



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE FAKULTÄT



Andreas Haufler:

Welche Vorteile bringt eine Pauschalprämie für die Finanzierung des Gesundheitswesens? Einige einfache Äquivalenzresultate

Munich Discussion Paper No. 2004-22

Department of Economics
University of Munich

Volkswirtschaftliche Fakultät
Ludwig-Maximilians-Universität München

Online at <http://epub.ub.uni-muenchen.de/440/>

Welche Vorteile bringt eine Pauschalprämie für die Finanzierung des Gesundheitswesens? Einige einfache Äquivalenzresultate*

Andreas Haufler

Ludwig-Maximilians-Universität München

November 2004

Abstract

This paper argues that equal per-capita health care premia offer no systematic advantage as an instrument of financing the welfare state. Either will simultaneous changes in the tax system be necessary to compensate their redistributive effects, in which case all efficiency gains derived from a switch to income-independent health care premia will also be lost. Alternatively, if one wants to change the progressiveness of the overall tax and social security system in Germany, this can equivalently be done through a reform of the tax system. This is shown using simplified formulae for the German system of income taxation and health care finance. Instead, it is argued that the advantage of equal per-capita premia lies in its potential to reduce health care expenditures, by way of facilitating the use of co-payment schemes which reduce the moral hazard problem in health care markets.

Stichworte: Krankenversicherung, Finanzierung, Pauschalprämie

JEL-Klassifikation: I1, H2

* Ich danke Friedrich Breyer, Wolfgang Buchholz, Hans Fehr, Mathias Kifmann, Rigmar Osterkamp und Hans-Werner Sinn für hilfreiche Kommentare und Informationen, sowie Claudia Bitsch und Christian Schlichting für ihre Hilfe bei der Erstellung der Tabellen und Grafiken.

1 Einführung

Es besteht ein weitgehender Konsens, dass das deutsche Gesundheitssystem zu teuer ist und dringend der Reform bedarf. Eine grobe, aber dennoch aussagekräftige Gegenüberstellung ist die zwischen den Gesamtausgaben für Gesundheitsleistungen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt und der durchschnittlichen Anzahl der Lebensjahre, die in „voller Gesundheit“ zugebracht werden. Hier zeigt sich, dass Deutschland im internationalen Vergleich deutlich mehr für Gesundheit ausgibt als der Durchschnitt der OECD Länder, die qualitätsbereinigte Lebenserwartung aber dennoch unterhalb des Durchschnitts der Vergleichsländer liegt. Dies ist in Tabelle 1 wiedergegeben.

***** Tabelle 1 *****

Einer der intensiv diskutierten Reformbereiche betrifft die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland. Die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ (Rürup-Kommission) hat hier zwei konzeptionelle Alternativen vorgestellt. Dies sind zum einen die Bürgerversicherung, die beim gegenwärtigen System der einkommensabhängigen Beiträge bleibt, aber auch Selbstständige und Beamte in die GKV einbeziehen möchte, zum anderen die einheitliche Gesundheitsprämie für alle Erwachsenen (im folgenden als ‚Pauschalprämie‘ bezeichnet), die die Krankenversicherungsprämie unabhängig vom Einkommen macht (BMGS, 2003). Während sich die Rürup-Kommission nicht einheitlich für eine der beiden Alternativen ausgesprochen hat, wird die Pauschalprämie eindeutig vom Sachverständigenrat (2002, 2003), vom Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004) sowie von der vom CDU-Bundesvorstand eingesetzten Kommission „Soziale Sicherheit“ (Herzog-Kommission, 2003) befürwortet.

Die Vorteile der Pauschalprämie scheinen auf den ersten Blick offenkundig. Die die GKV-Beiträge in Form einer Pauschale bezahlt werden, führen höhere Bruttoeinkommen nicht mehr zu einem höheren Beitrag zur GKV. Die Grenzbelastung des Faktors Arbeit sinkt und damit auch die Verzerrungswirkungen auf dem Arbeitsmarkt. Die daraus resultierenden Effizienz- und Beschäftigungsgewinne sind der Hauptgrund für die Unterstützung dieses Konzeptes auch in weiten Teilen der wirtschaftswissenschaftlichen Profession. Selbst wenn man einbezieht, dass sozial

Schwache die Pauschalprämie nicht selbst bezahlen können und daher eine gewisse Kompensation über das Steuersystem notwendig wird, bleiben die Beschäftigungseffekte positiv, wie eine numerische allgemeine Gleichgewichtsanalyse für den Sachverständigenrat zeigt (SVR, 2003, S. 212-215). Dennoch ist die Pauschalprämie wegen ihrer verbleibenden Verteilungswirkungen umstritten.

In diesem Aufsatz wird argumentiert, dass ein Systemwechsel von der gegenwärtigen, einkommensabhängigen Krankenversicherungsprämie zu einer Pauschalprämie keinen wirklichen Vorteil auf der Finanzierungsseite der GKV bringt. Die von den Befürwortern der Pauschalprämie vorgebrachten Effizienz- bzw. Beschäftigungsgewinne entstehen ausschließlich durch ein gegenüber dem status quo reduziertes Ausmaß der Einkommensumverteilung. Wenn alle mit dem Übergang zur Pauschalprämie verbundenen Verteilungseffekte über das Steuersystem kompensiert werden, so gehen damit auch alle Effizienz- und Beschäftigungsgewinne der Reform verloren. Werden dagegen die regressiven Verteilungseffekte der Reform akzeptiert, so könnte man statt des Übergangs zu Pauschalprämien alternativ auch eine äquivalente Steuerreform durchführen, die niedrige Einkommen oberhalb des Existenzminimums belastet und höhere Einkommen entlastet. Weiterhin kann unter bestimmten Annahmen gezeigt werden, dass eine Pauschalprämie mit einer vollständigen Kompensation über das Steuersystem im Hinblick auf die Einkommensverteilung äquivalent ist zu einer Bürgerversicherung, obwohl diese beiden Vorschläge in der politischen Diskussion als fundamentale Gegensätze behandelt werden.

Dennoch wird eine Pauschalprämie in diesem Aufsatz befürwortet, allerdings aus Gründen, die mit ihrer Wirkung auf die Ausgabenseite der GKV zu tun haben. Insbesondere erlaubt eine vom Einkommen unabhängige Versicherungsprämie, Wahl- und Selbstbehalttarife in der GKV zuzulassen, ohne dass dadurch die Einkommenssolidarität zwischen Hoch- und Niedriglohnbeziehern beeinträchtigt wird. Damit ermöglicht die Pauschalprämie den Einsatz neuer Instrumente der Gesundheitspolitik, der sowohl auf der Nachfrage-, als auch auf der Angebotsseite zu einer effizienteren Nutzung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen führen kann.

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut. Abschnitt 2 analysiert das Zusammenwirken von Steuer und Krankenversicherungsbeitrag, wobei die Pauschalprämie zunächst mit dem finanzierungsseitigen

status quo und anschließend mit dem Konzept der Bürgerversicherung verglichen wird. Abschnitt 3 wendet sich dann den möglichen Auswirkungen der Pauschalprämie auf die Gesundheitsausgaben über die Einführung von Selbstbehalttarifen zu. Abschnitt 4 fasst die Ergebnisse zusammen.

