

IZA Standpunkte Nr. 15

Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland

Wolfram F. Richter

Juli 2009

Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland

Wolfram F. Richter

*Technische Universität Dortmund,
CESifo und IZA*

IZA Standpunkte Nr. 15

Juli 2009

(aktualisierte Fassung: November 2009)

IZA

Postfach 7240
53072 Bonn

Tel.: (0228) 3894-0
Fax: (0228) 3894-180
E-Mail: iza@iza.org

Die Schriftenreihe "IZA Standpunkte" veröffentlicht politikrelevante Forschungsarbeiten und Diskussionsbeiträge von IZA-Wissenschaftlern, IZA Research Fellows und IZA Research Affiliates in deutscher Sprache. Die Autoren sind für den Inhalt der publizierten Arbeiten verantwortlich. Im Interesse einer einheitlichen Textzirkulation werden Aktualisierungen einmal publizierter Arbeiten nicht an dieser Stelle vorgenommen, sondern sind gegebenenfalls nur über die Autoren selbst erhältlich.

ZUSAMMENFASSUNG

Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland*

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds und der Gewährung erweiterter Vertragsfreiheiten an die gesetzlichen Krankenkassen ist Deutschland auf einem guten Weg. Die Reform mag in mancher Beziehung nicht weit genug gehen, sie hat aber schon jetzt erkennbar bewirkt, dass sich die Krankenkassen stärker als früher ihrer Kostenverantwortung im Gesundheitswesen stellen. Der Wettbewerb um eine kostengünstige und dennoch qualitätsvolle Versorgung der Versicherten ist in Gang gekommen. Nachdem der Wettbewerb der Kassen um Versicherte durch das GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz neu geordnet wurde, bleiben die nachhaltige Finanzierung des Fonds und der Gegensatz von GKV und PKV als ungelöste Probleme bestehen. An der lohnbezogenen Beitragserhebung zu Gunsten der GKV kann man insbesondere kritisieren, dass sie wie die Einkommensteuer auf Einkommensumverteilung angelegt ist, ohne aber den gleichen Gerechtigkeitsnormen zu folgen. In diesem Beitrag wird nun ein Vorschlag unterbreitet, wie die Finanzierung des Gesundheitsfonds von der lohnbezogenen Beitragserhebung auf eine allgemeine Steuer- und Prämienfinanzierung umgestellt und der Gegensatz zwischen GKV und PKV überwunden werden kann. Der Vorschlag zeichnet sich dadurch aus, dass die Verteilungskonflikte der Reform auf ein Minimum reduziert werden. Konkret werden folgende Maßnahmen zur Diskussion gestellt: (i) Der AG-Beitrag zur GKV sollte aufkommensneutral durch eine MwSt-Erhöhung ersetzt werden. (ii) Der AN-Beitrag zur GKV sollte aufkommensneutral durch eine „kleine“ Gesundheitsprämie P und eine Anpassung der einkommensteuerlichen Grenzsteuersätze ersetzt werden. Eine Prämie von mindestens 750 € pro Jahr erweist sich als gerechtfertigt. (iii) Die in der PKV gebildeten Altersrückstellungen sollten in verzinsliche Guthaben der Versicherten umgewandelt werden, und die privat Versicherten sollten in den Basisstarif wechseln. (iv) PKV und GKV sollten gleichberechtigte Anbieter von Basis- und Zusatzversicherungen sein. Dabei sollten die Zusatzversicherungen nach den Regeln der PKV tarifiert werden, während die Basisversicherung durch Steuern und die pauschale Gesundheitsprämie P (ggf. korrigiert durch kassenindividuelle Zusatzbeiträge bzw. Prämienauszahlungen) zu finanzieren wäre.

JEL-Codes: H24, I18

Schlagworte: Finanzierung des Gesundheitsfonds, AN- und AG-Beitrag zur GKV, Mehrwertsteuer, Bürgerversicherung, pauschale Gesundheitsprämie

Kontaktadresse:

Wolfram F. Richter
TU Dortmund
Lehrstuhl VWL (Öffentliche Finanzen)
D-44221 Dortmund
E-Mail: Wolfram.Richter@tu-dortmund.de

* Den Anstoß zu diesen Überlegungen gab Klaus-Dirk Henke. Ihm und den Mitgliedern des Wiss. Beirats beim BMF sowie einem anonymen Gutachter sei für verschiedene Hinweise und die kritische Diskussion einer Vorfassung nachdrücklich gedankt.

