

Eva Walzik

## Reformoptionen zur Weiterentwicklung des Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung

### *1. Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis*

Während der durchschnittliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahre 1970 noch 8,2% betrug, liegt er mittlerweile bei 14%, und weitere Anhebungen sind bereits absehbar. Auch der staatlich verordnete »Beitragssatzstopp« für das Jahr 2003 durch das Beitragssatzsicherungsgesetz wird an dieser Situation nichts ändern. Denn die zu Beginn des Jahres 2002 erfolgte GKV-weite Anhebung der Beitragssätze um 0,4 Prozentpunkte reichte nicht aus, um die weitgehend abgeschmolzenen, gesetzlich jedoch vorgeschriebenen Rücklagen der Krankenkassen aufzufüllen. Die Schere zwischen den Ausgaben mit einer Steigerung von 3,0% je Mitglied im ersten Halbjahr 2002 und dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen von nur 0,7% öffnet sich weiter.

Damit setzt sich ein Trend fort, der seit längerem zu beobachten ist: Seit Mitte der 70er Jahre stiegen die GKV-Leistungsausgaben im Vergleich zu den beitragspflichtigen Einnahmen um 14% (Wille 2001: 36). Ursache für diese Entwicklung ist jedoch nicht – wie zuweilen behauptet wird – eine »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen. Vielmehr ist das Verhältnis zwischen den GKV-Leistungsausgaben und dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) im genannten Zeitraum nahezu konstant geblieben. Nur die Einnahmehasis der GKV nahm deutlich schwächer zu als das BIP, was auf das rückläufige Wirtschaftswachstum seit Anfang der 80er Jahre einerseits sowie auf die zahlreichen staatlichen Eingriffe zu Lasten der GKV andererseits zurückzuführen ist.

Dennoch ist Skepsis angebracht, wenn im Rahmen der Diskussionen um die finanzielle Stabilität der GKV die schlichte Strategie »mehr Geld ins System« im Vordergrund steht. Konkret wird da beispielsweise – insbesondere von Seiten der Leistungserbringer – die Erhöhung der Zuzahlungen der Patienten oder der Einbezug weiterer Einkommensarten, wie Zinsen und Pachten, bei der Bemessung der Versicherungsbeiträge gefordert. Diese Vorschläge zielen häufig lediglich darauf ab, zusätzliches Geld

für Honorarerhöhungen zu schaffen, und zwar möglichst bei Schonung der Arbeitgeber und zu Lasten der Patienten und Versicherten.

Angesichts der bestehenden Strukturdefizite auf der Ausgaben- bzw. Leistungsseite wäre die bloße Erschließung neuer Finanzierungsquellen jedoch höchst kontraproduktiv und würde der Unwirtschaftlichkeit Vorschub leisten. Denn spätestens mit Vorliegen des Gutachtens des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung (SVRKAiG 2001) ist deutlich geworden, dass die Qualität der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen trotz vergleichsweise aufwändigem Ressourceneinsatz relativ schlecht ist. Insbesondere bei der Versorgung chronisch Kranker gibt es Besorgnis erregende Defizite. Die Ursachen dieser Qualitätsprobleme sieht der Rat nicht in fehlenden finanziellen Mitteln, sondern in den mangelhaft abgestimmten Strukturen und Prozessen auf Seiten des medizinischen Angebots. Aber auch die nicht ausreichende Anwendung evidenzbasierter Leitlinien und Fehlanreize in den Vergütungssystemen wirken sich negativ auf die Qualität der Versorgung aus. Übergeordnetes Ziel sollte es daher weiterhin sein, die vorhandenen Rationalisierungsreserven auszuschöpfen und wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitswesen zu etablieren, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Jedoch gibt es auch vor diesem Hintergrund genügend Anlass, um über das bestehende Finanzierungssystem der GKV und mögliche Alternativen nachzudenken.

## 2. *Zukunftsfähigkeit des lohnbezogenen Finanzierungssystems der GKV*

### *Zunahme neuer Arbeitsformen*

Ursprünglich stand in der gesetzlichen Krankenversicherung die Absicherung krankheitsbedingter Einkommensverluste im Vordergrund. Im Laufe ihrer weit über hundertjährigen Geschichte hat sich diese Zielsetzung grundlegend verändert (vgl. Alber): Im Mittelpunkt stehen heute nicht mehr die Geldleistungen, sondern die umfassende medizinische Absicherung im Krankheitsfall. Zudem haben sich die Lebensverhältnisse der Menschen stark verändert, neue Lebens- und Arbeitsformen sind entstanden. So gibt es heute verstärkt Arbeitsverhältnisse, die sich in befristeten, geringfügigen und zeitlich flexiblen Beschäftigungen manifestieren oder in geänderten Erwerbsbiographien und in Altersteilzeit zum Ausdruck kommen.

Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung zielt jedoch nach wie vor auf das klassische »Normalarbeitsverhältnis« ab. Damit stellt sich die Frage, ob die Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherungsbeiträge, die sich derzeit im Wesentlichen aus Arbeitsentgelten, Rentenzahlungen und übrigen Sozialeinkommen zusammensetzt, verändert werden muss.

#### *Folgen der demographischen Entwicklung*

Auch die demographische Entwicklung wirkt sich auf die Stabilität des Finanzierungssystems aus. Während der Anteil der Älteren in der deutschen Bevölkerung langfristig wächst, ist auf Grund der stark gesunkenen Geburtenrate in den kommenden Jahrzehnten ein deutlicher Rückgang der Bevölkerungszahlen zu erwarten. Jedoch ist bei allen Bevölkerungsprognosen zu berücksichtigen, dass der langfristige Verlauf der demographischen Entwicklung nicht exakt vorhersehbar ist. Die vom Statistischen Bundesamt in regelmäßigen Abständen veröffentlichten Bevölkerungsvorausschätzungen beruhen auf zahlreichen Annahmen und mussten immer wieder revidiert werden. Bereits geringfügige Änderungen der zugrunde gelegten Werte, insbesondere bei den Zuwanderungssalden, können die Ergebnisse der Vorausschätzungen erheblich beeinflussen.