2 Das Zusammenwirken von Steuer und Krankenversicherungsbeitrag

2.1 Pauschalprämie und status quo

Wir betrachten zunächst die Änderungen, die die Einführung einer Pauschalprämie gegenüber dem gegenwärtigen System einkommensabhängiger Krankenversicherungs- (KV-) Beiträge bringt. Dazu gehen wir zunächst von einer Wirtschaft aus, in der es nur Arbeitseinkommen gibt und in der alle Individuen gesetzlich versichert sind. Diese beiden „unrealistischen“ Annahmen helfen dabei, den Zusammenhang zwischen (Lohn-) Einkommen und Abgabenhöhe, der durch die Reform entscheidend verändert wird, zu isolieren. Im nächsten Abschnitt werden wir diese beiden Annahmen genauer betrachten.

Der gegenwärtige Steuertarif wird in einer stilisierten Form als Proportionaltarif mit einem Grundfreibetrag abgebildet (indirekt progressiver Tarif). Dies vereinfacht insbesondere die graphische Darstellung, berührt aber nicht die qualitativen (Äquivalenz-) Ergebnisse unserer Analyse. Der Steuer- und der KV-Tarif können dann folgendermaßen beschrieben werden:

- **Steuersystem:** Einkommen unterhalb eines Grundfreibetrags (G) bleiben steuerfrei; alle Einkommen oberhalb von G werden mit einem proportionalen Steuersatz t belegt.
- **KV-System:** Einkommen unterhalb des Grundfreibetrags G sind von Beiträgen befreit. Für Einkommen zwischen dem Grundfreibetrag und der Beitragsbemessungsgrenze H wird ein proportionaler Beitragssatz b erhoben. Oberhalb von H bleibt der KV-Beitrag konstant.

Formal lässt sich der Steuerbetrag $T(y)$ für ein Individuum mit Einkommen y in diesem vereinfachten Rahmen wie folgt darstellen:

$$T(y) = \begin{cases} 0 & \text{für } y \leq G \\ t(y - G) & \text{für } y > G \end{cases} \quad (1)$$

Die Krankenversicherungsprämie $B(y)$ ist:

$$B(y) = \begin{cases} 0 & \text{für } y \leq G \\ b(y - G) & \text{für } G < y < H \\ b(H - G) & \text{für } y \geq H \end{cases} \quad (2)$$

Damit ist die gesamte Belastung mit Steuer und Krankenversicherungsprämie, $T+B$, gegeben durch

$$T(y) + B(y) = \begin{cases} 0 & \text{für } y \leq G \\ (b + t)(y - G) & \text{für } G < y \leq H \\ t(y - G) + b(H - G) & \text{für } y > H \end{cases} \quad (3)$$

In dieser stilisierten Form kann das gegenwärtige Steuer- und Beitragssystem sehr einfach grafisch dargestellt werden. Dies erfolgt in Abbildung 1. Die Abbildung zeigt insbesondere, dass im Einkommensbereich zwischen G und H die Grenzbelastung gleich der Summe aus dem Steuersatz t und dem Beitragssatz b ist.

***** Abbildung 1 *****

Nun wird statt der einkommensabhängigen KV-Prämie eine Pauschalprämie \bar{B} eingeführt. Wenn der Steuertarif unverändert bleibt, ist in diesem Fall die Gesamtbelastung für ein Individuum mit Einkommen y gegeben durch

$$T(y) + \bar{B} = \begin{cases} \bar{B} & \text{für } y \leq G \\ t(y - G) + \bar{B} & \text{für } y > G \end{cases} \quad (4)$$

Wenn wir die Höhe der Pauschalprämie \bar{B} berechnen wollen, die das gleiche Beitragsaufkommen erbringt wie der einkommensabhängige Tarif $B(y)$, benötigen wir zwei weitere Annahmen. Dabei ist wiederum zu betonen, dass diese Annahmen nur dazu dienen, die Analyse in einem einfachen, aber dennoch in sich geschlossenen Rahmen durchzuführen; sie sind *nicht* notwendig für die Herleitung unserer allgemeinen Äquivalenzresultate. Erstens gehen wir im Folgenden davon aus, dass alle Einkommen exogen sind. Dies ist für unsere Analyse deshalb vertretbar, weil wir im Wesentlichen auf Situationen abstellen, in denen die Summe aus Steuern und KV-Beiträgen für alle Individuen konstant ist. Rationale Individuen, die diese Äquivalenz durchschauen, haben also keinen Grund, sich in den beiden verglichenen Szenarien unterschiedlich zu verhalten. Zweitens nehmen wir

vereinfachend an, dass es M Individuen gibt, deren Einkommen zwischen 0 und dem maximalen Einkommen M gleichverteilt sind. Mit Hilfe dieser Annahmen lässt sich die aufkommensneutrale Pauschalprämie dann mit einfachen geometrischen Mitteln ermitteln und Abbildung 2 erstellen.

***** Abbildung 2 *****

In Abbildung 2 sieht man sofort, dass eine (in Bezug auf das Aufkommen der GKV) aufkommensneutrale Umstellung auf Pauschalprämien bei unverändertem Steuertarif für alle Haushalte mit einem Einkommen unterhalb von y^* höhere Beiträge und damit Nettoeinkommensverluste bedeutet, während alle Haushalte mit $y > y^*$ durch die Reform gewinnen.¹

Sollen nun diese Umverteilungseffekte *nicht* entstehen, muss der Steuertarif so angepasst werden, dass die Gesamtbelastung aus Steuer und pauschaler KV-Prämie derjenigen im Ausgangszustand entspricht. Dies erfolgt dadurch, dass vom aggregierten Steuer- und KV-Tarif in Gleichung (3) die Pauschalprämie abgezogen wird. Man erhält so den Steuertarif T^{comp} , der die Wirkungen der Finanzierungsreform im Gesundheitswesen vollständig kompensiert:

$$T^{\text{comp}} = \begin{cases} -\bar{B} & \text{für } y \leq G \\ (b+t)(y-G) - \bar{B} & \text{für } G < y \leq H \\ t(y-G) + b(H-G) - \bar{B} & \text{für } y > H \end{cases} \quad (5)$$

Graphisch wird der Steuertarif T^{comp} dadurch ermittelt, dass von der Gesamtbelastung $T(y)+B(y)$ in Abbildung 1 die Pauschalprämie \bar{B} vertikal subtrahiert wird. Dies ist in Abbildung 3 dargestellt.

