall nach welchen Kriterien über die Prämienänderung entscheidet. Ungeklärt ist auch, ob die Finanzierung der Kinderprämien langfristig sichergestellt ist. Die Gutachter schlagen eine Finanzierung aus der steuerpflichtigen Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge vor, deren Höhe in etwa dem Bedarf zur Finanzierung der Kinderprämien entspricht. Da es zukünftig keine Arbeitgeberbeiträge mehr geben würde, ist unsicher, ob sich das Steueraufkommen aus den einmalig angehobenen Bruttoeinkommen im Gleichklang mit dem Kinderprämienbedarf entwickeln wird.

Kritisch muss auch die Frage diskutiert werden, unter welchen Modalitäten eine Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags sinnvoll durchgeführt werden kann. Rürup und Wille schlagen vor, den auszahlenden Arbeitgeberbeitrag in der Höhe festzulegen, die für den Versicherten zu einem bestimmten zurückliegenden Referenzzeitpunkt gezahlt wurde. Dies soll verhindern, dass Versicherte vor der Umstellung strategisch in teure Krankenkassen wechseln, um ihr zukünftiges Bruttoeinkommen zu erhöhen. Problematisches Ergebnis wäre aber, dass Mitarbeiter nach der Umstellung unterschiedliche Bruttolöhne für gleiche Arbeit beziehen, abhängig von der Krankenkasse, in der sie zum Stichtag versichert waren.

Die alternative Lösung, dass allen Arbeitnehmern der gleiche (d.h. der durchschnittliche) Arbeitgeberbeitrag ausgezahlt wird, lehnen die Gutachter mit dem Hinweis auf den damit verbundenen Eingriff in die Tarifautonomie ab. Außerdem würden in diesem Fall entgegen der eigentlichen Zielsetzung manche Arbeitgeber gegenüber dem Status quo zusätzlich belastet, nämlich dann, wenn Sie überdurchschnittlich viele Versicherte von günstigen Krankenkassen beschäftigen. Es stellt sich aber die Frage, ob zur Sicherung der Wettbewerbsneutralität (zwischen den Arbeitgebern) die Durchschnittslösung nicht dennoch in Betracht gezogen werden müsste, da sonst die privaten Entscheidungen der Versicherten die gesamtwirtschaftlichen Lohnstrukturen auch in der Zukunft bestimmen würden.

Eine andere Lösung könnte vor diesem Hintergrund sein, den Arbeitgeberbeitrag in Höhe des durchschnittlichen, maximal aber des zum Stichtag tatsächlichen Arbeitgeberbeitrag auszuzahlen – eine Lösung, auf die alle genannten Kritikpunkte gleichzeitig, wenngleich in geringerem Ausmaß zuträfen. An dieser Frage wird deutlich, wie schon bei der Ausgestaltung von nur einer Stellschraube beim Übergang auf ein Prämiensystem sich ein weites Feld komplexer Umsetzungsfragen eröffnet, auf das die Gutachter noch keine zufriedenstellende Antwort geben.

Ähnlich komplex stellt sich die Frage, wie der Beitragseinzug im Falle des Übergangs auf ein neues System zu regeln ist. Die Gutachter schlagen vor, dass es im Falle des Gesundheitsprämiensystems beim Quelleneinzug (durch Arbeitgeber, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit) bleiben soll. Ungeklärt bleiben aber folgende Fragen:

- Müssen die Quelleneinzieher auch die Prämien für nicht-erwerbstätige Ehepartner abführen?
- Woher weiß der Quelleneinzieher, ob er die volle(n) Prämie(n) abführen muss oder nur den Teil, der bis zur Belastungsgrenze des Haushaltseinkommens anfällt? Vom Finanzamt, der zuständigen Krankenkasse oder vom Versicherten? Wer hat die Informationspflicht?
- Wer tritt in Vorleistung für die Versicherten, die zuschussberechtigt sind? Der Arbeitgeber und damit der Versicherte, der einen geringeren Nettolohn ausgezahlt bekommt, oder die Krankenkasse, die den Zuschuss via Bundesversicherungsamt vom Staat zurückfordern muss? Oder soll der Versicherte den Zuschuss selbst vom Staat beantragen und die Kasse diesen Anteil der Prämie bei den zuschussberechtigten Versicherten direkt einziehen?

⁸ Vgl. S. Burger, B. Männel: Gesundheitsprämien für Bürger – Finanzierungsreform zur Weiterentwicklung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen nutzen, in: Die BKK, 10 (2003), S. 499 f.

- Wie sollen die Zahlungsströme in diesem System genau laufen?