1. Einleitung

Seit Einführung des Gesundheitsfonds zu Beginn dieses Jahres konkurrieren die gesetzlichen Krankenkassen um Mitglieder nicht länger über Beitragssätze, sondern über Zusatzbeiträge und Auszahlungsprämien. Mit dieser Änderung und der Gewährung erweiterter Vertragsfreiheiten zielt die Reform darauf ab, den Wettbewerb der Krankenkassen um eine effiziente medizinische Versorgung zu stärken. Die Reform liefert dagegen keinen nennenswerten Beitrag zur Verwirklichung verschiedener Forderungen, die im Vorfeld vor allem von der Rürup-Kommission diskutiert wurden:

- die Entkoppelung von Gesundheits- und Lohnnebenkosten,
- die Überwindung des Gegensatzes von privater und gesetzlicher Krankenversicherung sowie
- die Finanzierung der Gesundheitsausgaben unter stärkerer Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit.

Bekanntlich hat sich die Rürup-Kommission auf keine einheitlichen Empfehlungen zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitskosten verständigen können. Sie propagierte vielmehr mit der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie zwei Modelle, die sich in der Priorisierung der diskutierten Forderungen stark unterscheiden. Erschwerend kam hinzu, dass von der Umsetzung der beiden Modelle erhebliche und völlig konträre Verteilungswirkungen zu erwarten sind. Dieser Beitrag unterstellt, dass der Wunsch nach einer Reform der Finanzierung der Gesundheitskosten seine politische Bedeutung nicht verloren hat und dass eine Reform allerdings nur dann mehrheitsfähig ist, wenn sie die resultierenden Verteilungswirkungen möglichst klein hält. Jedenfalls ist der nachfolgende Reformvorschlag das Ergebnis von Überlegungen, die Verteilungswirkungen zu minimieren. Er wird zunächst dargestellt, bevor erörtert werden soll, in welchem Maße die zuvor genannten Forderungen tatsächlich erfüllt werden und echte Wohlfahrtsgewinne zu erwarten sind.

Die vorgeschlagene Reformstrategie ist zweistufig. Die erste Stufe zielt auf die Abschaffung des Arbeitgeberbeitrages zur GKV. Die zweite dient der Abschaffung des Arbeitnehmerbeitrages. Spätestens in diesem Zusammenhang geht es dann auch um die Neuordnung des Verhältnisses von gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

2. Abschaffung des Arbeitgeberbeitrages zur GKV und Anhebung der Mehrwertsteuer

Ab 1. Juli 2009 beträgt der Arbeitgeberbeitrag zur GKV 7% vom beitragspflichtigen Lohn. Der hier unterbreitete Vorschlag lautet, diesen Beitrag entfallen zu lassen und durch eine im Aufkommen vergleichbare Anhebung der Mehrwertsteuer zu ersetzen. Die Anhebung müsste dann in der Größenordnung von acht Prozentpunkten liegen. Zu dieser Einschätzung gelangt man durch überschlägige Betrachtung. Zu bedenken ist dabei, dass die Mehrwertsteuer wie der Arbeitgeberbeitrag in der unternehmerischen Kostenkalkulation einen Zuschlag auf den Bruttoarbeitslohn bewirkt. Der AG-Beitragssatz von sieben Prozent entspricht daher wegen $1,07 \times 1,19 = 1,27$ acht Prozentpunkten bei dem Normalsatz der Mehrwertsteuer und (wegen $1,07 \times 1,07 = 1,145$) 7,5 Prozentpunkten beim ermäßigten Satz. Diese Prozentpunkte könnten indessen zu hoch gegriffen sein, da die Bemessungsgrundlage der Mehrwertsteuer breiter scheint als die des AG-Beitrages zur GKV. Schließlich belastet die Mehrwertsteuer als Konsumsteuer neben dem Lohneinkommen auch Nichtleistungseinkommen wie Reingewinne und

Bodenrente. Andererseits entspricht ein Prozentpunkt bei der Mehrwertsteuer einem Aufkommen von etwa 9,26 Mrd. € in 2008 und ein Prozentpunkt beim AG-Beitrag im selben Jahr 10,87 Mrd. €¹. Daher müsste auch nach dieser überschlägigen Rechnung die Mehrwertsteuer um $7 \times 10,87/9,26 = 8,2$ Prozentpunkte steigen, wenn dem Gesundheitsfonds unveränderte Mittel zur Verfügung stehen sollen. Die Höhe der MwSt-Anpassung mag erschrecken, zumal Sätze jenseits von 25 Prozent in der EU derzeit nicht erhoben werden. Dennoch werden die Zahlen genannt. Sie lassen sich nicht einfach vom Tisch fegen, und sie verdeutlichen die Dimension der Aufgabe, die mit einer Umfinanzierung des AG-Beitrages verbunden ist.