Zudem ist der Tatbestand, dass zukünftig immer weniger Erwerbstätige für immer mehr Rentner einstehen müssen, für die Zukunftsfähigkeit des Finanzierungssystems der GKV nicht der ausschlaggebende Parameter. Vielmehr ist für ein umlagefinanziertes Sicherungssystem die Höhe der Erwerbsquote die entscheidende Größe, und diese ist politisch gestaltbar. So könnte etwa die Lebensarbeitszeit verlängert oder die Frauenerwerbsquote erhöht werden, indem man mit gezielten Maßnahmen gegen die strukturelle Rücksichtslosigkeit gegenüber berufstätigen Frauen mit Kindern vorgeht. Anders als bei der Diskussion um die demographiebedingten Finanzierungsprobleme der Rentenversicherung muss bei der GKV zudem beachtet werden, dass auch Rentner Beiträge zur Krankenversicherung zahlen und damit zumindest für einen Teil ihrer Leistungsausgaben selbst aufkommen.

#### *Politische Eingriffe zu Lasten der GKV*

Die Politik trägt einen erheblichen Part zu der Finanzproblematik der GKV bei, indem seit Jahren andere Sozialversicherungszweige zu Lasten der Krankenversicherung entlastet werden. So haben politische Entscheidungen in den letzten Jahren zu einer systematischen Schwächung der

Finanzierungsbasis der GKV geführt. Bereits mit dem Rentenreformgesetz 1992 wurde ab dem Jahre 1995 eine Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge verfügt, die seither mit Mindereinnahmen von ca. 2,4 Mrd. € pro Jahr für die GKV zu Buche schlägt.

Allein von 1995 bis 2003 wurden den Krankenkassen durch diese Entscheidungen Mehrausgaben bzw. Mindereinnahmen in Höhe von rund 30 Milliarden € aufgebürdet (Beske: 63). Ohne diese finanziellen Belastungen hätten die Krankenkassen ihre Beitragssätze stabil halten können. Die Anstrengungen der Krankenkassen, durch gezieltes Kostenmanagement Einsparungen zu erzielen bzw. Ausgabenwüchse zu vermeiden, wurden und werden damit konterkariert. Durch die im April 1999 erfolgte Neuregelung der damaligen 630-Mark-Jobs konnten die gesetzlichen Krankenkassen zwar Mehreinnahmen in Höhe von ca. 2,3 Mrd. DM pro Jahr verzeichnen, doch zu einer Reduzierung der Belastungen führte dies nicht. Denn diese zusätzlichen Einnahmen dienten zur Gegenfinanzierung der Leistungsausweitungen bzw. der Reduzierung der Arzneimittelzuzahlungen, die nach Amtsantritt der letzten Bundesregierung im Jahre 1998 mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz und der GKV-Reform 2000 beschlossen wurden.

Diese Politik der »Verschiebebahnhöfe«, bei der andere Sozialversicherungsträger und öffentliche Haushalte zu Lasten der GKV entlastet werden, folgt einer gewissen Rationalität: Während die Beitragssätze in der Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung vom Gesetz- bzw. Verordnungsgeber festzulegen und damit direkt politisch zu verantworten sind, ist eine Beitragserhöhung in der GKV allein Sache der Selbstverwaltung: bei 350 Krankenkassen also das Ergebnis von 350 Einzelentscheidungen. Für die Politiker ist es daher geradezu verlockend, sich auf diesem Wege bei den gesetzlichen Krankenkassen zu bedienen. Besonders problematisch sind diese Finanzverschiebungen zu Lasten der GKV auch auf Grund ihrer negativen Verteilungswirkungen, da auf diesem Wege gesamtgesellschaftlich zu tragende Belastungen allein auf die Gruppe der gesetzlich Versicherten verlagert werden. 10% der Bevölkerung, nämlich die privat Versicherten und damit zum großen Teil höherverdienende Arbeitnehmer sowie die Beamten und Selbstständigen, werden nicht entsprechend zur Finanzierung herangezogen.

Trotz zahlreicher Appelle ist bereits erkennbar, dass diese Politik der Verschiebebahnhöfe auch in dieser Legislaturperiode fortgesetzt wird. Ganz deutlich wird das bei der Umsetzung des so genannten Hartz-Konzeptes. Das von der Hartz-Kommission angestrebte Ziel, die Arbeitslosigkeit in den nächsten drei Jahren um 2 Millionen zu verringern, ist zwar auch aus Sicht der GKV zu begrüßen. Maßnahmen, die dazu führen,

vollwertige Arbeitsplätze zu schaffen, werden die Einnahmehasis der Sozialversicherung und damit auch der GKV stärken. Sicher ist es auch richtig, dass überall dort, wo es gelingt, aus bisheriger Schwarzarbeit geringfügige Beschäftigungsverhältnisse entstehen zu lassen, mit positiven Einnahmewirkungen für die GKV zu rechnen ist. Zum einen wird jedoch bei den Hartz-Vorschlägen nicht deutlich, ob diese Anreize überhaupt oder zumindest in ausreichender Form geschaffen werden. Zum anderen besteht die Gefahr, dass etwa durch die Förderung neuer Erwerbsformen – wie die »Ich-AG« – reguläre Beschäftigung durch neue Formen der »Scheinselbständigkeit« substituiert werden. Denn spürbare Substitutionseffekte von »vollwertiger« zu »geringer entlohnter« Beschäftigung werden die Einnahmehasis der GKV auf Dauer schwächen. So bergen die Hartz-Vorschläge erhebliche Finanzrisiken für die GKV:

Die geplante Zusammenführung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe wird voraussichtlich zu hohen Einnahmeausfällen bei der GKV führen. Derzeit erhält die GKV ca. 2 Mrd. € Beitragseinnahmen von der Bundesanstalt für Arbeit für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe. Die jetzt von der Bundesregierung geplante Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage für die Krankenversicherungsbeiträge der Bezieher von Arbeitslosenhilfe sowie die gleichzeitig vorgesehene Absenkung der Arbeitslosenhilfe wird bei der GKV zu Einnahmeverlusten in Höhe von 900 Mio. € führen. Weitere Belastungen sind zu erwarten, wenn die heute schätzungsweise 300 000 bis 400 000 Bezieher von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt, die bisher nicht gesetzlich versichert waren, zukünftig versicherungspflichtig werden. Denn auf Grund der ungünstigen Risikostruktur dieses Personenkreises ist mit überdurchschnittlichen Leistungsausgaben bei den Krankenkassen zu rechnen. Schätzungsweise wird die gesamte Umsetzung des Hartz-Konzeptes durch das 1. und 2. Gesetz für »Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt« die gesetzlichen Krankenkassen mit ca. 1,5 Mrd. € belasten.

