Thomas Gerlinger/Michael Simon

Zur Kritik der Kopfpauschale (Gesundheitsprämie)

Zusammenfassung

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist seit ihrer Gründung im Jahr 1883 immer wieder Gegenstand politischer Kontroversen gewesen. Während die Reformdiskussionen und Reformvorschläge der vergangenen vier Jahrzehnte das Finanzierungssystem nicht grundsätzlich in Frage stellten, hat zu Beginn dieses Jahrzehnts mit dem Modell der „Kopfpauschale" („Gesundheitsprämie") eine neue Konzeption Einzug in die Debatte gehalten, die auf ein grundlegend anderes Finanzierungssystem zielt. Mit dem zum 1.1.2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetz wurde nun der Einstieg in den Umstieg auf ein Kopfpauschalen- oder Gesundheitsprämiensystem vollzogen. Der folgende Beitrag wird sich nicht mit dem im GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) enthaltenen System befassen, sondern die mit dem Kopfpauschalenmodell grundsätzlich verfolgten Ziele und mit ihm verbundenen Wirkungen. Das im GKV-FinG enthaltene System ist insbesondere auch deshalb Übergangssystem, weil es Handlungsrestriktionen Rechnung trägt, die sich vor allem aus den institutionellen Rahmenbedingungen und den Regeln der politischen Kompromissbildung ergeben. Handlungsmotive und Wirkungsweisen des Kopfpauschalenmodells treten weit klarer zu Tage, wenn das programmatische Konzept unter die Lupe genommen wird, mit dem die CDU als programmatischer Vorreiter unter den politischen Parteien dieses Finanzierungsmodell in die gesundheitspolitische Debatte eingebracht hat.

1. Die Kopfpauschale – Grundzüge und Genese eines Finanzierungsmodells

Das Konzept der Kopfpauschale sieht eine grundlegende Umstellung des Finanzierungssystems vor: Beruhte das historisch gewachsene Finanzierungssystem der GKV auf einkommensabhängigen Beiträgen, die von den Mitgliedern und Arbeitgebern gezahlt wurden, so soll künftig jeder Versicherte seiner Krankenkasse eine einkommensunabhängige Prämie entrichten. Die Höhe dieses Beitrags soll unabhängig von den Vorerkrankungen und von Risikomerkmalen der Versicherten (Alter,

Geschlecht) sein, aber auch unabhängig von deren Einkommen. Im Konzept eines ausschließlich auf Grundlage einer Kopfpauschale finanzierten Gesundheitswesens verschwindet damit auch der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung. Er soll als Lohnbestandteil den Versicherten ausgezahlt werden. Da eine Kopfpauschale offenkundig die Bezieher kleinerer Einkommen überproportional belasten und viele von ihnen überfordern würde, sollen diese Gruppen einen aus Steuermitteln finanzierten Zuschuss erhalten. Der Solidarausgleich im Krankheitsfall soll also über die Krankenversicherung erfolgen, während der Sozialausgleich – so die Diktion – über das Steuersystem organisiert wird. Darüber hinaus wird der Kopfpauschale auch eine ordnungspolitische Schlüsselfunktion zugeschrieben: Da die Krankenkassen die Höhe ihrer jeweiligen Kopfpauschale selbst festlegen, würde sie als Parameter in der Konkurrenz um Versicherte dienen. Da es sich bei der Kopfpauschale um einen absoluten Euro-Betrag handelt, gehe von ihr ein Preissignal aus, das eindeutiger sei als die Höhe des Beitragssatzes und den Versicherten bei der Auswahl der Krankenkasse einen klaren Orientierungspunkt liefere (z.B. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2010: 241). Dabei halten die Befürworter einer Kopfpauschale an der Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung fest. Die Kopfpauschale soll nur in der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung finden, während die Prämien in der privaten Krankenversicherung weiterhin nach den dort geltenden Prinzipien kalkuliert werden sollen.

Im Modell einer Kopfpauschale kommen erhebliche konzeptionelle Verschiebungen im Reformdiskurs zur GKV-Finanzierung zum Ausdruck. Noch in den 90er Jahren ging es, wenn Ausgaben begrenzt werden sollten, in erster Linie um die Forderung nach Kürzungen des Leistungskatalogs und nach einer Erhöhung von Zuzahlungen, die unter der euphemistischen Formel „mehr Eigenverantwortung“ verbreitet wurden – Forderungen, die heute nicht aus der Debatte verschwunden, aber doch nicht so offen und lautstark vertreten werden wie in den Jahren zuvor. Forderungen nach einer Abkehr vom System der einkommensbezogenen Beitragsfinanzierung, die das Konzept der Kopfpauschale beinhaltet, wurden bis zum Ende der 90er Jahre weder von ihren heutigen Befürwortern im Parteienspektrum, den Unionsparteien und der FDP, noch von den konzeptionellen Ideologen in den Wirtschaftswissenschaften bzw. der Gesundheitsökonomie erhoben. Erst zu Beginn dieses Jahrhunderts erlangte es in der deutschen Reformdiskussion eine erhöhte Aufmerksamkeit. Mittlerweile hat die Forderung nach einer Kopfpauschale auch die zwischenzeitig vielstimmigen und lauten Rufe nach einer Um-

stellung der GKV-Finanzierung auf das Kapitaldeckungsverfahren in den Hintergrund treten lassen.[1]

Die Forderung nach einer Kopfpauschale wurde zunächst vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Lage (2002: 285ff.) sowie von einzelnen Wirtschaftswissenschaftlern und Gesundheitsökonomen ins Gespräch gebracht (z.B. Knappe/Arnold 2002). Für das Eindringen dieses Konzepts in die (gesundheits)politische Öffentlichkeit sorgten vor allem die von der CDU eingesetzte Kommission „Soziale Sicherheit" („Herzog-Kommission"), die CDU selbst (CDU 2003 und 2004) und die von der rot-grünen Bundesregierung eingesetzte „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme" („Rürup-Kommission").[2] Unter den politischen Parteien war es bis 2009 nur die CDU, die ein solches Modell vertrat. Sie hatte es bereits auf ihrem Leipziger Parteitag 2003 programmatisch festgeschrieben. Da die CSU an ihrer Ablehnung einer Kopfpauschale festhielt und die GKV-Finanzierung zu einem anhaltenden Streit zwischen den Unionsparteien geführt hatte, sahen sich die Vorsitzenden von CDU und CSU gezwungen, nach einem politischen Kompromiss zu suchen. Dieser Kompromiss wurde in einem Spitzengespräch im November 2004 festgezurrt und auf dem Düsseldorfer Parteitag der CDU im Dezember 2004 verabschiedet (CDU 2004). Er sah vor, Kopfpauschale und einkommensbezogene Beiträge der Arbeitgeber künftig miteinander zu verknüpfen. Wenig später wurden die Eckpunkte dieses Beschlusses in das gemeinsame Programm von CDU und CSU für die Bundestagswahl 2005 aufgenommen (CDU/CSU 2005).[3]

