

Die Einführung einer Pauschalprämie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird von wirtschaftswissenschaftlichen Experten schon seit Jahren gefordert. Der Kompromiss, der zwischen CDU und CSU gefunden wurde, enthält zwar im Grundsatz die Pauschalprämie, aber schwächt ihre verteilungspolitischen Wirkungen gegenüber dem reinen Konzept ab. Wie ist der Vorschlag zu beurteilen?

## Die CDU/CSU-Gesundheitsprämie: Solidarisch, gerecht und unbürokratisch

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und flächendeckenden Gesundheitsversorgung, die allen Bürgerinnen und Bürgern unabhängig von ihrem Alter und Gesundheitszustand sowie ihren sozialen, familiären und einkommensmäßigen Verhältnissen zukommt, ist eine zentrale Aufgabe der staatlichen Daseinsvorsorge. Das im Grundgesetz verankerte Sozialstaatsprinzip sowie rechtsstaatliche Grundsätze fordern den Staat zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit auf. Der Staat hat ferner die Grundrechte der Menschen auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, auf Gleichbehandlung, auf Schutz und Förderung der Familie und nicht zuletzt auf Sicherung eines menschenwürdigen Daseins zu schützen. Ökonomische Konzepte, die diese grundlegenden Schutzsphären nicht berücksichtigen, mögen zur Unterhaltung von Seminaren taugen, sie gehen jedoch an der politischen Realität vorbei.

Bei der Gestaltung der verfassungsrechtlichen Vorgaben hat der Staat einen weiten Gestaltungsspielraum. Dies gilt zum einen für die Gestaltung der Leistungen. Zum anderen ist der Gesetzgeber auch bei der Ausgestaltung des Finanzierungssystems grundsätzlich frei. Insbesondere kann aus dem Sozialstaatsprinzip allein eine verfassungsrechtliche Garantie für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in ihrer heutigen Form als Sozialversicherung nicht hergeleitet werden.

Dass die Finanzsituation der GKV Deutschlands geprägt ist durch kontinu-

ierlich steigende Beitragssätze, die den Arbeitgebern und Arbeitnehmern immer höhere Belastungen auferlegen, hat sich zwischenzeitlich herumgesprochen und fördert die unerlässliche Reformbereitschaft der Bevölkerung. Einschneidende Reformmaßnahmen, wie z.B. Zuzahlungen, die vor wenigen Jahren noch – neben anderem – ein Grund für einen Regierungswechsel gewesen sind, werden heute im Wesentlichen von den Menschen mitgetragen.

## Entwicklung der Einnahmen

Während die Leistungsausgaben in der GKV nur entsprechend dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) angestiegen sind – das ist ein veritabler Erfolg der Kostensteuerung des GKV-Systems auf der Makroebene, wovon die private Krankenversicherung (PKV) noch weit entfernt ist – war im Zeitraum von 1980 bis 2000 eine signifikante Wachstumsschwäche auf der Einnahmenseite zu verzeichnen. So blieben, Berechnungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zufolge, die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in diesem Zeitraum um mehr als 20 Prozentpunkte hinter dem Wachstum der Beitragsbemessungsgrenze und um fast 31 Prozentpunkte hinter dem Wachstum des BIP je Erwerbstätigem zurück. Im Zeitraum von 1975 bis 2003 ist ein über 30%iger Beitragssatzanstieg von 10,5 auf 14,32% zu beobachten. Auch wenn der Beitragssatzanstieg durch das GKV-Modernisierungsgesetz inzwischen gestoppt werden konnte und zum Jahreswechsel 2005 ein Rückgang des allgemeinen durchschnittlichen Beitragssatzes zu erwarten sein wird, steht fest: Sollte es zu keinen grundlegenden Änderungen am gegenwärtigen System kommen, prog-



Christa Stewens\*

\* Christa Stewens ist Bayerische Sozialministerin.

nostizieren Wissenschaftler für das Jahr 2040 Beitragssätze von über 20% bis mehr als 30%.