Auch wenn der Druck auf die öffentlichen Haushalte enorm groß ist, sollte auf weitere Finanzverschiebungen zu Lasten der GKV unbedingt verzichtet werden. Kurzfristige Maßnahmen zur Konsolidierung der Finanzsituation der Krankenkassen sind notwendig, und es ist alles zu unterlassen, was die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung weiter belasten könnte. Mittel- bis langfristig jedoch muss es um eine finanziell ergiebige und auch aus allokativer und distributiver Sicht zweckmäßige Weiterentwicklung des heutigen Finanzierungssystems gehen.

### 3. Reformoptionen zur Weiterentwicklung des Finanzierungssystems

#### *Kein Anlass zum radikalen Systemumbruch*

Bei der Diskussion um die Zukunftsfähigkeit des Finanzierungssystems der Krankenversicherung wird zuweilen ein radikaler ordnungspolitischer Systemumbruch gefordert, wie etwa die Umstellung auf ein steuerfinanziertes System oder ein System der privaten Pflichtversicherung mit risikoäquivalenten Prämien oder Kopfpauschalen. Seit Einführung der so genannten Riester-Rente wird darüber hinaus vorgeschlagen, auch in der GKV eine zusätzliche kapitalgedeckte Finanzierung einzuführen. Im Vergleich zum bestehenden System sind diese mehr oder weniger radikalen Umstellungen jedoch mit gravierenden Nachteilen verbunden (vgl. auch SVRKAiG 1995: 162f.):

Bei einer steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung, wie sie in Europa weit verbreitet ist, erfolgt die Allokation im Gesundheitswesen im Rahmen des budgetären Prozesses der Willensbildung. Die medizinische Versorgung hängt damit in fataler Weise von ihrer politisch bewerteten Dringlichkeit im Verhältnis zu anderen Staatsaufgaben ab. Zudem ist von Nachteil, dass beim Fehlen einer Krankenversicherung für den Einzelnen jeglicher Zusammenhang zwischen Mittelaufbringung und Mittelverwendung verloren geht.

Aber auch eine private Pflichtversicherung ist mit erheblichen Risiken verbunden. Werden z.B. die derzeit gegebenen Umverteilungseffekte nicht vollständig von der Steuer- und Transferpolitik übernommen, entsteht gegenüber dem geltenden System ein distributives Defizit. Vor allem kinderreiche Familien mit geringem Einkommen würden erheblich belastet. Da im bestehenden Umlageverfahren idealtypisch die jüngeren Versicherten einen Bestand an Forderungen ansammeln, den sie im Alter einlösen, würde beim Übergang zu risikoäquivalent kalkulierten Prämien diese Personengruppe doppelt belastet werden. Die jüngeren Versicherten müssten nämlich ihren Finanzanteil für die heute Kranken leisten sowie für ihre eigene zukünftige Absicherung aufkommen. Die Realisierung einer privaten Pflichtversicherung würde bereits an diesen Übergangskosten scheitern.

Im Übrigen ist es ein Irrtum zu glauben, dass kapitalgedeckte Finanzierungssysteme oder Finanzierungsergänzungen gegenüber demographischen Herausforderungen resistent seien. Eine zunehmende Zahl von Personen, die ihr angespartes Kapital auflösen, und eine abnehmende Zahl von »Sparern« führt zu einem sinkenden Realwert der aufgelösten Ersparnisse. Gleichzeitig steigen die Belastungen der Erwerbstätigen, um die Kapitalerträge zu erwirtschaften. So wirken sich demographische

Veränderungen auch auf kapitalgedeckte Systeme aus. Zudem bilden die Schwankungen auf den Kapitalmärkten und an den Börsen sowie aber auch die Begehrlichkeiten der Politik angesichts eines Kapitalstocks hohe Risiken bei dieser Finanzierungsform.

Auf Grund der zahlreichen Nachteile, die mit einem radikalen Systemumbruch verbunden sind, wird im Folgenden auf eine weitergehende Analyse dieser Vorschläge verzichtet, und statt dessen die Möglichkeiten einer Fortentwicklung des bestehenden Finanzierungssystems untersucht. Dabei wird es im Einzelnen um folgende Reformoptionen gehen (vgl. auch Klose/Schnellschmidt; Wille 1998):

- Einführung einer Wertschöpfungsabgabe
- Einführung von Gesundheitsabgaben
- Verlagerung versicherungsfremder Leistungen
- Neugestaltung der beitragsfreien Familienversicherung
- Erweiterung des versicherten Personenkreises
- Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze
- Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze
- Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze
- Einbezug weiterer Einkunftsarten

Bei der Bewertung der Reformvorschläge wird vor allem von Relevanz sein, wie sich die einzelnen Maßnahmen auf die Verteilungsgerechtigkeit auswirken werden. Daneben wird zu prüfen sein, wie hoch die Realisierungschancen sind, konkrete Reformvorhaben zu verwirklichen, und last but not least mit welchen finanziellen Mehreinnahmen sie verbunden sind.

#### *Einführung einer Wertschöpfungsabgabe*

In regelmäßigen Abständen wird in der politischen Diskussion eine Verbreiterung bzw. Umstellung der Bemessungsgrundlage für Arbeitgeberbeiträge auf die maschinelle Ausstattung bzw. den Produktionsfaktor Kapital oder auf die gesamte Wertschöpfung gefordert. Hinter dieser Forderung steht die Argumentation, dass durch die primär lohnbezogene Beitragsbemessung in der GKV der Faktor Arbeit im Vergleich zum Faktor Kapital einseitig belastet werde. Wird der Arbeitgeberbeitrag ganz oder teilweise an der Wertschöpfung des Unternehmens ausgerichtet, wird der Produktionsfaktor Kapital bei der Beitragsbemessung mit berücksichtigt. Bei den Arbeitgebern könnte dies zu einer Umverteilung der Lasten weg von personalintensiv produzierenden Unternehmen hin zu kapitalintensiven Unternehmen führen, was möglicherweise positive Beschäftigungseffekte zur Folge haben könnte und damit der GKV als Ganzes zugute käme.