Dabei zeigt die Längsschnittbetrachtung, dass sich die Konzepte zur GKV-Finanzierung in der jüngeren Vergangenheit erheblich gewandelt haben. Mit dem erwähnten Beschluss des Leipziger Parteitags 2003 hatte die CDU das Modell einer Kopfpauschale in den Rang einer sozialpolitischen Kernforderung erhoben. Dieser Beschluss war innerhalb und außerhalb der Partei als tiefer Einschnitt in der sozialpolitischen Orientierung und als Ausdruck einer zunehmend an neoliberalen Konzepten ausgerichteten Politik wahrgenommen worden. Seither hat die CDU diese Forderung bewusst nicht mehr in den Vordergrund gestellt und war offenkundig bemüht, sie vergessen zu machen. Allerdings hat sie, wenn auch nicht mehr unter diesem Begriff, in der Großen Koalition das Ziel eines einkommensunabhängigen Krankenversicherungsbeitrags weiter verfolgt, und die in der Gesundheitsreform 2007 vereinbarte Konstruktion des Gesundheitsfonds hält in der Tat den Weg für beide Modelle, die Kopfpauschale und die Bürgerversicherung, offen. Die allerdings auffallende öffentliche Zurückhaltung bei der Behandlung

des Themas „Kopfpauschale/Gesundheitsprämie“ war die Konsequenz aus dem als enttäuschend empfundenen Ergebnis bei der Bundestagswahl 2005, für das in erster Linie die verstärkt neoliberale Ausrichtung in der Wirtschafts- und Sozialpolitik verantwortlich gemacht wurde.[4] Auch im gemeinsamen Programm von CDU und CSU zur Bundestagswahl 2009 wurde die Kopfpauschale bzw. die Gesundheitsprämie mit keinem Wort erwähnt. Offenkundig war die Partei bestrebt, das Thema „Kopfpauschale“ unter der Decke zu halten und nicht mit diesem Begriff identifiziert zu werden. die Parteidokumente sprechen sich allgemein lediglich dafür aus, die Lohnkosten von den Krankenversicherungskosten zu entkoppeln. Allerdings nahm die CDU die Forderung nach einer Kopfpauschale auch nicht wieder zurück.. Die CSU hatte sich ohnehin von Anfang an gegen eine Kopfpauschale ausgesprochen.

Einen ganz anderen Verlauf nahm die programmatische Entwicklung bei der FDP. Nach ihrem Gang in die Opposition plädierte sie für die Privatisierung der Krankenkassen und eine Privatisierung des Krankenversicherungsschutzes, der sozial abgefedert werden soll. Im Beschluss des Dresdner Bundesparteitags der FDP heißt es: „Die FDP sieht in der Privatisierung des gesamten Krankenversicherungssystems, die sozial flankiert werden muss, den besten Garanten dafür, dass die Herausforderungen an ein zukunftsfestes Gesundheitssystem erfolgreich bewältigt werden können.“ (FDP 2004) Das Wahlprogramm 2005 konkretisiert dieses Vorhaben folgendermaßen: „Jeder Bürger ist verpflichtet, einen Mindestumfang an Leistungen, die sogenannten Regelleistungen, für den Krankheitsfall abzusichern. Der Verpflichtung sich zu versichern, kann er dabei bei einem Versicherer seiner Wahl nachkommen. Er ist frei darin, seinen Versicherungsschutz so zu gestalten, wie es seinen Bedürfnissen entspricht, also z. B. mit einem hohen oder niedrigen Selbstbehalt, mit unterschiedlichen Selbstbeteiligungen, mit einem sehr unfangreichen Leistungskatalog, mit einer vollständig freien Arztwahl oder der Akzeptanz bestimmter Einschränkungen.“ (FDP 2005: 10) Das Modell einer Kopfpauschale hatte sie seit seiner Einführung in die politische Diskussion stets abgelehnt (z.B. FDP 2004). Noch im Programm der FDP zur Bundestagswahl 2009 hieß es: „Weder die so genannte Bürgerversicherung noch die Gesundheitsprämie sind in der Lage, die (…) Probleme in den Griff zu bekommen“ (FDP 2009: 18; sehr ähnlich z.B. auch: FDP 2004). Auch im Programm zur Bundestagswahl 2009 trat sie für die generelle Einführung einer privaten Krankenversicherung auf der Grundlage des Kapitaldeckungsverfahrens sowie für eine staatliche Unterstützung finanziell überforderter Personen ein und erwähnte das Konzept einer Kopfpauschale mit keinem Wort (FDP 2009: 18).

Angesichts des Eintritts in die Bundesregierung – und gerade angesichts der Übernahme des Bundesgesundheitsministeriums – konnte eine solche Position kaum Richtschnur des politischen Tageshandelns für die FDP bleiben, denn bei der generellen Privatisierung der Krankenversicherung und der Einführung des Kapitaldeckungsverfahrens handelte es sich um eine kurz- und auch mittelfristig politisch nicht durchsetzbare Forderung, nicht zuletzt auch deshalb, weil eine Privatisierung der Krankenkassen selbst innerhalb der Regierungskoalition wohl kaum mehrheitsfähig wäre. Vor diesem Hintergrund machten sich die Liberalen beim Regierungsantritt die Forderung nach einer Kopfpauschale zu Eigen und sich zugleich zu ihren stärksten Verfechtern, denn mit ihr würde sich das gesundheitspolitische Kernziel, die Lohnkosten von den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu entkoppeln, am ehesten realisieren lassen. Der bedeutendste Unterschied zwischen dem Grundkonzept der Kopfpauschale und einer privaten Krankenversicherung besteht in der Prämienkalkulation: In der privaten Krankenversicherung ist die Höhe der Versicherungsprämie abhängig vom individuellen Krankheitsrisiko und dem Eintrittsalter in die Versicherung, das Kopfpauschalenmodell sieht eine solche ‚risikoäquivalente' Beitragskalkulation nicht vor. Wie der Name bereits sagt, soll der Beitrag für alle Versicherten einheitlich sein. Darüber hinaus folgt eine private Krankenversicherung dem Kapitaldeckungsverfahren, während bei einer Kopfpauschale grundsätzlich auch ein Umlageverfahren möglich ist. Betrachtet man das neuerdings so vehemente Eintreten der FDP für eine Kopfpauschale vor dem Hintergrund ihrer gesundheitspolitischen Grundkonzeptionen, so liegt die Vermutung nahe, dass sie sich damit lediglich pragmatisch den Realitäten fügte. Das Kernziel einer generellen Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist weiterhin geltende Beschlusslage der FDP.