Der Charme der MwSt-Anhebung liegt darin, dass sie zumindest der Tendenz nach kostenneutrale Wirkungen entfaltet. Die Unternehmen entrichteten statt AG-Beiträge zur GKV eine höhere Mehrwertsteuer. Es gibt dann eigentlich keine Veranlassung, Preise neu zu kalkulieren. Wenn sich die Preise nicht ändern, haben aber auch die Konsumenten keinen Grund, mit der Reform zu hadern. Sie erleiden weder negative Einkommens- noch negative Preiswirkungen. Allerdings gelten solche Aussagen nur bei hoch aggregierter Betrachtung. Funktional und sektorspezifisch gibt es durchaus Veränderungen. Folgende sind besonders zu beachten:

- Da der Beitrag zur GKV lediglich solche Kosten erhöht, die den Unternehmen aus der Beschäftigung von Arbeitnehmern mit Lohn Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze entstehen, die Mehrwertsteuer hingegen den Konsum verteuert, schafft die Reform Anreize, die Bezieher hoher Lohn Einkommen durch die Bezieher niedriger – so weit das arbeitstechnisch möglich ist – zu ersetzen. Die Wirkungen auf die funktionale Einkommensverteilung sind eher positiv zu bewerten.
- Da der Beitrag zur GKV die inländischen Lohnkosten erhöht, die Mehrwertsteuer hingegen die inländischen Konsumentenpreise, verteuert die Reform die Importe und verbilligt die Exporte. Die Differenz von Exporten und Importen sollte zunehmen, was von den Handelspartnern allerdings nicht unkritisch gesehen werden dürfte. Daher ist zu erwägen, die Umfinanzierung des AG-Beitrages in mehreren Schritten durchzuführen.
- Wenn Deutschland bezüglich der Mehrwertsteuer von einem Niedrig- zu einem Hochsteuerland mutiert, muss man im gemeinsamen Markt mit Anpassungsreaktionen bei privaten, grenzüberschreitenden Einkäufen und bei der unternehmerischen Standortsuche rechnen. Tendenziell ist zu erwarten, dass Deutschland weniger Konsumgüter und mehr Zwischengüter produziert (vgl. etwa Homburg, 2007, S. 324 ff.).
- Da nicht alle Lieferungen und Leistungen MwSt-pflichtig sind, erfahren entsprechende Sektoren eine Kostenentlastung. Es profitieren insbesondere Banken, Versicherungen und das Gesundheitswesen. Eine solche Entlastung liegt nicht in der Absicht der Reform. Das spricht für kompensierende Maßnahmen.
- Als eine mögliche Kompensation drängt sich auf, die Befreiungen von der Mehrwertsteuer aufzuheben. Dieser Weg stößt allerdings auf Probleme. Solange es den Banken gestattet ist, ihre Dienstleistungen nicht als solche in Rechnung zu stellen, läuft die MwSt-Pflicht dort ins Leere. Im Gesundheitswesen sind die Probleme anderer Natur. Ökonomisch spricht viel für die MwSt-Pflicht gesundheitslicher Leistungen, zumindest der medizinisch nicht notwendigen. Sie werden dann nicht länger relativ verbilligt und die Nachfrage entsprechend verzerrt. Andererseits schreibt die 6. MwSt-Richtlinie vor, dass die Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin von der MwSt-Pflicht befreit werden. Europäisches Recht steht also Erwägungen entgegen, die MwSt-Pflicht auf das Gesundheitswesen einfach auszudehnen.

1. Das Aufkommen der Umsatzsteuer betrug 176 Mrd. € in 2008. Dividiert man dieses Aufkommen vereinfachend mit 19, erhält man die genannten 9,26 Mrd. €. Die Einnahmen der GKV betragen 162 Mrd. € in 2008. Dividiert man diese Einnahmen dem Beitragssatz entsprechend mit 14,9, erhält man 10,87 Mrd. €

Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland

- Vor diesem Hintergrund muss man für das Gesundheitswesen eine andere Kompensationsstrategie konzipieren. So kann man daran denken, die Honorare und Preise gesundheitlicher Leistungen entsprechend abzusenken.
- Die Verpflichtung der GRV, für die Rentner fiktive AG-Beiträge an den Gesundheitsfonds zu überweisen, ist nach Fortfall der AG-Beiträge in eine allgemeine und fortzuschreibende Zuschusspflicht umzuwandeln.

3. Abschaffung des Arbeitnehmerbeitrages zur GKV, Einführung einer pauschalen Gesundheitsprämie und Anpassung des Einkommensteuertarifs

Ab 1. Juli 2009 beträgt der Arbeitnehmerbeitrag zur GKV $t=7,9\%$ vom beitragspflichtigen Lohn. Der hier unterbreitete Vorschlag lautet, diesen Beitrag entfallen zu lassen und durch eine Kombination von pauschaler Gesundheitsprämie und Anpassung des Einkommensteuertarifs zu ersetzen. Die Kombination sollte so gewählt werden, dass in etwa das gleiche Einkommen generiert wird. Da es bei der Ausgestaltung politischen Gestaltungsspielraum gibt, wird der Vorschlag unter Verwendung zweier nicht endgültig quantifizierter Variablen P und T_n erläutert. P steht für die Prämie, die gesetzlich Versicherte als festen Eurobetrag an die Kasse ihrer Wahl zu entrichten haben. T_n symbolisiert dagegen den neuen ESt-Tarif. Der politische Gestaltungsspielraum eröffnet sich dadurch, dass man die eine Variable zu Lasten der anderen anheben und auf diesem Wege differenzielle Effizienz- und Verteilungswirkungen erzielen kann.