Für die Krankenkassen entsteht durch diese Variante zusätzlicher Verwaltungsaufwand, da sie die betriebliche Wertschöpfung ermitteln bzw. deren Höhe zumindest nachprüfen müssten. Da die Wertschöpfung eines Unternehmens erst am Ende eines Wirtschaftsjahres ermittelt wird, entstünden nach den heutigen Bemessungsgrundsätzen erhebliche Probleme der zeitlichen Zuordnung und der Beitragserhebung. Die Einnahmesituation in der GKV wird mit der Einführung einer Wertschöpfungsabgabe zudem noch stärker von konjunkturellen Schwankungen abhängig.

Doch damit nicht genug: Die höheren Belastungen für kapitalintensive Unternehmen werden auch zu Ausweichreaktionen in Form von Standortverlagerungen ins Ausland führen, die sich auf die Beschäftigungssituation und auf die Einnahmesituation in der GKV negativ auswirken werden. Darüber hinaus wird eine zusätzlich zum bisherigen Arbeitgeberbeitrag zu zahlende Wertschöpfungsabgabe die Lohnnebenkosten erhöhen, was zu massiven Widerständen seitens der Arbeitgeber und ihrer Verbände führen wird. Allein schon aus Gründen des internationalen Standortwettbewerbs wird diese Reformoption daher politisch kaum durchsetzbar sein. Schließlich wird auf Grund der wachsenden Kapitalmobilität eine Wertschöpfungsabgabe geradezu kontraproduktiv wirken.

#### *Einführung von Gesundheitsabgaben*

Ähnlich negativ im Vergleich zum bestehenden System schneidet auch der Vorschlag ab, Gesundheitsabgaben einzuführen, mit dem das Verursacherprinzip in der GKV eingeführt werden soll. Dabei wird gefordert, auf gesundheitsgefährdende Produkte und/oder Verhaltensweisen Abgaben zu erheben. Diese Sonderabgaben könnten vom Staat eingezogen und direkt an die GKV weitergeleitet werden. Neben zusätzlichen Beitragseinnahmen für die GKV sollen damit Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten gesetzt werden.

Insbesondere bei Abgaben auf gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen (z.B. Rauchen, Alkoholenuss oder bestimmte Sportarten) ist jedoch fraglich, inwieweit hier mehr Verteilungsgerechtigkeit erzielt werden kann, denn häufig besteht kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der entsprechenden Verhaltensweise und der auftretenden Krankheit. Zudem sind die Erfassung, Bewertung und vor allem die Kontrolle von gesundheitsschädigendem Verhalten sehr schwierig. Krankenkassen müssten die individuellen Verhaltensweisen ihrer Versicherten kontrollieren, was faktisch nicht möglich ist und auch nicht wünschenswert wäre.

Diese Probleme könnten bei Gesundheitsabgaben auf Produkte vermieden werden. Allerdings ist es auch hier fraglich, welche Produkte als



gesundheitsgefährdend einzustufen sind. Während bei Tabak und Alkohol eine Gesundheitsgefahr angenommen werden kann, erscheint eine Abgabenerhebung auf weitere Nahrungsmittel (wie etwa Zucker oder Fett) gesundheits- und rechtspolitisch äußerst problematisch. Dies gilt auch für die Abgabenerhebung auf gefahreneigete Sportgeräte oder Fahrzeuge. Insbesondere in grenznahen Gebieten ist mit Umgehungsstrategien zu rechnen, indem z. B. die betreffenden Produkte im Ausland gekauft werden.

So ist es nicht erstaunlich, dass dieser Vorschlag bisher noch nicht von privaten Versicherungsunternehmen aufgegriffen wurde. Für die GKV wäre die Einführung des Verursacherprinzips besonders problematisch, da damit vom bisher vorherrschenden Grundsatz, nach dem die Beitragsgestaltung unabhängig vom individuellen Risiko erfolgt, abgewichen würde. Ein wesentliches solidarisches Element in der GKV und zugleich ein wichtiges Unterscheidungskriterium gegenüber der PKV entfielen.

#### *Verlagerung versicherungsfremder Leistungen*

Bei dem Vorschlag, die so genannten krankenversicherungsfremden aus der Finanzverantwortung der GKV herauszunehmen, sollen Leistungen, die keinen direkten Bezug zum Phänomen »Krankheit« aufweisen, statt wie bisher aus Krankenversicherungsbeiträgen aus Steuermitteln finanziert werden. Zur Diskussion stehen dabei:

- Sterbegeld
- Versorgung der Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr mit empfängnisverhütenden Mitteln
- Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation und bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft, soweit nicht medizinisch begründet
- Mutterschaftsgeld und Entbindungsgeld
- hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege
- Haushaltshilfe
- Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Der Staat könnte diese allgemeinstaatlichen Aufgaben etwa über die Sozialämter selbst erbringen. Sinnvoller und technisch einfacher ist es jedoch, wenn die GKV diese Leistungen in Form von Auftragsleistungen auch zukünftig weiterhin erbringt und die entstandenen Kosten aus Steuermitteln erstattet bekommt. So wäre auch eine kurzfristige Umsetzung dieses Vorschlags möglich.

Neben diesen krankensicherungsfremden Leistungen im eigentlichen Sinne gibt es eine vom Volumen her weit größere Zahl von krankensicherungsfremden Leistungen auf der Einnahmeseite. Hier handelt es sich um entgangene Beiträge, wie etwa die Beitragsfreiheit während des Bezugs von Erziehungsgeld und der reduzierte Beitragssatz für pflichtversicherte Studenten. Zudem können auch die entgangenen Zuzahlungen bei Härtefällen zu den gesamtgesellschaftlichen Aufgaben gezählt werden. Konsequenterweise müssten auch diese Beträge aus Steuermitteln finanziert werden, denn gesamtgesellschaftliche Aufgaben sollten auch von der gesamten Bevölkerung getragen werden. Solange die GKV dafür aufkommt, werden z.B. die privat versicherten Selbständigen und Beamten nicht zur Finanzierung dieser Leistungen herangezogen. Diese ungleiche Lastenverteilung kann durch eine Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen ausgeglichen und damit die Verteilungsgerechtigkeit erhöht werden.