Nach der Bundestagswahl 2009 wurde die Einführung einer Kopfpauschale bekanntlich zum zentralen gesundheitspolitischen Reformvorhaben der schwarz-gelben Koalition. Dabei traten Verschiebungen in den Parteipositionen zu Tage. Die FDP machte sich nun – wie erwähnt – zur stärksten Verfechterin einer Kopfpauschale. Die CSU hingegen blieb bei der Ablehnung einer Kopfpauschale und führte darüber mit der FDP bis zum Sommer 2010 einen heftigen und zum Teil auch öffentlich ausgetragenen Streit. Auf Seiten der CSU waren es vor allem Seehofer und der bayerische Gesundheitsminister Söder, die sich für ein Festhalten am System der Beitragsfinanzierung stark machten. Die CDU-Führung hielt sich in dieser Frage insgesamt eher ‚bedeckt', wenngleich sich einzelne Spitzenpolitiker – insbesondere auch führende Gesundheitspolitiker – in

Interviews eindeutig als Anhänger des Gesundheitsprämienmodells zu erkennen gaben.[5] Lediglich einzelne Interessengruppen aus der Union meldeten sich zu Wort: Aus den Kreisen der christlichen Arbeitnehmerschaft kamen ablehnende, aus den Kreisen des CDU-Wirtschaftsrats unterstützende Stimmen. Insgesamt trug die CDU wiederum dieses Konzept mit, ohne es mit einer größeren Leidenschaft zu verfechten.

Der Vergleich von Wahlprogrammatik von CDU/CSU und FDP und politischer Praxis der schwarz-gelben Koalition offenbart einen fundamentalen Widerspruch: Obwohl das Regierungsprogramm der Union die Kopfpauschale bzw. Gesundheitsprämie mit keinem Wort erwähnte und das der FDP sie ausdrücklich ablehnte, wurde sie – in Gestalt eines ausgebauten Zusatzbetrags – zum zentralen gesundheitspolitischen Reformvorhaben der schwarz-gelben Koalition.

2. *Heterogenität von Kopfpauschalenmodellen*

In der deutschen Reformdebatte sind mittlerweile zahlreiche Modellvarianten für eine Kopfpauschale vorgelegt worden, die sich in wichtigen Ausgestaltungsmerkmalen zum Teil deutlich unterscheiden (z.B. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002: 285ff.; Knappe/Arnold 2002; Kommission „Soziale Sicherheit“ 2003: 16ff.; Rürup-Kommission 2003: 161ff.; CDU 2003: 20ff.; CDU/CSU 2005: 25ff.). Die Unterschiede betreffen v.a. die Höhe der Kopfpauschale selbst, den Umfang des Leistungskatalogs, den Umfang der steuerlichen Subventionen für Bezieher geringer Einkommen, die Verwendung des Arbeitgeberanteils, die Berücksichtigung anderer Einkommensbestandteile bei der Beitragsbemessung, die Finanzierung für Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten, die Rolle der PKV im Krankenversicherungssystem und die Modalitäten des Übergangs zum neuen Modell. Die nachfolgende Übersicht 1 gibt einen Überblick über die von der Herzog-Kommission und der CDU 2003 und 2004 entwickelten Modelle, zwischen denen z.T. bereits erhebliche Unterschiede existieren.

Übersicht 1
Modelle für eine Kopfpauschale

Merkmale	Herzog-Kommission	CDU 2003 (Leipziger Parteitag)	CDU 2004 (Düsseldorfer Parteitag) [6]
Versicherte in der GKV	Status quo	Status quo	Status quo
Mitversicherte	Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten	Kinder (Überweisung von 90 € je Kind durch die Kindergeldstelle)	Kinder (Finanzierung aus Steuermitteln, übergangsweise auch aus Arbeitgeberbeiträgen)
Leistungsumfang	wie GKV, dabei mehr Wahlfreiheiten: Standardschutz (nicht näher definiert), zusätzliche Leistungen oder Selbstbehalt bei reduziertem Beitrag	wie GKV, dabei mehr Wahlfreiheiten: Standardschutz (nicht näher definiert), zusätzliche Leistungen oder Selbstbehalt bei reduziertem Beitrag	Spitzenmedizin für alle (nicht näher definiert)
Prämienhöhe für Erwachsene	rd. 264 € (ab 2013)	180 € + 20 € Vorsorgebeitrag für Altersreserven	max. 109 €
Arbeitgeberanteil	Deckelung bei 6,5 % der Bruttolohn- und -gehaltssumme; davon 5,4 % steuerfreie Auszahlung an die Arbeitnehmer und 1,1 % zur Finanzierung des Krankengeldes (Versicherungspflicht)	Deckelung bei 6,5 % der Bruttolohn- und -gehaltssumme; Auszahlung an die Arbeitnehmer und Versteuerung	Deckelung bei 6,5 % der Bruttolohn- und -gehaltssumme; keine Auszahlung
Belastungsgrenze, staatlicher Zuschuss	Keine Aussage	15 % des Haushaltseinkommens	7 % des Einkommens für Erwachsene (bei persönlicher Prämie)
Risikostrukturausgleich	Keine Aussage; Prüfung der Ausgestaltung nach erfolgter Umstellung auf ein Prämienmodell	keine Aussage; Prüfung der Ausgestaltung nach erfolgter Umstellung auf ein Prämienmodell	entfällt, Krankenkassen erhalten pauschalen Betrag je Versicherten aus Sondervermögen (finanziert durch Arbeitgeberbeitrag und Steuermitteln)
Absicherung der Altersrisiken	Übergang zur Kapitaldeckung (Dauer: rd. 10 Jahre)	Kapitaldeckung, finanziert durch Vorsorgebeitrag; Individualisierung der Altersrückstellung	Aktuell: Umlage; Einführung kapitalgedeckter Vorsorgelemente in einem nächsten Schritt möglich
Geschäftsfelder der PKV	Vollversicherung: Status quo; Zusatzversicherung (einschließlich Zahnbehandlung)	Vollversicherung: Status quo; Zusatzversicherung	Vollversicherung: Status quo; Zusatzversicherung
Arbeitnehmerbeitrag	Bemessungsgrundlage für Arbeitnehmerbeitrag (bis zur Umstellung auf das Prämienmodell): alle Einkunftsarten; Absicherung der Zahnbehandlung durch Pauschalprämie (Gesamtumfang: 0,9 %-Punkte)	Prämie: s.o.	Prämie: s.o.

Quelle: eigene Darstellung.

Die Einführung einer Kopfpauschale wird insbesondere auch damit begründet, dass mit ihr die Arbeitgeber entlastet werden könnten. Die einschlägigen Argumente sind bekannt: Der technische Fortschritt und der demographische Wandel würden zu weiter steigenden Ausgaben für die medizinische Versorgung führen; dies sei aber nicht finanzierbar, wenn die Beiträge über die Arbeitgeberbeteiligung am GKV-Beitragssatz finanziert werden, weil steigende Gesundheitsausgaben dann zu höheren Lohnkosten führten, die angesichts des harten internationalen Standortwettbewerbs unweigerlich Arbeitsplatzverluste nach sich ziehen würden (siehe dazu den Beitrag von Holst in diesem Band).