Die Einkommensteuer belastet nicht nur Lohn- sondern auch sonstiges Einkommen. Will man die personellen und funktionalen Verteilungswirkungen der Reform klein halten und auch der internationalen Kapitalmobilität Rechnung tragen, drängt es sich auf, die Sätze der Abgeltungsteuer und der Körperschaftsteuer unverändert zu lassen. Die nachfolgenden Überlegungen unterstellen dies jedenfalls, und sie abstrahieren von Kapitaleinkommen. Auch wird vorerst von der Tatsache abgesehen, dass nicht alle Steuerpflichtigen der Sozialversicherungspflicht unterliegen. Fasst man den AN-Beitrag, tY , und die „alte“ Einkommensteuer T_a zusammen, erhält man den Tarif

$$\tilde{T}(Y) = \begin{cases} T_a((1-t)Y - WK) + tY, & Y \leq B \\ T_a(Y - tB - WK) + tB, & Y > B \end{cases}$$

Hierbei symbolisiert Y den Bruttolohn, WK die Werbungskosten und B die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV. Im Vorgriff auf die ab 2010 geltende Regelung unterstellt die Definition von \tilde{T} , dass die kompletten Beiträge an den Gesundheitsfonds steuerlich absetzbar sind. Der Verlauf von \tilde{T} unterscheidet sich von der herkömmlichen Vorstellung eines ESt-Tarifs in zwei wichtigen Punkten. Erstens kennt \tilde{T} keinen Grundfreibetrag und zweitens springt der Grenzsteuersatz von \tilde{T} an der Bemessungsgrenze B auf ein tieferes Niveau. Nach 2009er Daten² macht der Sprung 41,2–36,1=5,1 Prozentpunkte aus. Vgl. Abbildung 1 auf der nächsten Seite.

2. $B=44.100$ € $WK = 920$ €, was dem AN-Pausch-Betrag entspricht.

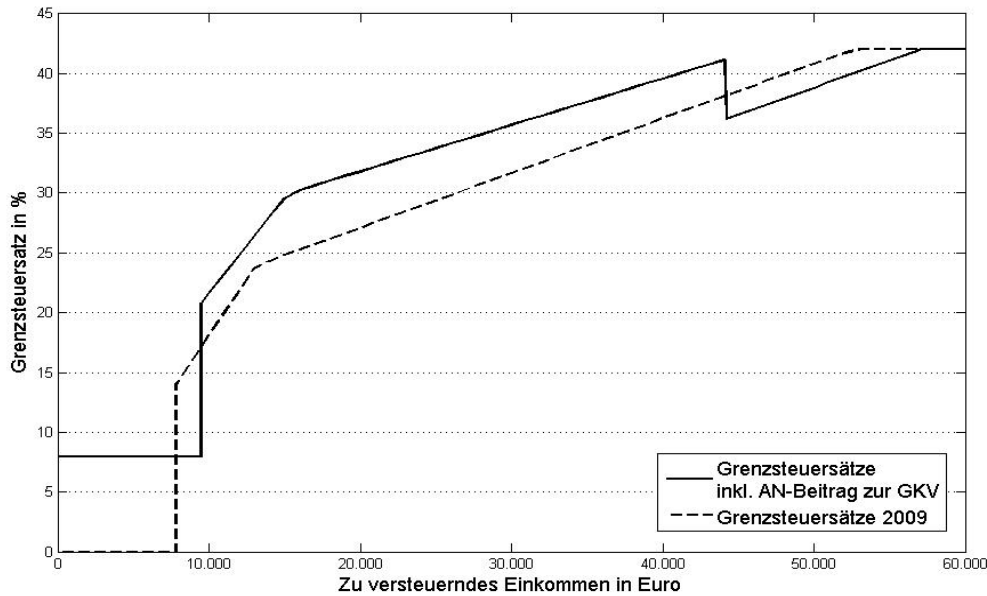


Abbildung 1 Zu versteuerndes Einkommen in Euro

Um von \tilde{T} zu einem neuen ESt-Tarif T_n zu gelangen, der herkömmlichen Vorstellungen entspricht, werden zwei Maßnahmen empfohlen. Nach der ersten Maßnahme entfällt die Beitragspflicht von Lohneinkommen nicht einfach dadurch, dass Einkommen bis zum Grundfreibetrag G nicht steuerpflichtig ist. Vielmehr wird diese Beitragspflicht in eine pauschale Gesundheitsprämie P umgewandelt. Dabei empfiehlt es sich aus Effizienzgründen, P mindestens so hoch anzusetzen, dass der maximale Vorteil aus der Grundfreibetragsregelung abgeschöpft wird. Auf der Basis von 2009er Daten ist dann P mindestens auf 750 € pro Jahr zu veranschlagen.³ Die zweite Maßnahme besteht in der Eliminierung der Sprungstelle im Grenzsteuersatzverlauf von \tilde{T} . Konkret lautet der Vorschlag, die Grenzsteuersätze oberhalb von B anzuheben und diejenigen im Einkommensintervall $[G, B]$ abzusinken. Die Effizienz- und Verteilungswirkungen der beiden Maßnahmen sind wie folgt zu sehen:

- Die Anhebung von Grenzsteuersätzen im oberen Einkommensbereich hat grundsätzlich günstige Verteilungswirkungen. Ihre Problematik liegt darin, dass sie leistungsfeindlich wirkt. Andererseits ist ein abrupter Rückgang von Grenzsteuersätzen im mittleren Einkommensbereich auch nicht effizient. Vielmehr verspricht eine Verstetigung Effizienzgewinne. Zumindest lässt sich ein Effizienzgewinn dann theoretisch begründen, wenn man die Grenzsteuersätze von \tilde{T} nahe, aber unterhalb von B geringfügig absenkt und nahe, aber oberhalb von B in einem Ausmaß anhebt, dass das Steueraufkommen insgesamt konstant bleibt.⁴

3. Der Betrag von 750 ergibt sich, wenn man $(1-t)Y - 920 = G = 7.834$ nach $Y=9.505$ auflöst und dann P nach der Formel $P=tY$ mit $t=7,9\%$ ermittelt und das Ergebnis abrundet.

4. Zu dieser Einschätzung gelangt man, wenn man in der Umgebung von B keine allzu großen Änderungen derjenigen Größen unterstellt, die den optimalen Grenzsteuertarif lokal determinieren. Dazu gehören die kompensierte Lohnelastizität des Arbeitsangebots, der Schattenpreis der Selbstselektionsrestriktion sowie die Arbeitsproduktivität (vgl. Stiglitz, 1987). Die Tatsache, dass die Zahl der Lohnsteuerpflichtigen mit zunehmendem Einkommen statistisch sinkt, lässt für sich genommen erwarten, dass die Reform effizienzförderlich wirkt. Es gibt ja mehr Steuerpflichtige, die von der Absenkung der Grenzsteuersätze profitieren, als solche, die unter der Anhebung leiden.

Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland

- Bei einer Wahl von $P=750$ € sind im Kreis der Pflichtmitglieder nur Geringverdiener von negativen Verteilungswirkungen betroffen, da bei einem Lohneinkommen, das die obere Grenze der Gleitzone von 9.600 € im Jahr übersteigt, die Prämie kleiner ausfällt als der derzeit zu entrichtende AN-Beitrag zur GKV. Ob und in welchem Umfang Kompensationen für negative Verteilungswirkungen außerhalb der Einkommensteuer vorzusehen sind, wäre politisch zu klären.
- Die Prämie P sollte jeder GKV-Versicherte zahlen müssen, der von der einkommensteuerlichen Freistellung des Grundfreibetrages profitiert, insbesondere also auch mitversicherte Ehegatten. Nicht zahlungsverpflichtet sollten allenfalls Jugendliche sein, die über kein eigenes Einkommen verfügen.
- Die Prämie P ist in der Praxis mit der Auszahlungsprämie bzw. dem Zusatzbeitrag zu verrechnen, welche Mitglieder der GKV nach § 242 SGB V kassenindividuell erhalten bzw. zu entrichten haben. Die Überforderungsklausel bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen sollte entfallen, und zwar aus den Gründen, die der Sachverständigenrat (2006, 5. Kapitel, I) vorgetragen hat.
- Unterstellt man $P=750$ € und geschätzte 56,8 Mio. zur Prämienzahlung verpflichtete Personen, ergibt sich ein Prämienaufkommen von 42,6 Mrd. €⁵. Damit verbleibt eine Finanzierungslücke von 43,3 Mrd. € [= $7,9 \times 162/14,9 - 42,6$], die durch Anpassung der Grenzsteuersätze T'_a oberhalb des Grundfreibetrages aufzubringen sind.
- Unter systematischen und gleichheitsrechtlichen Gesichtspunkten ist es wünschenswert, die Rentner bei der Verpflichtung zur Prämienzahlung nicht auszuklammern. Um die Rentner beim Einstieg in die Reform aber nicht schlechter zu stellen, empfiehlt es sich, die Renten einmalig um P anzuheben und die Verpflichtung der GRV zu Zahlungen an den Gesundheitsfonds entsprechend zu reduzieren. Mit dieser Maßnahme alleine wären allerdings noch nicht diejenigen Einkommenseffekte neutralisiert, die dadurch entstehen, dass Rentner nicht von dem Fortfall des AN-Beitrages zur GKV profitieren und andererseits aber höhere Einkommensteuern zahlen. Die Einkommenswirkungen wären zunächst empirisch genauer zu untersuchen. Ob und in welchem Umfang kompensierende Maßnahmen notwendig sind, dürfte eine Frage der politischen Bewertung sein. Zu bedenken ist, dass sich die negative Betroffenheit auf diejenigen Rentner beschränkt, deren zu versteuerndes Einkommen den einkommensteuerlichen Grundfreibetrag übersteigt.