Mit diesen Fragen ist auch die Problematik verbunden, wer den Anspruch auf Zuschüsse bis zur Belastungsgrenze hat bzw. geltend machen muss und welches Risiko entstehen könnte, Forderungen gegenüber dem Staat nicht durchsetzen zu können. Rürup und Wille sehen vor, dass den zuständigen Krankenkassen die Gesundheitsprämien bis zur Belastungsgrenze zufließen und die Zuschussansprüche in einem Abschlagsverfahren gegenüber dem Bundesversicherungsamt geltend zu machen sind, was bedeuten würde, dass die Krankenkassen in Vorleistung treten müssten. Wie oben diskutiert, werden Krankenkassen als Institutionen weniger politisches Gewicht haben als die Versicherten in ihrer Eigenschaft als Wähler. Wie die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen (z.B. Senkung der Beitragszahlungen für Arbeitslose) steigt damit das Risiko weiterer Verschiebepahnhöfe mit zusätzlichen Finanzrisiken für die GKV. In dem Ausmaß, in dem die Krankenkassen bevollmächtigt werden, die Rechtsansprüche ihrer Versicherten auch gerichtlich durchzusetzen, könnte dieses Risiko eingeschränkt werden.

Was kann das Prämiensystem leisten?

Obwohl noch eine Vielzahl wichtiger Umsetzungsfragen offen sind, ist zu klären, welchen Beitrag das von Rürup und Wille vorgestellte Prämiensmodell zur Lösung der angestrebten Ziele leisten könnte. Unbestritten ist, dass ein Gesundheitsprämiensystem die direkte Koppelung von Gesundheits- und Arbeitsmarkt aufhebt. Gleichzeitig sehen die Vorschläge der Gutachter konkrete Konzepte vor, wie der Solidaritätsgleich der GKV wirksam und verteilungsgerecht finanziert werden kann. Hinsichtlich der Nachhaltigkeit ist das Prämiensmodell dem derzeitigen System überlegen, da sich die Höhe der Prämie (im Gegensatz zur Höhe der gezahlten Beiträge) beim Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand nicht reduziert. Nach den Berechnungen von Rürup und Wille werden durch ein Prämiensystem ca. 30% der fiskalischen Effekte des Wandels der demographischen Struktur aufgefangen. Außerdem setzt die Überprüfung des Erreichens der Belastungsgrenze direkt an der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten an. Damit könnten wesentliche Ziele einer Finanzierungsreform erreicht werden.

Allerdings kann ein Finanzierungssystem nur finanzieren. In der aktuellen Diskussion werden aber darüber hinausgehende Erwartungen an ein Finanzierungssystem geknüpft, wenn etwa das Schweizer Prämiensmodell dahingehend kritisiert wird, dass es

keinen Rückgang der Gesundheitsausgaben bewirkt habe. Insofern muss man sich fragen, ob ein Prämiensmodell einen Anstieg der Gesundheitsausgaben nicht nur beschäftigungsneutral finanziert oder ob es auch durch systemimmanente Anreize auf eine Begrenzung des Anstiegs angelegt ist. In einem Prämiensystem wirken sowohl der Wettbewerb der Krankenkassen, der die Prämien möglichst niedrig halten will, als auch das Interesse des Staates, das Volumen seiner Zuschusszahlungen durch ausgabenenkende Politikinstrumente gering zu halten, in Richtung einer Ausgabendisziplinierung. Aber auf der Ausgabenseite stehen noch wirksame Anreizsysteme aus, die eine effiziente Versorgung und eine an den Präferenzen der Versicherten orientierte Ausgabenentwicklung sicherstellen.

Fazit

Bereits im ersten Gutachten der Rürup-Kommission wurde von den Befürwortern pauschaler Gesundheitsprämien darauf hingewiesen, dass ein Prämiensystem nur unter der Voraussetzung befürwortet werden kann, dass der erforderliche Solidaritätsgleich tatsächlich gewährleistet ist. Hieran müssen sich auch die diskutierten Vorschläge von Rürup und Wille zur Finanzierung des Solidaritätsgleichs messen lassen. Es ist Aufgabe der Politik, dies durch eine entsprechende Ausgestaltung eines solchen Finanzierungssystems zu garantieren. Ansonsten werden sich hierfür keine Mehrheiten finden lassen. Wenn diese Ausgestaltung gewährleistet ist, wäre eine Finanzierung des Solidaritätsgleichs über eine Erhöhung des Solidaritätsschlags insofern zielführend, als er unter den vorgeschlagenen Alternativen diejenige ist, die tatsächlich zu der gewünschten Umverteilung nach finanzieller Leistungsfähigkeit führt.

Insgesamt könnte das Gutachten neue Impulse in die Diskussion der Finanzierungsreform der GKV bringen und die festgelegten Meinungslinien der beteiligten Parteien etwas verschieben. Die Analysen der Wissenschaftler legen insbesondere im Hinblick auf die Verteilungsfragen eine Grundlage für die Versachlichung der Diskussion um die Finanzierungsreform. Aus Sicht derer, die von der Finanzierungsreform in erster Linie betroffen sein werden, insbesondere der Versicherten, ist eine sachliche und ideologiefreie Diskussion der Reformalternativen unbedingt zu fordern. Die Erreichung der mit der Reform intendierten Ziele sollte die Entscheidungsgrundlage für die Wahl eines geeigneten Finanzierungsmodells sein, da ein Systemwechsel abseits der Reformziele niemandem dient und für Wähler und Versicherte zusätzliche Verunsicherungen implizieren würde.