Schließlich, so machen die Vertreter einer Kopfpauschale geltend, sei ihr Modell sozial gerechter als die einkommensbezogene Beitragsfinanzierung. Zum einen gewährleiste der Zuschuss für Haushalte mit geringem Einkommen, dass niemand mit der Zahlung der Kopfpauschale finanziell überfordert werde; zum anderen trage die Steuerfinanzierung dieses Sozialausgleichs dazu bei, dass Besserverdienende überproportional herangezogen würden und erstmals auch privat Krankenversicherte sich an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherten beteiligen müssten.

3. Variationen der Kopfpauschale: CDU-Konzepte und GKV-Finanzierungsgesetz

Das 2003 von der CDU beschlossene Modell lehnt sich stark an das kurz zuvor von der Herzog-Kommission vorgelegte Konzept an. Dem Leipziger Beschluss zufolge strebt die Union ein einkommensunabhängiges, kapitalgedecktes Finanzierungsmodell an. Der Übergang zur Kapitaldeckung soll schrittweise erfolgen. Die Union kalkuliert mit einer Kopfpauschale von 180 € zuzüglich weiteren 20 € je Versichertem, die als Vorsorgebeitrag für den Aufbau von Altersrückstellungen verwendet werden sollen. Diese Pauschale sollen auch nicht erwerbstätige Ehegatten entrichten. Aus diesen Mitteln könne der bisherige Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen einschließlich Zahnbehandlung und Krankengeld finanziert werden. Der bisherige Arbeitgeberbeitrag soll an die Arbeitnehmer ausbezahlt und von diesen versteuert werden. Dabei soll der Arbeitgeberanteil bei 6,5 % der Bruttolohn- und -gehaltssumme eingefroren werden. Kinder sind beitragsfrei mitversichert; ihre Krankversorgung soll aus Steuermitteln, nämlich durch einen von der Kindergeldstelle zur Verfügung zu stellenden Betrag von 90 € je Kind, finanziert werden. Die Gesamtbelastung eines Haushalts soll 15 % des Haushaltseinkommens nicht übersteigen. Für Personen, die diesen

Schwellenwert überschreiten, ist ein steuerfinanzierter Sozialausgleich vorgesehen. Dem Beschluss zufolge reichen die zusätzlichen Steuern, die die Arbeitnehmer auf den ihnen auszuzahlenden Arbeitgeberbeitrag entrichten müssen, um die Krankenversorgung der Kinder zu finanzieren. Die zusätzlich erforderlichen Mittel für den Sozialausgleich sollen aus Steuermitteln bereitgestellt werden. Die Trennungslinien zwischen GKV und PKV sollen aufrechterhalten werden.

Das 2004 gemeinsam von CDU und CSU beschlossene Modell sieht ein Mischsystem aus einer Kopfpauschale („persönliche Prämie") und Arbeitgeberbeiträgen vor. Die persönliche Prämie soll für Erwachsene maximal 109 € betragen und dabei nicht mehr als 7 % des Einkommens ausmachen. Bezieht ein Versicherter ein Einkommen in Höhe von 1.000 Euro, beläuft sich seine individuelle Prämie also auf 70 Euro. Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Ihre Krankenversorgung soll aus Steuermitteln und überbrückungsweise auch durch die Arbeitgeberbeiträge finanziert werden. Zur Finanzierung sollte der Spitzensteuersatz von 42 auf 39 Prozent und nicht, wie ursprünglich geplant, auf 36 Prozent reduziert werden. Die Arbeitgeberbeiträge und die Steuermittel fließen in ein Sondervermögen. Aus ihm wird zum einen der Zuschuss für diejenigen Versicherten, deren persönliche Prämie 7 Prozent ihres Einkommens übersteigt, finanziert, zum anderen erhalten aus ihm die Krankenkassen – unabhängig vom Einkommen, Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten – einen pauschalen Betrag in Höhe ihrer jeweiligen Durchschnittskosten je Versicherten. Der Risikostrukturausgleich soll künftig entfallen. Auch nach diesem Modell soll die Trennung von GKV und PKV gemäß den bisherigen Kriterien fortbestehen.

Die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2010 als Zusatzbeitrag eingeführte Kopfpauschale unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von den 2003 und 2004 von der Union vorgesehenen Modellen. Da die Kopfpauschale im GKV-Finanzierungsgesetz zunächst als Komponente im Rahmen eines Mischmodells konzipiert ist, weist es insgesamt größere Ähnlichkeiten mit dem CDU/CSU Kompromiss des Jahres 2004 auf. Folgende konzeptionelle Unterschiede zwischen dem Finanzierungsmodell des GKV-Finanzierungsgesetzes sollen hier hervorgehoben werden:

– Im GKV-Finanzierungsgesetz nimmt die Kopfpauschale einen deutlich geringeren Stellenwert ein als in den seinerzeit beschlossenen Modellen. Während das Leipziger Modell der CDU ganz auf eine Kopfpauschale setzt, will das gemeinsame Konzept von CDU und CSU eine Kopfpauschale mit lohnbezogenen Arbeitgeberbeiträgen verknüpfen. Allerdings beinhaltet das GKV-Finanzierungsgesetz einen Automatis-

mus, der das Gewicht des Zusatzbeitrags bei der GKV-Finanzierung steigen lassen wird, weil eine sehr wahrscheinliche Differenz zwischen dem Ausgabenzuwachs und den Einnahmen des Gesundheitsfonds eben über eine Anhebung des Zusatzbeitrags gedeckt werden muss. Dies ist ordnungspolitisch auch beabsichtigt, weil zum einen auf diesem Wege eine Privatisierung der Kosten erreicht werden kann und zum anderen der Zusatzbeitrag noch eindeutiger die ihm zugedachte Funktion eines Preissignals für den Kassenwettbewerb erhalten kann.

– Die Aufbringung der Mittel erfolgt nach dem Umlageverfahren, nicht nach dem Kapitaldeckungsverfahren. Hier folgt das GKV-Finanzierungsgesetz dem Beschluss des Düsseldorfer Parteitags. Eine Einführung des Kapitaldeckungsverfahrens erweist sich als ein schwieriges Unterfangen, weil jüngere Jahrgänge eine Doppelbelastung tragen müssen, nämlich die Versorgung der älteren Generation im Rahmen des Umlageverfahrens finanzieren und zugleich für die späteren individuellen Belastungen im Alter vorsorgen zu müssen. Dies wäre ohne umfangreiche staatliche Zuschüsse nicht zu bewältigen.
– Die Durchführung des „Sozialausgleichs“ erfolgt im GKV-Finanzierungsgesetz über den Arbeitgeber, nicht unter Einbeziehung der Finanzämter. Dies ist ein Zugeständnis an die nach der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen geschaffenen parlamentarischen Mehrheitsverhältnisse. Die eigentlich favorisierte Durchführung des Finanztransfers über die Finanzämter hätte – weil damit die Verwaltungspraxis der Länder berührt worden wäre – einer Zustimmung des Bundesrats bedurft, die aber wegen des Verlusts der dortigen schwarz-gelben Mehrheit im Mai 2010 nicht mehr zu erwarten war. Es ist davon auszugehen, dass die schwarz-gelbe Koalition bei gegebenen Mehrheitsverhältnissen einer Abwicklung des Finanztransfers über die Finanzämter der Länder den Vorzug geben würde.
– Die Finanzierungsreform des Jahres 2010 hält an dem um Morbiditätskriterien erweiterten Risikostrukturausgleich fest und unterscheidet sich insofern grundlegend von den vorangegangenen Konzepten, die diesbezüglich entweder sehr vage ausfallen (Leipziger Parteitag) oder einen Risikostrukturausgleich sogar für überflüssig halten (Düsseldorfer Parteitag).