4. Neuordnung des Verhältnisses von GKV und PKV

Die bisher skizzierte Reform wird die PKV zwar nicht direkt, aber doch indirekt berühren. Ohne kompensierende Maßnahmen der Politik werden sich die privat Versicherten jedenfalls veranlasst sehen, ihre Mitgliedschaft in der PKV zu überdenken. Da die Prämie P nach Konstruktion die Versicherungskosten nur zum Teil deckt, wird die Entscheidung stärker und häufiger als zuvor zu Gunsten der Mitgliedschaft in der GKV fallen. Die mögliche Sorge, bei den Versicherungsleistungen Einschränkungen hinnehmen zu müssen, lässt sich leicht dadurch entkräften, dass man die Mitgliedschaft in der GKV mit einer privaten Zusatzversicherung kombiniert. Die Gefahr ist also nicht unrealistisch, dass private Vollversicherungen nach der Reform nicht länger nachgefragt werden. Darin mögen die Befürworter der Bürgerversicherung kein größeres Problem erkennen. Um eine ungeordnete Auflösung der privaten Vollver-

5. Im Jahr 2008 gab es 70,2 Mio. GKV-Versicherte insgesamt. Davon sollen 13,4 Mio. Personen, die nicht älter als 20 Jahre waren, vereinfachend als nicht zur Prämienzahlung verpflichtet gelten.

sicherung mit negativen Konsequenzen für die Bestandsversicherten zu verhindern, sind gleichwohl gesetzgeberische Maßnahmen im folgenden Sinne angezeigt:

- Für jeden privaten Versicherungsvertrag werden die individuell zurechenbaren Altersrückstellungen einem persönlichen Sparkonto gutgeschrieben.
- Man könnte vorsehen, die Versicherungen zu veranlassen, die Guthaben an die Versicherten auszuzahlen. Eine erwägenswerte Alternative ist dagegen, die Versicherten zu verpflichten, die Spartätigkeit planmäßig fortzusetzen. Das bedeutet zwar Zwang, hat aber den Vorteil, dass die grundsätzlich wünschenswerte Spartätigkeit fortgesetzt wird und die Versicherungen ihr diesbezügliches Geschäft nicht verlieren.
- Alle privat Versicherten werden veranlasst, in den Basistarif zu wechseln. Sie haben damit Anspruch auf Leistungen, die derzeit den Leistungen der GKV entsprechen. Die Möglichkeit, Zusatzversicherungen abzuschließen, bleibt davon unberührt.
- Alle privat Versicherten müssen die gleiche Prämie P wie die gesetzlich Versicherten zahlen. Außerdem werden sie durch die höhere Einkommensteuer belastet. Die resultierenden Einnahmen sind zusätzliche Mittel für den Gesundheitsfonds.
- Die Beihilfen, die der Staat gewohnt ist, für seine Beamten aufzubringen, überweist er zukünftig in einer fortzuschreibenden Summe an den Gesundheitsfonds. Selbstständige haben eine Sonderprämie in Höhe fiktiver AG-Beiträge zu entrichten.
- Es werden die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass PKV und GKV ohne Einschränkungen um Versicherungsnehmer konkurrieren können, und zwar sowohl im Basis- wie auch im Zusatzgeschäft. Basisverträge werden über den Gesundheitsfonds finanziert, während Zusatzverträge nach den Regeln der PKV zu tarifieren und zu tragen sind. Alle in Deutschland lebenden Personen haben zwingend einen Basisvertrag und wahlweise einen Zusatzvertrag. Ob die GKV einen privaten Rechtsrahmen bekommen sollte, kann offen bleiben. Der Verzicht auf Gewinnerzielung rechtfertigt für sich genommen jedoch keine abgabenrechtliche Privilegierung im Sinne der Gemeinnützigkeit (Wissenschaftlicher Beirat beim BMF, 2006).