***** Abbildung 3 *****

¹ Die aufkommensneutrale Pauschalprämie kann ausgedrückt werden als

$$\bar{B} = \frac{1}{M} \left[\frac{b(H-G)^2}{2} + b(M-H)(H-G) \right] = \frac{b(H-G)}{M} \left[M - \frac{(H+G)}{2} \right].$$

Aus der Gleichheit zwischen der einkommensabhängigen KV-Prämie $b(y^*-G)$ und der Pauschalprämie \bar{B} lässt sich das kritische Einkommen ermitteln als $y^* = H - (H^2 - G^2)/2M$. Ein einfaches Zahlenbeispiel kann dabei zur Illustration dienen. Sei $M=100.000$ € das maximale jährliche Arbeitseinkommen, $H=42.000$ € die Beitragsbemessungsgrenze, $G=8.000$ € der Grundfreibetrag und $b=0.14$ der Beitragssatz zur GKV. Dann ergibt sich in unserem stilisierten KV-System eine jährliche Pauschalprämie von 3570 € bzw. eine monatliche Pauschalprämie von 297.50 €. Das Einkommen, bei dem der KV-Beitrag durch die Umstellung unverändert bleibt, liegt bei $y^*=33.500$ €. Trotz der vielen vereinfachenden Annahmen in unserer Analyse sind diese Werte in einer ähnlichen Größenordnung wie diejenigen, die für die Rürup-Kommission detailliert berechnet wurden (monatliche Pauschalprämie von 210 €; kritisches Einkommen y^* von 40.000 €). Dieses kritische Einkommen y^* liegt deutlich oberhalb des durchschnittlichen Bruttoeinkommens eines Arbeitnehmers in Deutschland, das 2003 bei ca. 27.000 € lag. Vgl. BMGS, 2003, S. 15.

Die *Steuerreform*, die zu einer vollständigen Kompensation der Verteilungseffekte einer Pauschalprämie führt, ist damit durch zwei Elemente gekennzeichnet, die im folgenden Äquivalenzresultat festgehalten sind:

Äquivalenz 1: Wenn nur Lohneinkommen existieren und alle Individuen gesetzlich versichert sind, dann verändert die Einführung einer Pauschalprämie \bar{B} die Gesamtbelastung jedes Individuums nicht, wenn sie von einer Steuerreform begleitet werden, die (1) jedem Individuum einen Transfer (eine negative Einkommensteuer) in Höhe von \bar{B} gewährt; (2) den Steuertarif für alle Einkommen zwischen dem Grundfreibetrag G und der Bemessungsgrenze H um den Belastungssatz b erhöht.

Die Äquivalenz 1 zeigt, dass nur dann alle Umverteilungseffekte einer Pauschalprämie rückgängig gemacht werden können, wenn der Steuersatz der Einkommensteuer im vollen Umfang des Beitragssatzes b steigt, in unserem Modell also im Einkommensbereich zwischen G und H ein Lohnsteuersatz von $(t+b)$ erhoben wird. Damit werden dann aber auch alle positiven Effekte, die von der Finanzierungsumstellung im Gesundheitswesen ausgehen sollen, eliminiert, da die Grenzbelastung von Einkommen, die zwischen G und H liegen, wieder bei $(t+b)$ liegt. Ein analoges Argument wird von Buchholz (2004) gemacht, der formal nachweist, dass es keine aufkommensneutrale Reform des Steuer- und Beitragssystem gibt, die die aggregierte Grenzbelastung der Einkommen senkt und gleichzeitig eine Kompensation der Niedrigeinkommensbezieher erlaubt.

Der entgegen gesetzte Fall tritt ein, wenn das Steuersystem überhaupt nicht angepasst wird. In diesem Fall kann man zeigen, dass alle Belastungsänderungen, die durch die Finanzierungsreform im Gesundheitswesen entstehen, alternativ auch über eine Steuerreform zu erreichen wären. Dazu muss von der Gesamtbelastung aus dem ursprünglichen Steuertarif und der Pauschalprämie, wie sie in Gleichung (4) dargestellt ist, der ursprüngliche, lohnabhängige Beitragstarif $B(y)$ aus Gleichung (2) subtrahiert werden. Man erhält so den Steuertarif T^{equ} , der - unter Beibehaltung einer lohnabhängigen KV-Prämie - einen äquivalenten Effekt auf die Gesamtabgabenlast jedes Individuums hat wie die Einführung der Pauschalprämie:

$$T^{equ} = \begin{cases} \bar{B} & \text{für } y \leq G \\ (t-b)(y-G) + \bar{B} & \text{für } G < y \leq H \\ t(y-G) - b(H-G) + \bar{B} & \text{für } y > H \end{cases} \quad (6)$$

In Abbildung 4 wird von der Gesamtbelastung aus dem bisherigen Steuertarif $T(y)$ und der Pauschalprämie \bar{B} in Abbildung 2 die ursprüngliche, einkommensabhängige KV-Prämie vertikal subtrahiert, um den äquivalenten Steuertarif T^{equ} zu erhalten.

***** Abbildung 4 *****

In Abbildung 4 sind wiederum alle Individuen mit Einkommen $y < y^*$ Verlierer der Reform, während alle Individuen mit Einkommen $y > y^*$ gewinnen. Die Nettoeinkommensänderungen entstehen jetzt aber durch eine Steuerreform, während die KV-Beiträge gegenüber dem status quo konstant bleiben. Die Merkmale dieser zur Einführung einer Pauschalprämie äquivalenten Steuerreform sind beschrieben durch:

Äquivalenz 2: Wenn nur Lohneinkommen existieren und alle Individuen gesetzlich versichert sind, ist die Einführung einer pauschalen KV-Prämie \bar{B} unter Beibehaltung des gegenwärtigen Steuertarifs äquivalent zu einer Beibehaltung der lohnabhängigen KV-Prämie und einer Steuerreform, die (1) jedem Individuum eine Pauschalsteuer in Höhe von \bar{B} auferlegt; (2) den Steuertarif im Bereich zwischen dem Grundfreibetrag G und der Bemessungsgrenze H um den Belastungssatz b senkt.

Dieses zweite Äquivalenzresultat zeigt die Ursache für die Effizienzgewinne, die durch eine Pauschalprämie entstehen, klar auf. Im Einkommensbereich $G < y < H$ sinkt der Grenzsteuersatz, so dass hier verstärkte Anreize zur Arbeitsaufnahme entstehen. Dieser Effekt wird z.B. vom Sachverständigenrat (2003, S. 204-206) betont. In Abbildung 4 zeigt sich dies im geringen Anstieg der Steuerbelastung für Einkommen zwischen dem Grundfreibetrag und der Beitragsbemessungsgrenze. Finanziert wird die Senkung der Grenzsteuersätze durch eine Kopfsteuer, die von allen Bürgern zu entrichten ist. Abbildung 4 zeigt die (schraffierten) Umverteilungseffekte auf, die durch diese regressiv wirkende Steuerreform entstehen.

In der politischen Diskussion ist mittlerweile unstrittig, dass Individuen, deren Einkommen unterhalb des steuerlichen Existenzminimums (G) liegt, auch nicht mit einer pauschalen Gesundheitsprämie

belastet werden können. Zumindest dieser Teil des Umverteilungswirkungen (in Abbildung 4 durch das schraffierte Rechteck im Einkommensbereich $0 < y < G$ angegeben) muss also kompensiert werden, wobei die meistdiskutierten Alternativen eine Erhöhung der Mehrwertsteuer oder eine Erhöhung des Solidaritätszuschlages zur Einkommensteuer sind.² Unabhängig davon, wie eine solche Kompensation finanziert wird, bedeutet sie in jedem Fall, dass *alle* Einkommensbezieher mit $y > G$ eine höhere Gesamtbelastung tragen, als dies in Abbildung 4 dargestellt ist. Insbesondere werden dadurch auch die Nettoeinkommensverluste aller Individuen, deren Einkommen zwischen G und y^* liegen, größer sein als in Abbildung 4 gezeigt.