Darüber hinaus ändern sich mit der Debatte um das GKV-Finanzierungsgesetz im Vergleich zu den Anfangsjahren auch die Legitimitationsfiguren zur Einführung einer Kopfpauschale. Nahm die Begründung anfangs fast ausschließlich Bezug auf die als notwendig beschriebene Entkoppelung der Arbeitgeberbeiträge von der Ausgabenentwicklung in der GKV, die häufig noch verknüpft wurde mit der Forderung nach

einer Umstellung auf das Kapitaldeckungsverfahren, so sind in der jüngeren Diskussion zu dieser nach wie vor zentralen Argumentationsfigur weitere Argumente hinzugekommen. Zum einen handelt es sich dabei um die Behauptung vermeintlich solidaritätsstärkender Wirkungen der Kopfpauschale. In der älteren Debatte wurde zwar auch darauf hingewiesen, dass bei einer Kopfpauschale der Minderbelastung für Besserverdienende deren Mehrbelastung bei der Aufbringung der steuerfinanzierten Zuschüsse für Geringverdiener gegenüberstehe, jedoch verstiegen sich seinerzeit die Verfechter einer Kopfpauschale anders als in der jüngeren Debatte nicht auf die Behauptung, die Verteilungswirkungen einer Kopfpauschale in Verbindung mit einem steuerfinanziertem Zuschuss für Geringverdiener sei sozial gerechter als die der einkommensbezogenen Beitragsfinanzierung. Die starke Betonung dieses Aspekts ist vermutlich eine Reaktion auf die in der Bevölkerung weit verbreitete Ablehnung dieses Konzepts. Allerdings haben die Befürworter einer Kopfpauschale diese Behauptung solidaritätsstärkender Umverteilungswirkungen bisher nicht mit konkreten Zahlen belegt. Zum anderen taucht neu in der Diskussion das Argument auf, dass der Kopfpauschale eine entscheidende ordnungspolitische Funktion als Preissignal für den Kassenwettbewerb zukomme. Auch dieser Gesichtspunkt spielte in der Vergangenheit nur eine untergeordnete Rolle.

4. Wirkungen einer Kopfpauschale

4.1 Verteilungswirkungen der Kopfpauschale

Die Regierungskoalition wird nicht müde zu betonen, dass die Einführung einer Kopfpauschale mehr soziale Gerechtigkeit schaffe als die Regelungen zur einkommensbezogenen Beitragsfinanzierung. Durch die Tatsachen ist diese Aussage allerdings nicht gedeckt. Die Einführung einer Kopfpauschale hat zur Folge, dass alle Versicherten unabhängig von ihrem Einkommen mit einem gleich hohen Versichertenbetrag belastet werden. Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen werden dadurch überproportional belastet, Bezieher höherer Einkommen erheblich entlastet. Darin liegt durchgängig die direkte Verteilungswirkung einer Kopfpauschale, gleich, ob sie als alleiniger Finanzierungsmodus wirkt oder im Rahmen einer Mischfinanzierung eingeführt wird. Eine Mischfinanzierung im Rahmen einkommensabhängiger Beiträge schwächt diese Wirkung zwar ab, beseitigt sie aber nicht.

Durch die im GKV-Finanzierungsgesetz getroffenen Regelungen wird der degressive Charakter der GKV-Finanzierung weiter verschärft. Der in seiner absoluten Höhe nun unbegrenzte Zusatzbeitrag – bei gleichzeitiger Deckelung der individuellen Belastung durch den durchschnittlichen Zu-

satzbeitrags bei zwei Prozent des Bruttoeinkommens – führt dazu, dass die Bezieher kleiner Einkommen überproportional belastet werden (siehe z.B. auch Reiners 2009). Das Bundesversicherungsamt geht in einer Prognose davon aus, dass im Jahr 2014 ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag in Höhe von höchstens 16 Euro je Versicherten und Monat notwendig sein wird (CDU, CSU, FDP 2010: 3). Geht man von diesem Wert aus, so entrichten Versicherte mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von bis zu 800 Euro einen Beitragssatz von 10,2 Prozent, bei 2.000 Euro 9,0 Prozent und bei einem Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze des Jahres 2011 (3.712,50 Euro) 8,6 Prozent. Bei Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze geht der Beitragssatz noch einmal deutlich zurück und beträgt z.B. bei einem Einkommen von 8.000 Euro nur noch 4,0 Prozent (Tabelle 1). Steigt der Zusatzbeitrag an (im Beispiel der Tabelle 1 auf 40 Euro), so flacht sich unter den Pflichtversicherten die Degression zwar ab, gleichzeitig steigt ceteris paribus aber der Bedarf an staatlichen Zuschüssen und verlagert sich die gesamte Finanzierungslast auf die Gemeinschaft der krankenversicherten, weil eben nur sie den Zusatzbeitrag aufbringen müssen.

Wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitrag über dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag liegt, können die finanziellen Folgen für viele Versicherte noch gravierender sein als aus Tabelle 1 hervorgeht. Da die Kasse von den Versicherten eine Zusatzpauschale in unbegrenzter Höhe erheben kann, aber der Sozialausgleich nur nach dem vom Bundesversicherungsamt (BVA) jährlich prognostizierten durchschnittlichen Zusatzbeitrag bemessen wird, gleicht er eine kassenindividuell höhere Belastung nicht aus.

Tabelle 1
Belastung der Versicherten bei einem Zusatzbeitrag in Höhe von 16 Euro

Prozentuale Belastung für Arbeitnehmer bei einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag in Höhe von monatlich … Euro[1]			
Bruttoarbeitseinkommen (in Euro)	0 Euro	16 Euro	40 Euro
800,00	8,2	10,2	10,2
1.000,00	8,2	9,8	10,2
2.000,00	8,2	9,0	10,2
3.000,00	8,2	8,7	9,5
3.712,50	8,2	8,6	9,3
4.000,00	7,6	8,1	8,6
6.000,00	5,1	5,4	5,7
8.000,00	3,8	4,0	4,3

[1] In Spalte 3 (Beispiel: 16 Euro) ist ein Sozialausgleich nicht erforderlich. Die Berechnung in Spalte 4 (Beispiel: 40 Euro) bezieht sich auf die Belastung nach erfolgtem Sozialausgleich.