Eine Verlagerung der Finanzverantwortung für versicherungsfremde Leistungen in staatliche Hände führt kurzfristig zu einer Senkung der Ausgaben in der GKV. Die Herausnahme der genannten Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV würde die GKV um ca. 2 Mrd. € entlasten (Klose/Schellschmidt: 170). Hinzu käme der Ausgleich für die entgangenen Zuzahlungen in Höhe von ca. 1,3 Mrd. € (IGES/Cassel/Wasem: 184). Im Vergleich zu den GKV-Gesamtausgaben ist dieser Einsparbetrag allerdings relativ gering. Zudem ist bei der politischen Durchsetzung dieser Reformoption mit heftigen Widerständen der Finanzministerien von Bund und Ländern zu rechnen.

Ein wesentlich höheres Einsparvolumen – nämlich von ca. 30 Mrd. € jährlich – könnte erzielt werden, wenn man auch die Familienversicherung als krankensicherungsfremde Leistung einstufen und über Steuern finanzieren würde (Wille 2001: 143). Gegen die Aufhebung der beitragsfreien Familienversicherung in der GKV sprechen allerdings triftige Gründe: Ein wesentliches solidarisches Element der GKV, nämlich das Entstehen von Alleinstehenden für Familien mit Kindern, würde entfallen. Zwar könnte auch die Familienversicherung als Auftragsleistung durch die GKV erbracht werden. Im Vergleich zur staatlichen Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen im eigentlichen Sinne wäre hier allerdings der Umfang der Finanzverantwortung, die dem Staat übertragen würde, weitaus höher. Umso heftiger werden auch die Widerstände aus den Finanzministerien ausfallen. Wenn die Familienversicherung als Leistung der GKV entfällt, könnte dies zudem negative europarechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Der Europäische Gerichtshof betrachtet bislang die Träger der sozialen Sicherheit, die nach

dem Grundsatz der Solidarität agieren, vor allem wegen der Umverteilungselemente grundsätzlich nicht als Unternehmen im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts. Wird jedoch mit der Familienversicherung ein wesentliches solidarisches Element der GKV abgeschafft, könnte sich diese Einschätzung ändern.

#### *Neugestaltung der beitragsfreien Familienversicherung*

Anders sieht es allerdings bei der Antwort auf die Frage aus, ob und inwiefern es gerechtfertigt ist, die Beitragsfreiheit von familienversicherten Ehegatten, die keine Kinder erziehen und keine Angehörigen pflegen, aufrechtzuerhalten. Erzielt heute ein Ehepartner als alleiniger Verdienender ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG), unterliegt das Einkommen nur bis zur BBG der Beitragspflicht, während die Familienangehörigen beitragsfrei versichert sind. Verfügen dagegen beide Ehepartner über ein Einkommen, unterliegen auch beide Einkommen der Beitragsbemessung, was in der Regel mit einer – im Vergleich zum ersten Fall – höheren Belastung verbunden ist.

Eine beitragsrechtliche Gleichbehandlung könnte erreicht werden und damit auch die Verteilungsgerechtigkeit zunehmen, wenn familienversicherte Ehegatten unter bestimmten Voraussetzungen künftig einen eigenen Krankenversicherungsbeitrag zu leisten hätten. Zudem würde das Solidarprinzip gestärkt, wenn die finanzielle Leistungsfähigkeit nach dem beitragspflichtigen Haushaltseinkommen bemessen würde. So könnte man z. B. das gesamte beitragspflichtige Haushaltseinkommen einem Splitting unterziehen und den entsprechenden Betrag bei beiden Ehepartnern zur Beitragsbemessung heranziehen, was tendenziell zu Einnahmesteigerungen bei der GKV führen würde.

Durch die zusätzliche Beitragspflicht für Ehegatten besteht allerdings die Gefahr, dass vermehrt Personen in Richtung PKV abwandern, und damit eine entsprechende Schwächung der GKV bewirkt würde. Klar sein sollte man sich zudem darüber, dass dieser Reformvorschlag mit einem Abrücken von der paritätischen Finanzierung verbunden ist.

#### *Erweiterung des versicherten Personenkreises*

Eine weitere Reformalternative zielt darauf ab, durch eine Ausweitung des in der GKV versicherten Personenkreises eine sozial gerechtere Lastenverteilung zu erreichen. Mit diesen Vorschlägen sollen Personen in der GKV versicherungspflichtig werden, für die bislang keine Versicherungspflicht besteht und die deshalb teilweise gar keine Möglichkeit

haben, in die Solidargemeinschaft der GKV aufgenommen zu werden. So könnte man Beamten und Selbständigen ein Zutrittsrecht zur GKV einräumen, was eine Neubestimmung des Verhältnisses der GKV zur PKV bedeutet. Die bisherige Zuordnung des Personenkreises ist historisch gewachsen und folgt keiner stringenten Systematik.

Grundsätzlich wird die Verteilungsgerechtigkeit steigen, wenn weitere Personenkreise in die Solidargemeinschaft der GKV aufgenommen werden. Insbesondere durch das Zutrittsrecht für Beamte würden weitere abhängig und arbeitnehmerähnlich Beschäftigte in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen und dadurch die GKV weiter gestärkt. Zu bedenken ist dabei allerdings, dass bei Aufnahme weiterer Personenkreise der GKV zwar einerseits mehr Beitragseinnahmen zufließen, aber andererseits auch die Leistungsausgaben ansteigen werden. Unterstellt man, dass die eher »schlechten Risiken« bei den Selbständigen bereits heute gesetzlich versichert sind, dürfte sich die vollständige Aufnahme dieses Personenkreises positiv auf die finanzielle Stabilität der GKV auswirken. Bei der Gruppe der Beamten kämen dagegen aufgrund der überdurchschnittlichen krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit dieses Personenkreises überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben auf die Krankenkassen zu. Da Beamte und Selbständige heute zum typischen Klientel der PKV zählen, ist der Widerstand der PKV bei diesen Reformalternativen verständlich. Das Argument eines notwendigen Bestandsschutzes kann entkräftet werden, indem die bereits privat Versicherten sich von der Versicherungspflicht befreien lassen könnten.