Zusammen genommen ergibt sich aus den Äquivalenzen 1 und 2, dass die Pauschalprämie *kein* zusätzliches, unabhängiges Finanzierungsinstrument für den Sozialstaat darstellt. Stattdessen besteht für eine gegebene Gesamtbelastung aus Steuertarif und KV-Prämie immer ein Freiheitsgrad, wie diese Gesamtbelastung auf die beiden Abgabenformen aufgeteilt werden kann. Damit zeigt unsere einfache Analyse, dass eine Beurteilung der allokativen wie auch der distributiven Effekte einer Pauschalprämie grundsätzlich nicht vorgenommen werden kann, wenn nicht auch die gleichzeitigen Änderungen im Steuersystem (oder die Abwesenheit davon) genau spezifiziert werden. Weiterhin zeigt die Analyse, dass jede Finanzierungsreform im Gesundheitswesen, die Effizienz- bzw. Beschäftigungsgewinne erreichen will, notwendig mit einer Umverteilungswirkung verbunden ist. In dieser Perspektive ist die Einführung einer Pauschalprämie in der Krankenversicherung im Wesentlichen als ein Vorschlag zu einer Reform des Steuer- und Abgabensystems in Richtung auf weniger Einkommensumverteilung zu sehen. Kurz zusammengefasst ist die Diskussion um das pro und contra einer Pauschalprämie im Gesundheitswesen daher nichts anderes als der wohlbekanntes Zielkonflikt zwischen Effizienz und Verteilungsgerechtigkeit.

2.2 Pauschalprämie und Bürgerversicherung

Bisher haben wir in der Diskussion zwei Aspekte ausgeblendet, die insbesondere im (scheinbar) konkurrierenden Modell der Bürgerversicherung eine große Rolle spielen. Dies betrifft (1) die

² Breyer (2002) zeigt, dass eine zumindest partielle Kompensation für Niedrigeinkommensbezieher allen Reformvorschlägen in Deutschland wie auch der Praxis in der Schweiz zu Grunde liegt und dass dadurch auch in der „pauschalen“ Gesundheitsprämie einkommensbezogene Elemente bestehen bleiben.

Einbeziehung von Kapitaleinkommen (oder allgemeiner Nicht-Lohneinkommen) in die Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherungsprämie und (2) die Einbeziehung von Beamten und Selbstständigen in die GKV. In diesem Abschnitt sollen die Bürgerversicherung und die Pauschalprämie im Hinblick auf diese beiden Gesichtspunkte verglichen werden.

1. Die Einbeziehung von Nicht-Lohneinkommen ist ein fester Bestandteil des Konzeptes der Bürgerversicherung (BMGS, 2003, S. 149). Es ist aber aus den Erfahrungen mit der Einkommensteuer bekannt, dass die Erhebungs- und Durchsetzungskosten von Abgaben auf diese Einkommensteile erheblich höher sind als bei den Lohneinkommen und eine vollständige Erfassung auch nicht möglich ist. Um eine Verdoppelung der Erhebungskosten zu vermeiden liegt es also nahe, hier an die gleichen Bemessungsgrundlagen anzuknüpfen wie die persönliche Einkommensteuer. In diesem Fall ergeben sich für die Bürgerversicherung zwei parallele Tarife für Steuer und Krankenversicherung, die beide auf dieselbe Bemessungsgrundlage bezogen sind. Damit ist die Gesamtbelastung unter der Bürgerversicherung wieder durch Gleichung (3) gegeben, mit der einzigen Änderung, dass y jetzt das Gesamteinkommen aus Lohn- und Kapitaleinkommen jedes Individuums bezeichnet. Beim Pauschalprämienmodell wird stattdessen die gesamte Einkommensumverteilung über das Steuersystem erreicht. Dadurch sind aber wiederum alle (steuerlich erfassten) Kapitaleinkommen in den Umverteilungsmechanismus einbezogen. Damit gilt, dass eine Pauschalprämie, die mit dem Einkommensteuertarif T^{comp} [Gleichung (5)] kombiniert wird, äquivalent ist zu separaten, einkommensabhängigen Steuer- und Beitragstarifen, wenn letztere beide auf das gesamte Lohn- und Kapitaleinkommen bezogen sind (Äquivalenz 1).

2. Die Einbeziehung von Beamten und Selbstständigen ist konstitutiv für die Bürgerversicherung. Aber auch im Pauschalprämiensystem ist diese Einbeziehung grundsätzlich möglich, auch wenn dieser Vorschlag weder von der Rürup-Kommission noch von der Herzog-Kommission gemacht wurde. Dagegen ist jedoch das Pauschalprämiensystem der Schweiz als Bürgerversicherung ausgestaltet und ein ähnliches Modell wird auch von der Gemeinschaftsinitiative Soziale

Marktwirtschaft unterstützt.³ Wenn wir der Annahme folgen, dass die bisher privat versicherten Personengruppen auch in ein Pauschalprämiensystem einbezogen werden, erhalten wir:

Äquivalenz 3: Die Einführung einer pauschalen KV-Prämie \bar{B} ist äquivalent zur Einführung einer Bürgerversicherung, wenn (i) Kapitaleinkommen im gleichen Umfang in die Bemessungsgrundlagen der Einkommensteuer und der KV-Prämie einbezogen sind; (ii) beide Krankenversicherungssysteme für alle Individuen gelten und (iii) die Einführung der Pauschalprämie durch den kompensierenden Steuertarif T^{comp} [Gleichung (5)] begleitet wird.

Dieses dritte Äquivalenzresultat zeigt die Bedingungen auf, unter denen die häufig als polare Gegensätze diskutierten Modelle der Pauschalprämie und der Bürgerversicherung deckungsgleich sind.⁴ Neben der – kontrovers diskutierten – Einbeziehung aller Bürger in die GKV ist auch hier die entscheidende Frage, ob alle Umverteilungseffekte des Pauschalprämiensmodells durch eine gleichzeitige Steuerreform kompensiert werden. Dabei ist zu betonen, dass dieses Äquivalenzresultat auch bei einer Erhöhung der Bemessungsgrenze (H) erhalten bleibt, wie sie von der Rürup-Kommission für das Modell der Bürgerversicherung vorgeschlagen wurde (BMGS, 2003, S. 14). In diesem Fall würde ein Gesamtabgabensystem $T+B$ gewählt, das mehr Umverteilung, aber auch höhere Verzerrungen beinhaltet. Damit nimmt aber auch die Progression eines vollständig steuerkompensierten Pauschalprämiensmodells zu, wie im Steuertarif T^{comp} [Gleichung (5)] abzulesen ist. Es gilt somit wiederum, dass sowohl unter der Bürgerversicherung als auch unter einem Pauschalprämiensystem der prinzipiell gleiche Zielkonflikt zwischen höheren Arbeitsanreizen und einer gleichmäßigeren Einkommensverteilung vorliegt.⁵

³ Die Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft ist eine Kooperation der Bertelsmann Stiftung, der Heinz Nixdorf Stiftung und der Konrad-Adenauer-Stiftung. Die dem Vorschlag zugrunde liegende Expertise ist in Breyer et al. (2004) veröffentlicht.