Quelle: Eigene Darstellung

Beim Rechenbeispiel mit einem Zusatzbeitrag von 40 Euro ist zu beachten, dass die prozentuale Belastung mit GKV-Beiträgen die reale Belastung nach erfolgter Reduzierung der Belastung mit dem Durchschnittsbeitrag auf zwei Prozent des Bruttoeinkommens handelt. Auch hier wird die degressive Wirkung der Kopfpauschale deutlich: Bei Beziehern höherer Einkommen fällt die Belastung mit Krankenversicherungsbeiträgen in der Tendenz geringer aus. Angesichts der Konstruktion dieses Finanzierungssystems ist die Bezeichnung des steuerfinanzierten Zuschusses zur Begrenzung der Durchschnittsbelastung als „Sozialausgleich" unzutreffend, denn die relativ höhere Belastung für niedrigere Einkommen wird nicht wirklich ausgeglichen, sondern nur abgefedert. An der im Kern überproportionalen Belastung unterer und mittlerer Einkommen durch den Zusatzbeitrag ändern sie nichts.

Auch die früheren Modelle der Union bringen degressive Wirkungen mit sich, wenngleich diese wegen ihrer jeweiligen Finanzkonstruktion unterschiedlich ausfallen. Der Beschluss des Leipziger CDU-Parteitags im Jahr 2003 (insgesamt 200 Euro, jedoch nicht mehr als 15 Prozent des Haushaltseinkommens), bedeutet, dass für Singles die Degression der Belastung mit der Kopfpauschale bei einem Einkommen von 1.333 Euro einsetzt. Beim CDU/CSU-Modell aus dem Jahr 2004 (max. 109 Euro, jedoch nicht mehr als 7 Prozent des Bruttoeinkommens) setzt die degressive Belastung bei einem Einkommen von 1.557 Euro pro Monat ein. Oberhalb dieses Einkommensniveaus fällt die Degression der Gesamtbelastung für die Versicherten hier allerdings nicht so stark aus wie beim Leipziger Modell, weil das CDU/CSU-Modell von einem zwar anteilig gedeckelten, aber weiterhin am nominalen Ausgabenzuwachs der GKV-Ausgaben beeiligen – weil nicht ab einem bestimmten Zeitpunkt an die Arbeitnehmer ausgezahlten – Arbeitgeberbeitrag ausgeht.

Bereits im System der einkommensbezogenen Beitragsfinanzierung wird der Solidarcharakter dieses Finanzierungssystem durch die Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze eingeschränkt, denn sie führt dazu, dass für Personen mit einem Einkommen oberhalb dieser Grenze die relative finanzielle Belastung durch GKV-Beiträge mit steigendem Einkommen sinkt.[7] Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist im internationalen Vergleich der Gesundheitssysteme durch eine besonders ausgeprägte degressive Finanzierung gekennzeichnet (Wendt 2009: 149ff.). Dies liegt vor allem an der Existenz der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV[8], die ihrerseits vor allem eine Folge der

Koexistenz von GKV und PKV ist. Im Unterschied zur bisherigen Beitragsfinanzierung hat die Einführung einer kleinen Kopfpauschale zur Folge, dass die Degression der Beitragsbelastung nicht mehr nur ausschließlich die gesetzlich Versicherten mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze betrifft, sondern sich künftig auch auf die Versicherten mit einem geringeren Einkommen und damit auf alle Pflichtversicherten erstreckt. Zudem ist davon auszugehen, dass sich die Degression der Beitragsbelastung künftig weiter verstärken wird, weil die GKV-Ausgaben vermutlich stärker steigen werden als die Grundlohnsumme und die damit – bei eingefrorenen Beitragssätzen und eingefrorenem Steuerzuschuss – entstehenden Defizite der Krankenkassen durch einen steigenden Zusatzbeitrag gedeckt werden müssen.

Dass eine Kopfpauschale sozial gerechter sei als die einkommensbezogene Beitragsfinanzierung wird damit begründet, dass Besserverdiende stärker an der Aufbringung der steuerfinanzierten Subventionen beteiligt seien. Allerdings wird die Belastung Besserverdienender über die Steuerfinanzierung bei weitem nicht so stark ausfallen, wie die Regierung glauben machen will. Ein erheblicher Teil des gesamten Steueraufkommens besteht aus Verbrauchssteuern, bei denen der Steuersatz für alle Personen – unabhängig vom Einkommen – gleich hoch ist. Zu einem relevanten Teil finanzieren die Leistungsempfänger den Steuerzuschuss also selbst. Die Belastung Besserverdienender über die Finanzierung des Steuerzuschusses wird deren Entlastung bei der Aufbringung der Krankenversicherungsbeiträge nicht ausgleichen. Es spricht nichts dafür, dass steuerfinanzierte Subventionen den primären Umverteilungseffekt einer Kopfpauschale kompensieren werden.

Darüber hinaus sind erhebliche Zweifel an der Stabilität und Nachhaltigkeit staatlicher Transferzahlungen anzumelden, gerade vor dem Hintergrund künftig steigender Zusatzbeiträge und damit eines steigendes Subventionsbedarfs.[9] Denn die makroökonomischen Rahmenbedingungen und Vorgaben setzen deutlich restriktive Vorzeichen für die künftige Entwicklung der Staatsausgaben. Nicht nur dass die Verschuldung der öffentlichen Haushalte bereits außerordentlich hoch ist, auch die Vorgaben der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion, die Verankerung einer Schuldenbremse im Grundgesetz, das Festhalten an Steuersenkungsplänen durch die Koalition in Verbindung mit eher mäßigen Wachstumsperspektiven setzen der Ausweitung eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs ganz offenkundig enge Grenzen. Grundsätzlich werden mit dem neuen Finanzierungsmodell die staatlichen Transferzahlungen abhängig vom politischen Willen der jeweiligen Regierung.

Schließlich entstünden mit einer Kopfpauschale neue Gerechtigkeitslücken. Verlierer dieses Finanzierungsmodells würden nicht nur Geringverdiener, sondern auch Bezieher mittlerer Einkommen sein, insbesondere jene Gruppen, deren Einkommen geringfügig oberhalb der Subventionsgrenze liegt. Denn alle Versicherten, die keine Subvention erhalten, zahlen netto die gleiche Prämie, und zwar unabhängig von ihrem Einkommen. Eine Kopfpauschale würde die degressive Belastung der Versicherten mit Krankenversicherungskosten somit noch weit über das im aktuellen Beitragssystem anzutreffende Maß hinaus verstärken.