5. Würdigung der Reform

Von den eingangs herausgestellten drei Forderungen an eine Reform der Finanzierung der Gesundheitskosten kann eine als klar erfüllt angesehen werden. Der Gegensatz von privater und gesetzlicher Krankenversicherung wird überwunden. Aber auch der Forderung nach stärkerer Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit bei der Finanzierung der Gesundheitskosten wird weitestgehend entsprochen. Schließlich wird die Basisversicherung zu einem hohen Anteil zu Lasten der Mehrwert- und der Einkommensteuer finanziert. Eine Gesundheitsprämie von 750 € im Jahr verursacht keine negativen Verteilungswirkungen, die nicht beherrschbar sind. Am wenigsten wird die Forderung nach Entkoppelung von Gesundheits- und Lohnnebenkosten umgesetzt. Eine Prämie von 750 € deckt allenfalls ein Viertel der Gesundheitskosten ab. Mit steigenden Kosten müssten also, sofern die Finanzierungsrelationen als unveränderbar gelten, die Mehrwert- und Einkommensteuern angehoben werden. Beide Steuern mindern den realen Arbeitsertrag und belasten von daher den Arbeitsmarkt. Andererseits ist es auch nicht realistisch, den Arbeitsmarkt durch Einführung einer Kosten deckenden Gesundheitsprämie entlasten zu wollen. Die Kosten deckende Prämie ist ohne einen steuerfinanzierten Sozialausgleich politisch nicht durchsetzbar. Konzipiert man aber den

Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland

Sozialausgleich so, dass alle Einkommenseffekte eliminiert werden, dann ist auch für den Arbeitsmarkt nichts zu gewinnen (Haufler, 2004; Buchholz, 2005). Eine Reform, die sich dadurch auszeichnet, dass die lohnabhängige, lohnsteuerartige Beitragsfinanzierung in der GKV durch lohnunabhängige Gesundheitsprämien ersetzt und durch eine Lohnsteueranpassung begleitet wird, die die resultierenden Einkommensdifferenzen kompensiert, verändert keine marginalen Arbeitsanreize. Veränderungen werden nur dann eintreten, wenn man nicht alle Einkommenseffekte ausgleicht. Scheut man vor den resultierenden Verteilungskonflikten zurück, kann man die Finanzierungsreform der GKV nicht für arbeitsmarktpolitische Ziele nutzen.

Man muss sich fragen, was eine Reform, wie sie hier vorgeschlagen wird, für die Wohlfahrt letztlich bringt. Zweifellos positiv ist die stärkere Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit bei der Finanzierung der Gesundheitskosten zu bewerten. Beamte, Selbstständige und einkommensstarke Arbeitnehmer können sich nicht länger der solidarischen Finanzierung entziehen. Die diskriminierende Trennung von GKV und PKV wird überwunden. Auch ist es für den Standort Deutschland von Vorteil, wenn die Gesundheitskosten stärker über eine Besteuerung der Einkommensverwendung statt der Einkommensentstehung finanziert werden. Schließlich gibt es zwei Argumente, weshalb die Zusatzlast der Besteuerung sinkt. Erstens verspricht die Eliminierung des Sprungs, den die Einkommensteuer zusammen mit dem Beitrag zur GKV an der Beitragsbemessungsgrenze in der effektiven Grenzbelastung verursacht, einen Effizienzgewinn. Zweitens sind nach herrschender Auffassung die Mehrwertsteuer und die Einkommensteuer breiter basiert als der GKV-Beitrag, sodass die Reform theoretisch eine Absenkung der Grenzbelastungen ermöglicht (Breyer und Haufler, 2000). Allerdings muss die These der breiteren Basierung nach den oben angestellten Überschlagsberechnungen empirisch mit einem Fragezeichen versehen werden. Die Tatsache, dass die Leistungen verschiedener Sektoren nicht mehrwertsteuerpflichtig sind, wirft jedenfalls Probleme auf.

Kritisch ist auch die Verdrängung des Geschäfts mit der privaten Vollversicherung zu sehen. Erstens bedeutet diese, dass unverzerrende Prämienfinanzierung – wenn auch nur zum Teil – durch verzerrende Steuerfinanzierung ersetzt wird. Zweitens erleidet die volkswirtschaftlich wünschenswerte Kapitalbildung durch die Reform statt eines Schubes einen Rückschlag. Gegen Letzteres kann man einwenden, dass eine verstärkte Kapitalbildung lediglich allgemein wünschenswert ist. Sie muss nicht zwingend innerhalb der Krankenversicherung vorangetrieben werden. International ist eine ausgeprägte Kapitalbildung innerhalb der Krankenversicherung sogar eher die Ausnahme (vgl. Nell und Rosenbrock, 2008, S. 174). Überlegenswert wäre gleichwohl, als Kompensation für den Fortfall der Kapitalbildung in der Krankenversicherung die Kapitalbildung in der Alterssicherung zu forcieren. Ein wichtiger Schritt wäre dabei insbesondere, das Riester-Sparen zur Pflicht zu machen. Man würde Altersarmut vorbeugen und könnte bei denjenigen, die nicht von Altersarmut bedroht sind und aus eigenem Antrieb sparen, auf staatliche Subventionen verzichten.