⁴ Es sollte aber darauf hingewiesen werden, dass hier nur eine statische Zeitpunktbetrachtung vorgenommen wird; in einem intertemporalen Rahmen sind zusätzlich die Verteilungseffekte zwischen den Generationen zu berücksichtigen. Bei einer lohnabhängigen KV-Prämie ist die Beitragszahlung in der aktiven Periode typischerweise höher als in der Ruhestandsperiode, während sie bei einer Pauschalprämie in beiden Perioden gleich hoch ist. In einer umlagefinanzierten Krankenversicherung ergeben sich dadurch unterschiedliche intergenerative Belastungsmuster der beiden Systeme (vgl. Felder und Kifmann, 2004).

⁵ Für die Bürgerversicherung werden die Beschäftigungsverluste, die durch eine Anhebung der Bemessungsgrenze entstehen, in einer Simulationsstudie für den Sachverständigenrat (2003, S. 214, Tabelle 44) langfristig auf etwas 2% des Ausgangswertes geschätzt. Hierbei wird unterstellt, dass die Bemessungsgrenze entsprechend dem von der Rürup-Kommission ausgearbeiteten (Alternativ-) Vorschlag von monatlich 3450 € auf monatlich 5100 € angehoben wird.

Schließlich ist festzuhalten, dass durch die Einbeziehung von Nicht-Lohneinkommen eine Belastungsverschiebung gegenüber den gegenwärtigen, rein lohnbezogenen KV-Beiträgen auch dann entsteht, wenn die Einführung der Pauschalprämie mit dem kompensierten Steuertarif T^{comp} verbunden wird. Kapitaleinkommen werden durch den gestiegenen Steuersatz belastet, während Lohneinkommen entsprechend entlastet werden (unter der Annahme gleicher Gesamteinnahmen aus Steuern und KV-Beiträgen). Zum ersten ist dieser Effekt aber quantitativ nicht sehr bedeutend. So rechnet der Sachverständigenrat damit, dass durch die – wie oben gezeigt, äquivalente - Einbeziehung von Nicht-Lohneinkommen in die Bürgerversicherung lediglich etwa 5.3 Mrd. Euro an zusätzlichem Aufkommen erwirtschaftet werden könnten, was etwa 0.5 Beitragssatzpunkten entspricht (SVR 2003, S. 210, Ziffer 317). Zum anderen ist keineswegs klar, ob diese Belastungsverschiebung zum Faktor Kapital angesichts der hohen internationalen Mobilität dieser Steuerbasis unter Effizienz- und Beschäftigungsgesichtspunkten eine Verbesserung gegenüber dem status quo darstellt.⁶ In jedem Fall stellt die stärkere Belastung von Kapitaleinkommen kein finanzierungstheoretisches Argument für die Einführung einer pauschalen Gesundheitsprämie dar, da auch dieser Effekt – wenn er gewünscht wird – direkter durch eine Reform des Steuersystems erreicht werden kann.

3 Pauschalprämie und Gesundheitsausgaben

Die wesentliche Aussage des vorangegangenen Abschnittes war, dass die Pauschalprämie als ein alternatives *Finanzierungsinstrument* für die gesetzliche Krankenversicherung weder gegenüber dem status quo noch gegenüber der Bürgerversicherung einen systematischen Vorteil hat. In diesem Abschnitt soll in knapper Form skizziert werden, warum eine Finanzierungsreform im Gesundheitswesen stattdessen über die Wirkung einer Pauschalprämie auf die *Ausgaben* im Gesundheitssektor begründet werden kann. In diesem Zusammenhang ist zunächst festzuhalten, dass Deutschland im Vergleich der alten EU-15 Mitgliedstaaten bei wichtigen Kennziffern der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen deutlich über dem EU-Durchschnitt liegt, während gleichzeitig der Anteil der vom Versicherten selbst zu tragenden Barauslagen an den gesamten

⁶ Für einen Überblick über die Literatur zur optimalen Besteuerung von Kapital vs. Arbeit in offenen Volkswirtschaften, siehe Gordon (2000).

Gesundheitsausgaben deutlich geringer ist als im EU-Durchschnitt. Dies ist in Tabelle 2 zusammengestellt.

***** Tabelle 2 *****

Grundsätzlich erlaubt eine Pauschalprämie, dass durch die Verlagerung der Einkommensumverteilung in das Steuersystem mehr Wahlmöglichkeiten der Versicherten entstehen, ohne dass die auf das Einkommen bezogene Solidarität des sozialstaatlichen Systems darunter leidet. Im Folgenden soll dabei lediglich auf die Möglichkeit eingegangen werden, Selbstbehalttarife in die GKV einzuführen, die für die gesetzlich Versicherten in Deutschland bisher noch nicht erlaubt sind.⁷ Einer der Hauptgründe für diese Restriktion ist, dass bei einkommensabhängigen KV-Beiträgen ein unmittelbarer Anreiz für Hochlohngruppen entsteht, sich der Einkommensumverteilung durch die Wahl möglichst hoher Selbstbehalte (bei entsprechend reduzierten Prämien) zu entziehen. Die Wahl des Selbstbehalts wird also systematisch verzerrt, je nachdem, ob ein Individuum erwartet, in Bezug auf sein Lohneinkommen ein Nettozahler oder ein Nettoempfänger in der GKV zu sein.⁸ Dieses Problem entsteht bei Pauschalprämien nicht mehr. Ein viel zitiertes Beispiel ist in diesem Zusammenhang die Schweiz, wo die Umstellung auf ein Pauschalprämiensystem im Jahr 1996 mit der Einführung eines generellen Selbstbehaltes sowie wählbarer zusätzlicher Selbstbehalte (*Franchisen*) verbunden wurde.⁹

Das grundsätzliche theoretische Argument für die Wahl von Selbsthalten in der Krankenversicherung liegt im Zielkonflikt zwischen dem Wohlfahrtsgewinn durch Versicherung (Einkommensglättung in verschiedenen Gesundheitszuständen) und den Fehlanreizen bei der Vorsorge und beim Konsum von Gesundheitsleistungen, die dadurch entstehen, dass diese Güter aus

⁷ Einen zunächst auf 5 Jahre begrenzten Modellversuch mit einem Selbstbehalttarif für die *freiwillig* Versicherten führt die Techniker-Krankenkasse durch. Vgl. dazu Sachverständigenrat (2003), S. 200-201.