Darüber hinaus beinhaltet das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags einen Abschied vom Grundsatz der paritätischen Finanzierung, der bereits 2005 mit der erwähnten Einführung des Sonderbeitrags aufgeweicht worden war. Während die Arbeitgeber bisher automatisch an den steigenden Kosten der Krankenversorgung beteiligt wurden, müsste die zumindest mittelfristig wachsende Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben in der GKV über die Erhöhung des Zusatzbeitrags allein von den Versicherten geschlossen werden.

4.2 Preissignal für den Wettbewerb

Der Kopfpauschale wird in den einschlägigen Konzepten auch eine wichtige ordnungspolitische Funktion zugeschrieben: Ihre Höhe soll als Parameter im Kassenwettbewerb dienen und den Versicherten einen eindeutigen Kostenvergleich zwischen den Krankenkassen ermöglichen, weil sie eine Auskunft über die absolute Höhe des Versicherungsbeitrags beinhaltet. Da demgegenüber der Beitragssatz zu je nach Einkommen unterschiedlichen absoluten Belastungen führt, gehe von der Kopfpauschale ein eindeutigeres Preissignal aus. Die jüngeren Erfahrungen mit der Einführung von Zusatzbeiträgen sprechen in der Tat dafür, dass eine solche Wirkung eintritt. So haben jene Krankenkassen, die seit 2009 einen Zusatzbeitrag eingeführt haben, zum Teil erhebliche Mitgliederverluste zu verzeichnen (z.B. die DAK).

Ganz unabhängig von der Signalfunktion von Preisen und Beitragssätzen ist mitnichten gewährleistet, dass diese Parameter Auskunft über die reale Leistungsfähigkeit bzw. Effizienz von Krankenkassen geben. Die pauschale Bemessung des Zusatzbeitrags soll als eindeutig identifizierbares Preissignal wirken und damit den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verstärken. Jedoch wird realiter die Finanzlage der Krankenkassen stark von der Zusammensetzung der jeweiligen Versichertengemeinschaft beeinflusst wird, denn der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen weist trotz der 1999 vorgenommenen Erweiterung

des Risikostrukturausgleichs um Morbiditätsmerkmale („Morbi-RSA“) nach wie vor starke Verzerrungen auf. Der Morbi-RSA ist auf 80 Krankheiten beschränkt worden, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je GKV-Versicherten um mindestens 50 Prozent höher sind als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Leistungen aller Versicherten. Dieser Morbiditätsausgleich erfasst jedoch nur einen Teil der Krankheiten mit überdurchschnittlich hohen Behandlungskosten, denn die Kostenhomogenität unter den Versicherten ist vergleichsweise gering: So leidet ein nicht geringer Teil der Versicherten an einer der 80 Krankheiten und unterschreitet (dennoch) den Schwellenwert von um mindestens 50 Prozent erhöhten Kosten bzw. leidet an keiner der 80 Krankheiten und überschreitet (dennoch) den Schwellenwert (Wissenschaftlicher Beirat 2007). Nach wie vor werden Kassen mit schlechterer Risikostruktur einen Wettbewerbsnachteil haben und daher gezwungen sein, einen höheren Zusatzbeitrag zu erheben als andere. Die Preisunterschiede zwischen den Krankenkassen werden also zu einem wesentlichen Teil durch nicht ausgeglichene Unterschiede in ihrer Risikostruktur hervorgerufen. Daher ist der Zusatzbeitrag als kleine Kopfpauschale auch kein zuverlässiger Indikator für die Leistungsfähigkeit und Effizienz einer Krankenkasse. Überdies wird aus diesem Grund auch die Risikoselektion von gesunden Versicherten weiterhin zur Wettbewerbsstrategie der Krankenkassen gehören. Dies wurde im Mai 2011 deutlich, als viele Versicherte der insolventen City BKK die Erfahrung machen mussten, dass zahlreiche Krankenkassen sie bei der Suche nach einer neuen Krankenversicherung trotz gesetzlich vorgeschriebenen Kontrahierungszwangs abzuwehren versuchten.[10]

5. *Fazit*

Die Forderung nach einer Kopfpauschale hielt zu Beginn dieses Jahrhunderts Einzug in die gesundheitspolitische Diskussion. Sie wurde vor allem von der wirtschaftswissenschaftlichen bzw. gesundheitsökonomischen Politikberatung getragen. Im parteipolitischen Spektrum war es zunächst nur die CDU, die sich diese Forderung zu Eigen machte. Die Positionen von CDU und FDP zur Finanzierungsreform unterlagen in der jüngeren Vergangenheit einem deutlichen, vermutlich machttaktisch motivierten Wandel. Die CDU tritt seit der Niederlage im Bundestagswahlkampf 2005 nicht mehr offensiv für die Einführung einer Kopfpauschale bzw. Gesundheitsprämie ein, wenngleich sie in ihren Parteitagsbeschlüssen weiterhin daran festhält. Führende Gesundheitspolitiker der FDP hingegen haben diese zuvor stets abgelehnte Forderung erst mit

dem Wechsel von der Oppositions- zur Regierungspartei übernommen. Ihr aktuelles Eintreten für die Umstellung des Finanzierungssystems auf eine Kopfpauschale lässt sich als Versuch deuten, ein pragmatisches Handlungskonzept für den Wechsel in die Regierungsverantwortung zu formulieren, dessen Realisierung einen Zwischenschritt in Richtung auf das eigentliche Ziel, eine langfristig angestrebte generelle Privatisierung des Krankenversicherungssystems, darstellen würde. Die programmatischen Positionen der Regierungsparteien gehen also noch deutlich über den mit dem GKV-Finanzierungsgesetz erreichten Privatisierungsgrad hinaus. Es ist daher davon auszugehen, dass sie, sofern die parlamentarischen Mehrheitsverhältnisse es erlauben, auf dem beschrittenen Weg weitergehen werden.

Die Einführung einer Kopfpauschale trägt nicht zu einer stabilen, nachhaltigen und sozial gerechten Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Vielmehr führt sie zu einer Verschärfung der sozialen Schieflage bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, indem sie künftige Ausgabenüberhänge ausschließlich den Arbeitnehmern auferlegt und innerhalb der Versichertengemeinschaft vor allem die Bezieher geringer und mittlerer Einkommen belastet, während Besserverdienende gleichzeitig in erheblichem Umfang entlastet werden. Die degressive Belastung der Versicherten mit GKV-Beiträgen wird durch die Einführung einer Kopfpauschale auf den Kreis der Pflichtversicherten ausgeweitet. Der so genannte Sozialausgleich verdient diese Bezeichnung nicht, weil er die überproportionale Belastung kleinerer und mittlerer Einkommen nicht beseitigt und die stärkere Beteiligung Besserverdienender an der Aufbringung der steuerfinanzierten Subventionen deren Entlastung durch Einführung einer Kopfpauschale nicht ausgleicht.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld
Email: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

Anmerkungen

1 Allerdings ist zur Finanzierung der Pflegeversicherung das Kapitaldeckungsverfahren als Option nach wie vor höchst aktuell (Koalitionsvertrag 2009). Ein wichtiger Grund dafür liegt darin, dass eine solche Umstellung in der Pflegeversicherung auf nicht so große Schwierigkeiten wie in der Krankenversicherung stößt, weil das Umlageverfahren in der Pflegeversicherung erst seit etwa 15 Jahren in Kraft ist und daher die mit einer Umstellung auf Kapitaldeckung verbundene Doppelbelastung – nämlich für die aktuell Pflegebedürftigen einzustehen und zugleich für die spätere Pflegebedürftigkeit vorzusorgen – nur einen kleineren Teil der Bevölkerung betreffen würde.