Es bliebe der Vorwurf, eine unverzerrende Prämienfinanzierung durch eine verzerrende Steuerfinanzierung zu ersetzen. Dieses Resultat ist zweifellos kritikwürdig, aber schwierig zu vermeiden. Man müsste es in einen größeren Zusammenhang stellen, in dem dann die Effizienz und die Verteilungsgerechtigkeit des gesamten Abgabensystems neu auszutarieren wären.

6. Fazit

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds und der den gesetzlichen Krankenkassen durch das GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz gewährten erweiterten Vertragsfreiheiten ist Deutschland auf einem guten Weg. Die Reform mag in mancher Beziehung nicht weit genug gehen – man denke etwa an den Krankenhausbereich –, sie hat aber schon jetzt erkennbar bewirkt, dass sich die Krankenkassen stärker als früher ihrer Kostenverantwortung im Gesundheitswesen stellen. Der Wettbewerb um eine kostengünstige und dennoch qualitätsvolle Versorgung der Versicherten ist in Gang gekommen. Nachdem der Wettbewerb der Kassen um Versicherte durch die Reform neu geordnet wurde, ist es vertretbar, die alte Forderung nach einer tragfähigen Finanzierungsreform neu zu diskutieren.⁶ In diesem Beitrag wurde ein Reformvorschlag dargestellt, der folgende Maßnahmen umfasst:

- Der AG-Beitrag zur GKV wird aufkommensneutral durch eine MwSt-Erhöhung ersetzt, was die Konsumorientierung der Besteuerung stärkt.
- Der AN-Beitrag zur GKV wird aufkommensneutral durch eine pauschale Gesundheitsprämie P und eine Anpassung der einkommensteuerlichen Grenzsteuersätze ersetzt. Eine Prämie von 750 € pro Jahr deckt zwar nicht die Kosten, lässt sich aber mit Blick auf die Verteilungswirkungen gut vertreten. Bei sorgfältiger Anpassung der Grenzsteuersätze sind Effizienzgewinne nicht unmöglich.
- Die in der PKV gebildeten Altersrückstellungen sind in verzinsliche Guthaben der Versicherten umzuwandeln, und die privat Versicherten sollten in den Basistarif wechseln.
- Die rechtlichen Voraussetzungen sind zu schaffen, damit PKV und GKV als gleichberechtigte Anbieter von Basis- und Zusatzversicherungen agieren können. Zusatzversicherungen sind nach den Regeln der PKV zu tarifieren, während die kassendurchschnittlichen Kosten der Basisversicherung durch Steuern und die pauschale Gesundheitsprämie P zu finanzieren sind.
- Die kasseneinheitliche Prämie P ersetzt nicht, sondern ergänzt die kassenindividuellen Zusatzbeiträge bzw. Prämienauszahlungen nach § 242 SGB V, mit denen die Krankenkassen nach Einführung des Gesundheitsfonds um Mitglieder konkurrieren.
- Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind so konzipiert, dass Verteilungswirkungen möglichst gering ausfallen. Nicht alle Verteilungswirkungen lassen sich indessen völlig vermeiden. Es ist Aufgabe der Politik, diese zu bewerten und ggf. für Ausgleich zu sorgen.

6. Schon nach den Vorschlägen von Richter (2005) und dem Wissenschaftlichen Beirat (2005) sollte die Einführung des Gesundheitsfonds lediglich die erste Reformstufe darstellen. Die Finanzierungsreform sollte Gegenstand einer zweiten Stufe sein.

Literaturverzeichnis

- Breyer, F. und A. Haufler (2000), Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution, *International Tax and Public Finance* 7, 445–461.
- Buchholz, W. (2005), A Note on Financing Health-Care Reform: Some Simple Arguments Concerning Marginal Tax Burden, *FinanzArchiv* 61, 438–446.
- Haufler, A. (2004), Welche Vorteile bringt eine Pauschalprämie für die Finanzierung des Gesundheitswesens? Einige einfache Äquivalenzresultate, *Schmollers Jahrbuch* 124, 539–556.
- Homburg, S. (2007), *Allgemeine Steuerlehre*. 5. Aufl., München.
- Nell, M. und S. Rosenbrock (2008), Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 9, 173–195.
- Richter, W. F. (2005), Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, *Wirtschaftsdienst*, 693–697.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der wirtschaftlichen Entwicklung (2006), *Widerstrebende Interessen – Ungenutzte Chancen, Jahresgutachten 2006/07*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Stiglitz, J.E. (1987), Pareto Efficient and Optimal Taxation and the New New Welfare Economics, in: A. Auerbach und M. Feldstein (Hrsg.), *Handbook of Public Economics*. Vol. 2, North Holland, Amsterdam.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, 2005, Zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, Stellungnahme.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, 2006, Die abgabenrechtliche Privilegierung gemeinnütziger Zwecke auf dem Prüfstand, Gutachten, Bonn.