⁸ Grundsätzlich könnte diese Verzerrung dadurch aufgehoben werden, dass die Prämie in einen „Versicherungsanteil“ und einen „Steueranteil“ aufgespalten wird und bei der Wahl von Selbsthalten nur der Versicherungsanteil in einer aktuarisch fairen Weise reduziert wird. In diesem Fall könnte man auch hier ein Äquivalenzergebnis zwischen einer Pauschalprämie und einkommensabhängigen, aber für Zwecke der Selbstbehaltwahl in Steuer- und Versicherungsanteil aufgespaltenen GKV-Beiträgen formulieren. Da diese Aufteilung aber im Zeitablauf ständig neu angepasst werden müsste, wäre eine solche kalkulatorische Aufteilung mit hohen Kosten verbunden, so dass ein Pauschalprämiensystem hier zumindest einen deutlichen administrativen Vorteil hätte. Vgl. dazu Breyer und Haufler (2000) und die dort angegebene Literatur.

⁹ Für eine knappe und informative Darstellung und Würdigung der Reformen im Gesundheitssystem der Schweiz, siehe Greß, Kocher und Wasem (2004).

Sicht eines voll versicherten Individuum kostenlos sind (ex ante und ex post moral hazard). Es ist dann ein klassisches second-best Resultat, dass in diesem Fall eine Mischung aus beiden Verzerrungen in Kauf genommen werden sollte - mit anderen Worten, dass eine Vollversicherung aus allokativer Sicht nicht optimal ist.¹⁰ Aus distributiver Sicht entsteht allerdings das Problem, dass die Wahl von Selbstbehalten insbesondere von guten Risiken genutzt wird und damit die auch in einem Pauschalprämiensystem verbleibende Umverteilung von guten zu schlechten Risiken reduziert wird (Verlust an Risikosolidarität). Auch hier kommt es also wieder zu einem Zielkonflikt zwischen den effizienzerhöhenden Wirkungen eines (maßvollen) Selbstbehaltes und einer potenziell damit einhergehenden Umverteilung zu Lasten der schlechten Gesundheitsrisiken.

Aus der Schweiz liegen zu diesem Zielkonflikt inzwischen empirische Studien vor, deren Evidenz aber widersprüchlich ist. Nach der Schätzung von Schellhorn (2001) ist fast der gesamte Rückgang der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch Versicherte mit freiwilligen Selbstbehalttarifen auf Selbstselektionseffekte zurückzuführen. Diese Studie betont also die potenziell problematischen Umverteilungswirkungen von Selbstbehalttarifen, ohne gleichzeitig nennenswerte Effizienzgewinne dieses Instrumentes auszumachen. Dagegen finden Werblow und Felder (2003) neben der Selbstselektion auch signifikante Evidenz für ein kostenbewussteres Verhalten der (unvollständig) Versicherten. Das letztere Ergebnis wird insgesamt auch in anderen, internationalen Studien bestätigt, die den Zusammenhang zwischen Eigenbeteiligungen und der Nachfrage nach Gesundheitsgütern untersuchen (siehe Zweifel und Manning, 2000 für einen Überblick).

Bei der Zusammenfassung der empirischen Resultate ist weiterhin zu beachten, dass sich die meisten Studien ausschließlich auf das Verhalten der Nachfrager von Gesundheitsleistungen beziehen. Diese Fokussierung ist dann gerechtfertigt, wenn auf den Märkten für Gesundheitsgüter vollständige Konkurrenz herrscht, wovon aber in vielen Fällen nicht ausgegangen werden kann. Bei Vorliegen von Marktmacht auf der Angebotsseite kann es stattdessen durch die Einführung von Selbstbehalten zu weiteren Effizienzgewinnen durch eine Senkung der Produzentenpreise kommen. So hat z.B. eine neuere Studie von Pavcnik (2002) signifikante Preisreduktionen auf dem deutschen Arzneimittelmarkt

¹⁰ Siehe Breyer, Zweifel und Kifmann (2004, Kap. 6) für eine formale Darstellung dieses Arguments.

nachgewiesen, die durch die 1989 erfolgte Umstellung auf Festbeträge (die zu einer effektiven Zuzahlung der Konsumenten in Höhe von 100% für Preise oberhalb dieses Grenzwertes führen) ausgelöst worden sind.

Insgesamt zeigt die empirische Evidenz daher durchaus, dass substanzielle Einspareffekte durch Selbstbehalttarife möglich sind. Der verbleibende Zielkonflikt zwischen diesen Effizienzgewinnen und dem Verlust an Risikosolidarität muss durch geeignete Beschränkungen bei der Wahl von Selbsthalten gelöst werden, wobei es hier durchaus zu einem Prozess des Versuchs und Irrtums kommen kann.¹¹ Die Umstellung auf pauschale Gesundheitsprämien bietet aber die Grundlage dafür, dass das Steuerungsinstrument der Selbsthalte eingesetzt werden kann, ohne gleichzeitig auch die Einkommenssolidarität zwischen Beziehern hoher und niedriger Lohneinkommen auszuhöhlen. Damit erlaubt die Pauschalprämie - im Gegensatz zu den gegenwärtigen, einkommensabhängigen GKV-Beiträgen - eine separate Steuerung der unterschiedlichen Zielkonflikte, die auf der Finanzierungsseite (Einkommenssolidarität vs. Verzerrung des Arbeitsangebotes) und auf der Ausgabenseite (Risikosolidarität vs. moral-hazard-Problematik) der GKV entstehen.

4 Schlussbemerkung

Die politische Diskussion um die Einführung einer pauschalen Gesundheitsprämie im deutschen Gesundheitswesen dreht sich schwerpunktmäßig um die *Finanzierungsreform*, die mit einer solchen Umstellung verbunden ist. Der vorliegende Aufsatz hat dagegen argumentiert, dass die Einführung der Pauschalprämie bei der Finanzierung des sozialstaatlichen Aufkommensbedarfs keine systematischen Vorteile bietet. Werden die umverteilenden Wirkungen eines Pauschalprämienmodells abgelehnt, so muss die Finanzierungsreform im Gesundheitswesens von einer (vollständig) kompensierenden Steuerreform begleitet werden. In diesem Fall ist der Gesamteffekt aber nicht nur in Bezug auf die Verteilungswirkungen, sondern auch in Bezug auf die Effizienzwirkungen der Reform gleich Null. Wird dagegen die mit dem Übergang zu Pauschalprämien verbundene Umverteilung als politisch erwünscht angesehen, so könnte der gleiche Effekt auch über eine Steuerreform erreicht

¹¹ So werden in der Schweiz die mit der Wahl höherer Franchisen verbundenen Prämienrabatte durch Regulierung begrenzt, um die Risikosolidarität des Systems zu erhalten.

werden, ohne dabei das gegenwärtige System der einkommensabhängigen GKV-Beiträge zu ändern. Im letzteren Fall wird unter dem Namen „Gesundheitsreform“ eine Diskussion um die Gesamtprogressionswirkung des deutschen Steuer- und Abgabewesens geführt, die in Wirklichkeit wenig mit dem Gesundheitssektor zu tun hat.

Dennoch wird in diesem Aufsatz argumentiert, dass eine Finanzierungsreform im Gesundheitswesen mit der Einführung von Pauschalprämien grundsätzliche Vorteile bringen würde, allerdings über ihre Wirkungen auf die Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherung. Insbesondere bietet die Gesundheitsprämie die Grundlage dafür, Selbstbehalttarife in einer systematischen Art in das System der GKV einzuführen. Dies erlaubt eine gesellschaftlich optimale Steuerung des Zielkonfliktes zwischen dem fundamentalen Anreiz zum Überkonsum von Gesundheitsleistungen in einem Vollversicherungssystem und der erwünschten Solidarität zwischen guten und schlechten Gesundheitsrisiken.