#### *Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze*

Bei dem Vorschlag, die Beitragsbemessungsgrenze zu erhöhen, geht es in erster Linie um die Schöpfung zusätzlicher Finanzmittel für die GKV. Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der Krankenversicherung beträgt 75 % der BBG in der Rentenversicherung, die in etwa dem Doppelten des Durchschnittseinkommens der Versicherten entspricht. Diese Grenzen wie auch die Versicherungspflichtgrenze sind das Ergebnis politisch-normativer Festlegung. Aufgrund des in der GKV durchgeführten Solidarausgleichs sollte die Höhe der BBG die Interessen zwischen Beschäftigten mit höherem und jenen mit geringerem Einkommen ausgleichen. Dabei sollten die Beiträge in einem angemessenen Verhältnis zum Gegenwert, also den potenziellen Leistungen im Krankheitsfall, stehen. Durch eine deutliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze könnte diese gesellschaftliche Übereinkunft, Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen und damit die Akzeptanz der GKV, gefährdet werden.

Eine Anhebung der BBG führt zu einer Ausweitung des einkommensbezogenen Solidarausgleichs, indem auch entsprechend höhere Einkommen der Beitragsbemessung unterliegen. Damit verbunden ist eine zusätzliche Belastung der Einkommensstärkeren, also der Personen mit einem Einkommen oberhalb der aktuellen BBG. Daher werden bei der Anhebung der BBG die Beitragseinnahmen in der GKV steigen bzw. Beitragssatzsenkungen und damit eine Entlastung der geringer Verdienenden möglich. Eine Anhebung auf das Niveau der BBG der Rentenversicherung wird nach den Berechnungen von Prof. Wille sowie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung zu Mehreinnahmen für die GKV in Höhe von 0,5 Beitragssatzpunkten führen (DIW: 187; Wille 1998: 22).

Auf jeden Fall wird mit dieser Maßnahme jedoch mit den freiwillig Versicherten ein Personenkreis zusätzlich belastet, der die Möglichkeit hat, in die PKV abzuwandern. Bei einer Anhebung der BBG werden zahlreiche Versicherte von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, was die finanzielle Ergiebigkeit dieses Ansatzes herabsetzen würde. Mit einer weiteren Reduzierung des Einnahmeeffektes ist zu rechnen, da auch die Entgeltsatzleistungen auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze beschränkt sind und daher eine Erhöhung der BBG zu höheren Ausgaben z.B. für Krankengeld führen wird.

Um eine Gefährdung der finanziellen Stabilität in der GKV aufgrund verstärkter Abwanderung in die PKV zu vermeiden, ist es demnach erforderlich, diese Maßnahme mit einer Anhebung oder Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze zu kombinieren. Nur so könnten die zu erwartenden Abwanderungen in Richtung PKV reduziert bzw. verhindert werden.

#### *Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze*

Die Forderungen zu einer Veränderung der Versicherungspflichtgrenze zielen – im Gegensatz zu der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze – nicht primär auf eine zusätzliche Beitragsschöpfung ab, sondern sind häufig ordnungspolitisch motiviert. Personen mit einem Erwerbseinkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze (3 375 € pro Monat für 2002) gehören zum Personenkreis der Versicherungspflichtigen. Wer mit seinem Einkommen darüber liegt, besitzt die Wahlmöglichkeit, sich entweder freiwillig in der GKV oder sich privat abzusichern. Diese Gruppe der Versicherten kann sich ausschließlich nach individuellem Kalkül für eine Versicherung in der gesetzlichen oder in der privaten Krankenversicherung entscheiden. Damit entsteht eine Risikoselektion

zu Ungunsten der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus wirtschaftlichen Beweggründen werden sich nämlich genau diejenigen für die GKV entscheiden, deren voraussichtliche Gesundheitskosten einschließlich ihrer mitversicherten Familienangehörigen so hoch sind, dass sie in der PKV aufgrund der abzusichernden Risiken bzw. ihres schlechten Gesundheitszustandes mehr zahlen müssten als in der GKV. Damit wird gerade denjenigen GKV-Versicherten die Möglichkeit des Ausstiegs eröffnet, die besonders zur Solidarität fähig sind.

Eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze bewirkt zunächst eine Stärkung des Solidarprinzips in der GKV und führt damit zu einer gerechteren Verteilung der Lasten. Schließlich verbliebe so ein besonders leistungsfähiger Personenkreis in der GKV. Zu bedenken ist dabei allerdings, dass für die bereits heute PKV-Versicherten, die durch die Anhebung versicherungspflichtig werden, unter Umständen die Möglichkeit eingeräumt werden müsste, sich von dieser Versicherungspflicht befreien zu lassen und damit in der PKV zu verbleiben. Dabei ist damit zu rechnen, dass vor allem jene PKV-Versicherten in die GKV zurückkehren, die heute eher als »schlechte Risiken« einzustufen sind, d. h. Personen mit zwischenzeitlicher Familiengründung oder mit bestimmten Erkrankungen. Andererseits hätten auch die heute freiwillig in der GKV versicherten Personen die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht befreien zu lassen und sich statt dessen privat abzusichern. Zwar handelt es sich auch dabei nur um einen Einmaleffekt, der jedoch den positiven Verteilungswirkungen zunächst entgegen stünde.

Hinsichtlich der Einnahmewirksamkeit ist daher damit zu rechnen, dass die volle Wirkung dieser Reformoption erst zeitversetzt eintritt. Inwieweit die Einnahmen gerade in dieser Übergangszeit tatsächlich steigen, ist schwer quantifizierbar, da nicht vorausgesagt werden kann, wie viele PKV-Versicherte und wie viele heute freiwillig Versicherte tatsächlich von der Befreiungsoption Gebrauch machen. Pfaff u. a. haben in diesem Zusammenhang errechnet, dass die gleichzeitige Anhebung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung zu Mehreinnahmen in Höhe von 0,67 Beitragssatzpunkten führen wird (Pfaff 1996: 50). Allerdings müssten hier noch die Wechselbewegungen zwischen GKV und PKV gegengerechnet werden, was der Sachverständigenrat kalkuliert hat: Wenn die Hälfte der Betroffenen von ihrem Bleiberecht in der GKV Gebrauch machten, würde sich nur noch eine Ersparnis zwischen 0,4 und 0,6 Beitragssatzpunkten realisieren lassen (SVRKAiG 1997: TZ 442). Berücksichtigt man zudem, was vom Rat nicht erfolgt ist, die durch die Übergangsregelung einmalig ebenfalls mögliche Rückkehr von privat Versicherten in

die GKV, wird es eine weitere Risikoentmischung zu Lasten der GKV geben und der tatsächlich erzielte Ertrag noch geringer ausfallen.