2 Die Rürup-Kommission votierte allerdings nicht einmütig für eine Umstellung der GKV-Finanzierung, sondern stellte ein Kopfpauschalen- und ein Bürgerversicherungsmodell nebeneinander.

3 In der CSU hatte sich vor allem der der damalige stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Horst Seehofer, gegen eine Kopfpauschale ausgesprochen. Im Verlauf des Konflikts um die Positionierung der Union für die Bundestagswahl 2005 trat er als stellvertretender Fraktionsvorsitzender zurück.

4 Wirtschaftswoche vom 25.4.2009 und 17.6.2009.

5 Bereits während der Koalitionsverhandlungen hatten sich Ursula von der Leyen, Jens Spahn und Annette Widmann-Mauz als Anhänger des Gesundheitsprämienmodells zu erkennen gegeben (Berliner Zeitung, 30.09.2009: 6). Der Fraktionsvorsitzende der CDU/CSU-Fraktion stellte Ende Februar gegenüber der Presse eindeutig fest: „Wir wollen die Gesundheitsprämie, das haben wir in der Koalitionsvereinbarung festgelegt“ (Volker Kauder, zit. n. Tagesspiegel, 1.03.2010: 4).

6 *Diesem Beschluss ging eine Einigung zwischen CDU und CSU voraus, deren Wortlaut identisch ist mit dem wenig später au dem Düsseldorfer Parteitag gefassten Beschluss.*

7 Freilich handelt es sich dabei nicht um die einzigen Gründe für Gerechtigkeitsdefizite in der GKV-Finanzierung. Von erheblicher Bedeutung sind darüber hinaus die Ausgliederung von Leistungen, die Anhebung von Zuzahlungen sowie die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Versicherung. Sie sollen im Folgenden aber nicht näher betrachtet werden, weil sie für die Frage nach den Wirkungen einer Kopfpauschale nicht relevant sind.

8 Diese Wirkung kommt in Tabelle 1 in Spalte 2 (Zusatzbeitrag: 0 Euro) zum Ausdruck. Die Beitragsbemessungsgrenze ist zum einen Ausdruck einer hohe Einkommen begünstigenden Verteilungspolitik, zum anderen verfolgt sie das Ziel, die Attraktivität der GKV für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze zu erhöhen. Dies freilich hat eine Ungleichbehandlung zwischen Pflichtversicherten und freiwillig versicherten in der GKV zur Folge.

9 So zeigt der Blick in andere Länder, die eine Kopfpauschale anwenden (Niederlande, Schweiz), dass die Zahl der Subventionsempfänger außerordentlich hoch ist. In den Niederlanden sind dies z. B. rund 70 % der Bevölkerung.

10 So schildert der Tagesspiegel derartige Praktiken folgendermaßen: „Versicherte der City BKK beschweren sich (…) darüber, dass viele Kassen versuchen, sie ‚abzuwimmeln‘. So sei ihnen von AOK, Barmer GEK und HEK bedeutet worden,

dass es keine Aufnahmekapazitäten mehr gebe, dass sie Nachteile zu erwarten hätten und sich doch lieber eine Betriebskrankenkasse suchen sollten. Umgekehrt versuchen diese, die vorstellig gewordenen Mitglieder der City BKK gezielt auf andere Kassen zu verteilen. So hätten nach Tagesspiegel-Informationen Mitarbeiter der BKK VBU in Berlin-Kreuzberg den Interessenten nicht nur erzählt, dass ihre Kasse ‚voll' sei. Sie hielten auch gleich die Eintrittsformulare für AOK, Barmer GEK sowie eine kleine BKK im Schwäbischen bereit und boten sich an, beim Ausfüllen zu helfen." (Der Tagesspiegel v. 13.05.2011)

Literatur

CDU (2003): Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands 2003 „Deutschland fair ändern." www.cdu.de/doc/pdfc/deutschlandfairaendern.pdf.

CDU (2004): Beschluss C 33 des 18. Parteitages der CDU Deutschlands: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämienmodell. http://www.cdu.de/doc/pdfc/12_06_04_Beschluss__Duesseldorf_GKV.pdf

CDU/CSU (2005): Regierungsprogramm 2005-2009. Deutschlands Chancen nutzen. Wachstum. Arbeit. Sicherheit, Berlin.

CDU/CSU (2009): Wir haben die Kraft. Regierungsprogramm 2009-2013, verabschiedet in einer gemeinsamen Sitzung des Bundesvorstands der CDU und des Parteivorstandes der CSU, Berlin, 28. Juni 2009.

CDU, CSU, FDP (2010): Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem. Eckpunktepapier vom 06.07.2010, Berlin.

Deutscher Bundestag (2002): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Wolfgang Lohmann et al.: Anhebung der Versicherungspflichtgrenze durch die Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 14/9181 vom 30.05.2002), Berlin.

FDP (2004): Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle – die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative. Beschluss des 55. Ord. Bundesparteitages der FDP, Dresden, 5.–6.06.2004. http://55.parteitag.fdp.de/webcom/show_article.php?wc_c=405&wc_id=7&wc_p=1.

FDP (2005): Arbeit hat Vorfahrt. Deutschlandprogramm 2005.

FDP (2009): Die Mitte stärken. Deutschlandprogramm 2009. Programm der Freien Demokratischen Partei zur Bundestagswahl 2009, beschlossen auf dem Bundesparteitag vom 15.-17. Mai 2009 in Hannover. http://www.deutschlandprogramm.de/webcom/show_article.php/_c-1213/_nr-4/i.html.

Knappe, E.; Arnold, R. (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, Trier: Universität Trier.

CDU; CSU; FDP (2009): Wachstum, Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, Berlin.

Kommission „Soziale Sicherheit" (Herzog-Kommission) (2003): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit" zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. http://www.cdu.de/tagesthema20_09_03_soziale_sicherheit.pdf.

Reiners, H. (2009): Mythen der Gesundheitspolitik, Bern: Verlag Hans Huber.

Rürup-Kommission (Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.

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

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2010): Jahresgutachten 2010/11: Chancen für einen stabilen Aufschwung, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Wendt, C. (2009): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, 2. Aufl., Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Wissenschaftlicher Beirat des Bundesversicherungsamtes (2007): Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, Bonn.