Literaturverzeichnis

- Breyer, Friedrich (2002): Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – eine Begriffsklärung, *Schmollers Jahrbuch* 122, 605-616.
- Breyer, Friedrich, Wolfgang Franz, Stefan Homburg, Reinhold Schnabel und Eberhard Wille (2004): *Reform der Sozialen Sicherung*, Springer-Verlag.
- Breyer, Friedrich und Andreas Haufler (2000): Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution, *International Tax and Public Finance* 7, 445-461.
- Breyer, Friedrich, Peter Zweifel und Mathias Kifmann (2004): *Gesundheitsökonomik*. 5. Auflage. Springer Verlag.
- Buchholz, Wolfgang (2004): Financing Health Care Reform: Some Simple Arguments Concerning Marginal Tax Burden, *mimeo*, Universität Regensburg.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin.
<http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/index.html>
- Felder, Stefan und Mathias Kifmann (2004): Kurz- und langfristige Folgen einer Bürgerversicherung, in: Dieter Cassel (Hrsg.), *Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen*, 9-32. Nomos, Baden-Baden.
- Gordon, Roger H. (2000): Taxation of Capital Income vs. Labour Income: An Overview, in: Sijbren Cnossen (ed.), *Taxing Capital Income in the European Union*, 15-45. Oxford University Press.
- Greß, Stefan, Ralf Kocher und Jürgen Wasem (2004): Wettbewerbsorientierte Reformen im Gesundheitssystem der Schweiz – Vorbild für regulierten Wettbewerb in der deutschen GKV?, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 5, 59-70.
- Herzog-Kommission (2003): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. www.cdu.de/politik-a-z/herzogkommission/300903.soziale.sicherheit.pdf
- Pavcnik, Nina (2002): Do Pharmaceutical Prices Respond to Potential Patient Out-of-Pocket Expenses?, *Rand Journal of Economics* 33, 469-487.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/03.

www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/02_ges.pdf

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003): Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren. Jahresgutachten 2003/04.

www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/03_ges.pdf

Schellhorn, Martin (2001): The Effect of Variable Health Insurance Deductibles on the Demand for Physician Visits. *Health Economics* 10, 441-456.

Werblow, Andreas und Stefan Felder (2003): Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz, *Schmollers Jahrbuch* 123, 235-264.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004): Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung. Schriftenreihe des BMF, Heft 77. Berlin.

World Health Organization (2000): The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance. <http://www.who.int/whr/2000/en>

Zweifel, Peter und Willard G. Manning (2000): Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care, in: Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse, *Handbook of Health Economics, Vol. 1A*, 409-459. North-Holland.

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben und qualitätsbereinigte Lebenserwartung

	total health spending as % of GDP	disability-adjusted life expectancy at birth, in years
Belgium	8.0	71.6
Denmark	8.0	69.4
Germany	10.5	70.4
Finland	7.6	70.5
France	9.8	73.1
Greece	8.0	72.5
United Kingdom	5.8	71.7
Ireland	6.2	69.6
Italy	9.3	72.7
Luxembourg	6.6	71.1
Netherlands	8.8	72.0
Austria	9.0	71.6
Portugal	8.2	69.3
Sweden	9.2	73.0
Spain	8.0	72.8
Norway	6.5	71.7
Switzerland	10.1	72.5
Australia	7.8	73.2
Canada	8.6	72.0
New Zealand	8.2	69.2
Japan	7.1	74.5
United States	13.7	70.0
Average	8.4	71.6

Quelle: World Health Organization (2000), Statistical Annex, Tables 5 and 8.

Tabelle 2: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Barauslagen

	(1) Average length of stay (days), all hospitals	(2) Hospital beds per 1000 inhabitants	(3) annual doctor consultations, per capita	(4) out-of-pocket outlays, as % of total health expenditures
Belgium	11,5*	2,2	7,8	k.A.
Denmark	5,9	1,3	7,0	15,8
Germany	11,6	4,4	7,3*	10,6
Finland	10,3	7,5	4,3	20,2
France	10,8*	5,2*	6,9	10,2
Greece	8,3*	3,2*	2,5*	k.A.
United Kingdom	9,8*	k.A.	4,9*	11,0**
Ireland	7,5	2,6	k.A.	11,9
Italy	7,6	2,3	6,1	20,2
Luxembourg	15,3*	k.A.	6,2	7,5
Netherlands	12,5	1,3	4,4	10,3
Austria	7,4	3,9	6,7	18,2
Portugal	8,7	2,1	3,6	k.A.
Sweden	6,7	0,9	2,9	k.A.
Spain	9,4*	2,0	8,7	23,8
EU-15 Average	9,8	3,3	5,7	14,5
Switzerland	12,7	5,0	3,4	31,7

* 1998-2000

** 1996

(1)-(2): World Health Organization Database (2004): www.hfadbd.who.dk/hfa/(3)-(4): OECD Health Data 2004. www.oecd.org/health/healthdata