Noch weniger ergiebig wird für die GKV eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze bei Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze sein. Mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz wird für das Jahr 2003 die Versicherungspflichtgrenze für alle Versicherten auf 3 825 € erhöht, was 75 % der für das Jahr 2003 deutlich erhöhten Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung entspricht. Da die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV nicht verändert wird (es bleibt bei der jährlichen Dynamisierung), fallen damit zukünftig Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze in der GKV nicht mehr zusammen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geht davon aus, dass diese Anhebung der Versicherungspflichtgrenze mit der damit verbundenen Einschränkung der Mitgliederabgänge zur PKV zu Entlastungen bei den Krankenkassen in Höhe von 250 Mio. € führen wird. Dies ist zu bezweifeln, denn die auf Grund des Ankündigungseffektes bereits erfolgten Abwanderungen in Richtung PKV werden zu einer weiteren Schwächung der GKV führen, die durch die Einsparungen erst einmal kompensiert werden müssen.

#### *Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze*

In der GKV sind zurzeit 3 Millionen Arbeitnehmer versichert, die mit ihrem Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze von derzeit 3 375 € (2002) liegen und damit die Möglichkeit besitzen, in die PKV zu wechseln. Seit Jahren machen davon weit über 300 000 freiwillig Versicherte pro Jahr Gebrauch. Dies ist besonders fatal, da damit gerade diejenigen die GKV verlassen, die entscheidend zur finanziellen Stabilität der GKV beitragen könnten.

Bei dem Vorschlag, die Versicherungspflichtgrenze nicht nur anzuheben, sondern aufzuheben, geht es in der Konsequenz um die Einführung einer generellen Versicherungspflicht für alle Arbeitnehmer. Dies bedeutet eine Stärkung der GKV als Arbeitnehmersversicherung. Sind künftig alle, insbesondere auch die als leistungsstark einzustufenden Arbeitnehmer in der GKV versichert, wird die Verteilungsgerechtigkeit stärker zunehmen als bei einer Anhebung der Grenze. Abwanderungen in die PKV sind dann nicht mehr möglich. Lediglich für Selbständige und Beamte wäre noch eine private Absicherung möglich.

Auch bei Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze müsste es eine Übergangsregelung geben, so dass den bereits heute privat Versicherten ein Bleiberecht in der PKV eingeräumt werden müsste. Es ist auch hier

davon auszugehen, dass nur die infolge ihres Gesundheitszustandes als »gut« einzustufende Risiken davon Gebrauch machen würden. Die übrigen Versicherten, vermutlich die Mehrheit, würde die Chance nutzen und in die GKV zurückkehren. Eine derartige Übergangsregelung würde jedoch nur zu einmaligen Mitgliederverlusten für die GKV führen. Langfristig ist sowohl mit einer Vergrößerung des Mitgliederpotentials als auch der Einnahmen zu rechnen.

Der entscheidende Vorteil dieser Lösung liegt allerdings darin, dass bei Wegfall der Versicherungspflichtgrenze nicht mehr die leistungsfähigen Mitglieder abwandern können, auf die die Solidargemeinschaft letztlich angewiesen ist. Die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze bei Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze würde nach Berechnungen des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen ca. 0,8 Mrd. € pro Jahr bringen und damit beitragsrelevant sein. Die Bundesregierung geht sogar in einer Berechnung des Bundesministeriums für Gesundheit für das Jahr 2001 von einem Nettoeffekt von ca. 1 Mrd. € aus (BT-Drucksache 14/9181).

Die Widerstände der PKV gegen diesen Vorschlag sind zwar verständlich, sollten jedoch nicht überbewertet werden. Es geht nicht um eine Abschaffung der PKV, denn Selbständige und Beamte sollten weiterhin der PKV als Klientel verbleiben. Zudem behielte die PKV den großen Markt für Zusatzversicherungen.

#### *Einbezug anderer Einkunftsarten*

In Anbetracht einer zunehmenden Relevanz neuer Erwerbsformen und anderer Einkunftsarten wird die Beschränkung der GKV-Beitragsschöpfung auf Arbeitseinkommen und Lohnersatzleistungen immer wieder in Frage gestellt. So wird gefordert, die tatsächlichen individuellen Einkommensverhältnisse bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen. Dazu sollen bis zur Beitragsbemessungsgrenze neben dem Erwerbseinkommen auch andere Einkunftsarten, wie etwa Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, aus Kapitalvermögen etc., in die Beitragsbemessung mit einbezogen werden. Man erhofft sich dadurch mehr Verteilungsgerechtigkeit.

Der Vorschlag zielt auf eine beitragsrechtliche Gleichbehandlung unterschiedlicher Versichertengruppen ab. Lohn- und Gehaltsempfänger ohne Zusatzeinkommen werden durch diese Maßnahme relativ entlastet, Personen mit einem Erwerbseinkommen unterhalb der BBG und Zusatzeinkünften belastet. Unter dem Gesichtspunkt der vertikalen Belastungsgerechtigkeit ist dieser Vorschlag allerdings fragwürdig. Es ist mit



regressiven Verteilungswirkungen zu rechnen, da lediglich Versicherte betroffen werden, deren Arbeitseinkommen derzeit unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen. Ihre zusätzlichen Einkünfte werden beitragspflichtig. Versicherte mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze werden dagegen nicht zusätzlich belastet; im Gegenteil, sie werden durch eine mögliche Beitragsenkung aufgrund der erzielten Mehreinnahmen sogar noch profitieren. So führt die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten bei Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze zu einer sozialpolitisch kaum vertretbaren Umverteilung von den geringer Verdienenden zu den höher Verdienenden.