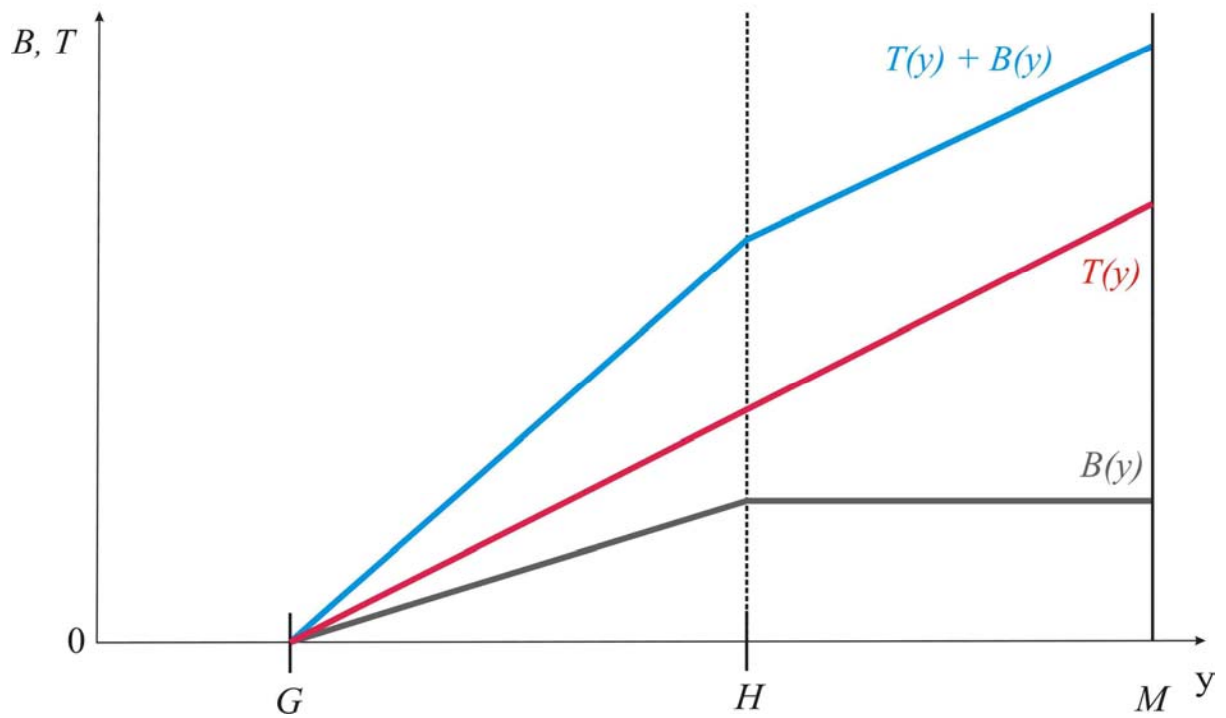
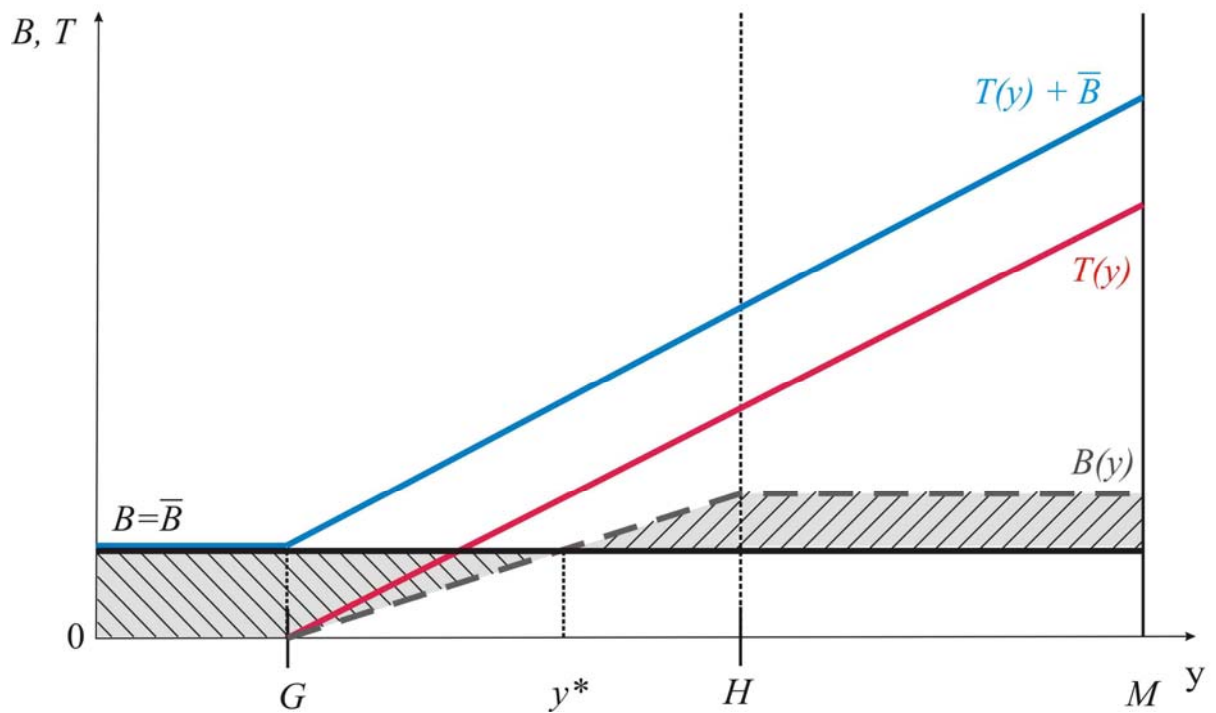
Abb. 1: Aktuelles Steuer- und Beitragssystem**Abb. 2: Kopfpauschale ohne steuerliche Kompensation**

Abb. 3: Kopfpauschale mit steuerlicher Kompensation

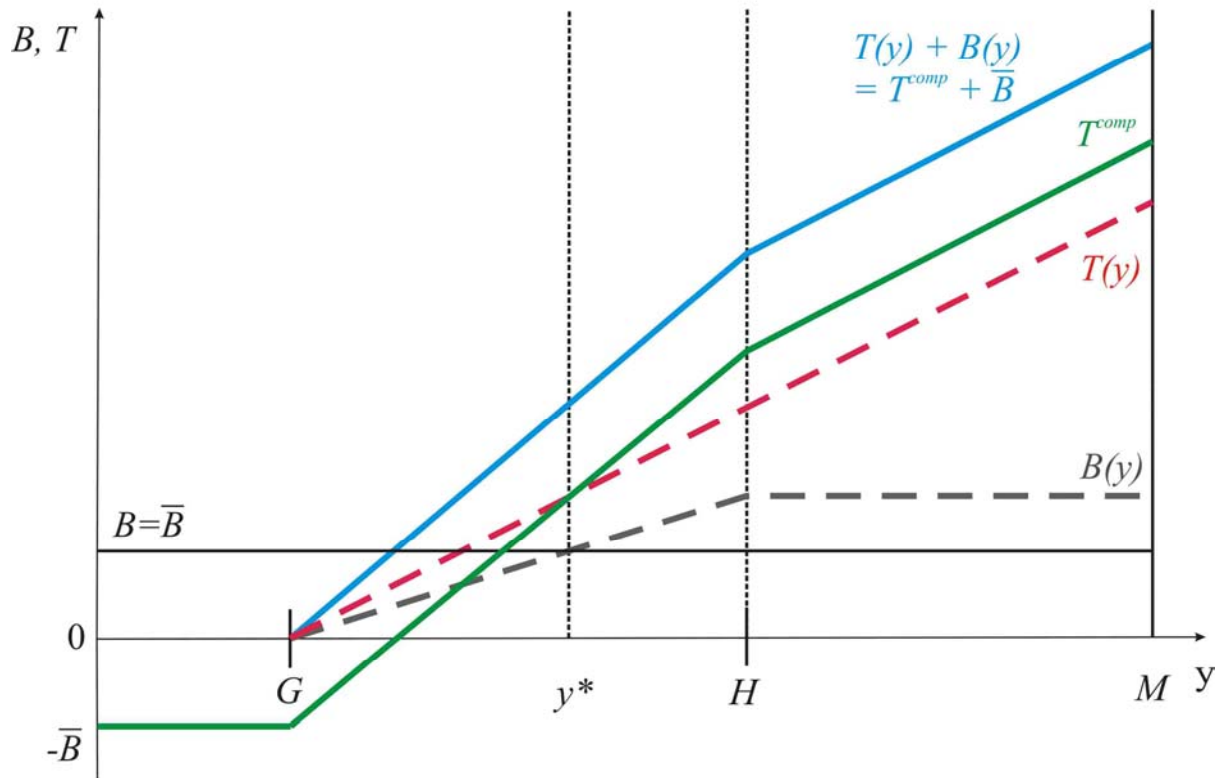


Abb. 4: Steuerreform als Äquivalent zur Kopfpauschale