Zudem ist die Umsetzung dieses Reformvorschlags mit zahlreichen technischen Problemen verbunden, die eine Kosten-Nutzen-Abwägung bei dieser Maßnahme besonders notwendig macht. So ist zu klären, wie künftig die Beitragsbemessung erfolgen soll. Nach geltendem Recht haben ca. 1,5 Millionen Arbeitgeber in Deutschland die Gesamtsozialversicherungsbeiträge ihrer Beschäftigten zu ermitteln und an die zuständigen Einzugsstellen abzuführen. Die Krankenkassen erhalten die entsprechenden Beiträge als Gesamtsumme; ein Einzelnachweis je Mitglied erfolgt nicht. Mit dem Einbezug anderer Einkunftsarten ist ein Abrücken von der paritätischen Finanzierung verbunden, da der Arbeitgeber nicht zur hälftigen Finanzierung der Beiträge aus den anderen Einkunftsarten herangezogen werden könnte. Damit ist auch der Beitrags-einzug von den Arbeitgebern auf die Krankenkassen zu übertragen. So müssten zukünftig ca. 27 Millionen Arbeitnehmer ihre Beiträge selbst zahlen. Um die eingehenden Buchungen zu kontrollieren, müssten die Krankenkassen sich jeden Monat nicht nur die Lohn- und Gehaltsabrechnungen vorlegen lassen, sondern auch Nachweise über die übrigen Einkünfte der Versicherten. Die Erfassungintensität wird dabei nicht unabhängig von der Art der Einkünfte sein. Problematisch wird dies insbesondere für Einnahmen, die nicht regelmäßig fließen, wie z.B. Zins-einkünfte, die häufig erst am Ende des Jahres fällig werden. Der Verwaltungsaufwand der Kassen wäre äußerst hoch: Neben der inhaltlichen Kontrolle der eingegangenen Zahlungen, müssten nicht nur Mahnbescheide verschickt und Säumniszuschläge erhoben werden, sondern z.B. auch Maßnahmen eingeleitet werden, wenn Versicherte sich weigern, Beiträge zu entrichten. Ein Ausschluss aus der Versicherung ist bei privat Versicherten bzw. freiwillig Versicherten möglich, bei Pflichtversicherten wohl kaum.

Erfolgt die Beitragsbemessung anhand von Steuerbescheiden, müssten die beitragsrechtlichen Grundsätze geändert und von der monatlichen Beitragszahlung Abstand genommen werden. Die Prüfung der Versiche-

rungspflicht ist dann erst bei Vorlage des Steuerbescheides, d.h. im Nachhinein, möglich. Bei Kassenwechsel würde diese Problematik noch verschärft.

Unter Finanzierungsaspekten ist schließlich zu berücksichtigen, dass das Volumen des zusätzlichen Finanzierungspotenzials vermutlich gering ausfallen wird. Zwar sind mit dem Einbezug weiterer Einkunftsarten auch höhere Einnahmen für die GKV zu erwarten. Der Einnahmefeffekt ist jedoch davon abhängig, ob tatsächlich andere Einkünfte zur Beitragsbemessung herangezogen werden können oder das Gros der Personen mit weiteren Einkunftsarten bereits heute mit seinem Arbeitseinkommen die Bemessungsgrenze erreichen. Diese Vermutung liegt nahe, da die Vermögen in Deutschland nicht gleich verteilt sind. Es ist davon auszugehen, dass tendenziell in einem hohem Grade hohes Vermögen und hohes Erwerbseinkommen korreliert. Zudem dürfte in den unteren und mittleren Einkommenschichten das vorhandene Vermögen größtenteils aus selbst genutzten Eigenheimen bestehen und könnte damit für die Beitragsschöpfung nicht herangezogen werden. Selbst Professor Wille, ein Befürworter dieses Reformvorschlags, räumte kürzlich in Berlin ein, dass die Krankenkassen beim Einbezug weiterer Einkommensarten lediglich mit Mehreinnahmen von 0,3 Beitragssatzpunkten rechnen könnten.

#### *4. Fazit: Stärkung der Solidargemeinschaft*

Je mehr Flexibilität der Bevölkerung im Erwerbsleben abverlangt wird, umso bedeutender wird für die Menschen die Zuverlässigkeit und Leistungsfähigkeit sozialer Sicherungssysteme. Sozialer Schutz schafft Vertrauen und Sicherheit, um den Herausforderungen moderner Gesellschaften mit ihren Unwägbarkeiten für Einkommen, Beruf und sozialen Status gewachsen zu sein. Die Absicherung der großen Lebensrisiken wie Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitslosigkeit wird in einer differenzierten, arbeitsteiligen und mobilen Gesellschaft selbst zum Produktionsfaktor, dessen Bedeutung zukünftig weiter zunehmen wird. Produktivität und Modernisierung der Gesellschaft erfordern daher stabile soziale Sicherungssysteme.

Der soziale Auftrag der GKV besteht darin, unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherten, vollen Versicherungsschutz im Krankheitsfall zu gewährleisten. Damit die Beitragsfinanzierung im Umlageverfahren für die GKV nach wie vor zukunftsfähig bleibt, muss der Gesetzgeber zukünftig der Versuchung widerstehen, andere Sozialversicherungszweige auf Kosten der GKV zu entlasten,

und er muss für die bisherigen »Verschiebebahnhöfe« entsprechende Kompensationen herbeiführen. Gesamtgesellschaftliche Lasten sollten auch gesamtgesellschaftlich und nicht nur vom Kreis der GKV-Versicherten getragen werden. Dies gilt z. B. für bestimmte krankensicherungs-fremde Leistungen, die zukünftig allenfalls als Auftragsleistungen von der GKV bereitgestellt werden sollten, jedoch aus Steuern zu finanzieren sind. Die ausreichende Absicherung von Arbeitslosen sollte dagegen Aufgabe der Arbeitslosenversicherung sein und ebenfalls nicht zu Lasten der GKV erfolgen. Konsequenterweise sollte man daher die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge von Arbeitslosen an ihr vorheriges Erwerbseinkommen knüpfen.

Das Zurückführen der Finanzverschiebungen zu Lasten der Krankenversicherung wird die Einnahmehasis der GKV deutlich stärken. Dies würde entscheidend zur Zukunftsfähigkeit des primär lohnbezogenen Finanzierungssystems der GKV beitragen. Auf den Einbezug weiterer Einkunftsarten bei der Beitragsbemessung der Krankenversicherungsbeiträge sollte aber insbesondere auch auf Grund der geschilderten negativen Verteilungswirkungen verzichtet werden. Um dem Solidarprinzip in der GKV umfassend Geltung zu verschaffen, sollte vielmehr die Versicherungspflichtgrenze in der GKV aufgehoben. Eine Solidargemeinschaft, aus der sich gerade die Starken nach Belieben verabschieden können, kann auf Dauer nicht funktionieren.