### Die Nachteile des gegenwärtigen GKV-Systems

#### Ökonomische Defizite

Anders als in der PKV richten sich die Beiträge in der GKV nicht nach dem Individualrisiko, sondern grundsätzlich nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Mitglieds. Das Beitragsrecht in der GKV ist wesentlich geprägt von der Lohnabhängigkeit und damit den versicherungspflichtig Beschäftigten. Unter den 51 Mill. Mitgliedern bilden sie mit 25 Millionen die größte und wichtigste Gruppe. Für die Beitragsbemessung in der GKV gilt grundsätzlich ein Numerus clausus der Einnahmearten. Diese sind das Arbeitsentgelt (§ 14 SGB IV), die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 228 SGB V), die rentenvergleichbaren Versorgungsbezüge (§ 229 SGB V) und das Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV) aus einer selbstständigen Nebentätigkeit. Lediglich für freiwillig Versicherte besteht dieser Numerus clausus der Einnahmearten nicht. Bei ihnen ist nach § 240 Abs. 1 und 2 SGB V sicherzustellen, dass die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit berücksichtigt wird. Dazu gehören vor allem auch Einkünfte aus Kapitalvermögen und aus Vermietung und Verpachtung.

Durch dieses in seiner Einnahmenbasis einseitig auf den Produktionsfaktor Arbeit ausgerichtete System ist dieser – auch infolge der ständig fortschreitenden Globalisierung – einem immer stärkeren Konkurrenzdruck ausgesetzt, verbunden mit der Gefahr der Abwanderung von Arbeitsplätzen. Arbeitslosigkeit und Lohndruck durch die Globalisierung lassen zudem dem Wachstumsmarkt Gesundheit nicht die Entwicklungsmöglichkeit, die dem medizinischen Bedarf der Bevölkerung und dem beschäftigungspolitisch erwünschten Potential des Gesundheitsmarkts entspricht. Aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive können Gesundheitsleistungen nicht nur die Lebenserwartung und -qualität steigern, sondern auch

- Arbeitsplätze schaffen,
- das Wachstum des realen Sozialproduktes erhöhen sowie
- Produktivitäts- und Kapazitätseffekte erzeugen und damit das Humankapital quantitativ und qualitativ erweitern.

#### Gerechtigkeitsdefizite

Neben den ökonomischen Ungereimtheiten verzeichnet das gegenwärtige Krankenversicherungssystem auch erhebliche Gerechtigkeitsdefizite.

Die Fokussierung auf Erwerbs- und Erwerbsersatzeinkommen bei der Beitragsbemessung berücksichtigt nicht die tat-

sächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Haushaltes. So hat das Bundesverfassungsgericht verlangt, zu prüfen, »ob das Ausmaß der zwischen den freiwillig Versicherten und den Pflichtmitgliedern bestehenden Unterschiede in der Beitragsbemessung noch durch den Gesichtspunkt der verschiedenen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit gerechtfertigt ist«. Status quo ist: Ein Alleinverdienerehepaar mit 40 000 € p.a. Erwerbseinkommen und 4 000 € p.a. sonstigen Einkünften zahlt bei einem 15%igen Beitragssatz zurzeit 250 € Monatsbeitrag, während ein Rentnerehepaar bei gleichem Haushaltseinkommen, jedoch einem Erwerbsersatzeinkommen (Rente) in Höhe von 4 000 € p.a. und 40 000 € p.a. sonstigen Einkünften lediglich 25 € Monatsbeitrag bezahlt.

Des Weiteren benachteiligt das Institut der beitragsfreien Ehegattenversicherung in Kombination mit der Beitragsbemessungsgrenze Zweiverdienerehepaare gegenüber Einverdienerehepaaren: So haben jene Ehepaare, bei denen das Arbeitseinkommen eines Partners über der Beitragsbemessungsgrenze liegt und der andere keiner Beschäftigung nachgeht, den Höchstbeitrag nur einmal zu zahlen. Hingegen hat ein Ehepaar, bei dem beide Partner ein individuelles Arbeitseinkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze erzielen, den Höchstbeitrag zweimal zu entrichten. Einen Verstoß gegen das Leistungsfähigkeits- und Äquivalenzprinzip hat in diesen Fällen auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten im vergangenen Jahr anerkannt.

Die außerhalb des GKV-Systems stehenden gut verdienenden Bevölkerungsgruppen müssen für die Finanzierung der Gesundheitskosten der unteren Einkommensgruppen in der GKV genauso wenig einen Beitrag leisten wie diejenigen GKV-Versicherten, die Einkommensbestandteile über der Beitragsbemessungsgrenze haben.

### Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell

Der weit überwiegende Teil der Ökonomen (u.a. B. Rürup und E. Wille) befürwortet aus allokativer und damit beschäftigungs- und wachstumspolitischer Sicht die Umstellung auf ein Pauschalbeitragssystem. Diesem Urteil hat sich auch der Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 2004–2005 angeschlossen. Mit dem solidarischen Gesundheitsprämien-Modell wird diesem Lösungsansatz Rechnung getragen. Die solidarische Gesundheitsprämie setzt sich aus folgenden Bausteinen zusammen:

- Der Arbeitgeberanteil bzw. der vom Träger einer Lohnersatzleistung zu zahlende Anteil wird auf 6,5% festge-

schrieben und von den – bedingt durch demographische Entwicklung und medizinischen Fortschritt – steigenden Gesundheitskosten abgekoppelt.

- Die solidarische Gesundheitsprämie setzt sich aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil zusammen.
- Die persönliche Gesundheitsprämie beläuft sich auf durchschnittlich 109 € monatlich. Weil sich die individuelle, kassenspezifische Gesundheitsprämie eines Versicherten aus der Division der Ausgaben seiner Krankenkassen durch die Zahl der Versicherten ergibt, kann diese jedoch auch geringfügig niedriger oder höher als die Durchschnittsprämie sein. Für Kinder wird keine Prämie erhoben.
- Zur persönlichen Gesundheitsprämie kommen bei Arbeitnehmern 60 € hinzu, die aus dem festgeschriebenen Arbeitgeberanteil bzw. vom Träger der jeweiligen Lohnersatzleistung gezahlt werden. Versicherte ohne Arbeitgeber, z.B. freiwillig versicherte Selbständige, haben diesen Anteil selbst zu zahlen.
- Wie bereits im GKV-Modernisierungsgesetz sieht das Modell bei Arbeitnehmern eine eigenständige Krankengeldversicherung vor. Die Erhebung eines gesonderten Krankengeldbeitrages für Arbeitnehmer in Höhe von 1,5% des Bruttolohnes bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze ist ökonomisch sachgerecht und verfassungsrechtlich geboten, weil die Gewährung und die Höhe des Krankengeldes – anders als bei den übrigen Leistungen der GKV – vom Bestand eines Arbeitsverhältnisses und von der Höhe des Arbeitsentgelts abhängen.

### Vorteile der solidarischen Gesundheitsprämie

#### *Abkoppelung der Gesundheitskosten vom Erwerbseinkommen*

Durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages auf 6,5 Beitragssatzpunkte wird der Produktionsfaktor Arbeit künftig nicht mehr von steigenden Gesundheitsausgaben belastet. Die Gesundheitskosten sind damit insoweit von den Lohnkosten abgekoppelt, ohne dass der Arbeitgeber aus seiner sozialpolitisch gebotenen Mitverantwortung für die gesetzliche Krankenversicherung entlassen wird. Dies gibt den Arbeitgebern Kalkulationssicherheit. Investitionen und – damit verbunden – die Schaffung von Arbeitsplätzen in Deutschland werden wieder attraktiver. Es ist einzuräumen, dass diese Lösung bei rein ökonomischer Betrachtung eine »second best«-Lösung ist. Wer sich hierauf jedoch versteifen will, verkennt das Prinzip der Optimierung widerstreitender Prinzipien und Interessen. Rechtlich ausgedrückt, in Smend'scher Terminologie, bedeutet dies die Herstellung »praktischer Konkordanz«. Infolge der Koppelung des Arbeitgeberanteils an die Lohnentwicklung ist dem

System eine endogene dynamische Finanzierungskomponente eingebaut.

#### *Beseitigung der Gerechtigkeitsdefizite*

Die Lohnzentriertheit des gegenwärtigen Systems spiegelt häufig nicht die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wider. Die persönliche Gesundheitsprämie wird aus allen Einkunftsarten finanziert und stellt nicht einseitig auf das Erwerbseinkommen ab.

Die außerhalb des GKV-Systems stehenden gut verdienenden Bevölkerungsgruppen werden durch die Einbeziehung von rund 7 Mrd. € Steuermitteln, die entsprechend der Steuersystematik im Wesentlichen von den oberen und obersten Einkommensgruppen aufgebracht werden, zur Finanzierung der unteren Einkommensgruppen ebenso herangezogen wie diejenigen GKV-Versicherten, die Einkommensbestandteile über der Beitragsbemessungsgrenze haben. Bei der Betrachtung der Gesamtverteilungswirkung werden damit die unteren und vor allem die mittleren Einkommensgruppen generell entlastet, während die oberen Einkommensgruppen generell belastet werden. Kleinere Einkommen zahlen auch in Zukunft weniger als mittlere und größere Einkommen. Das Solidarprinzip wird hierdurch deutlich gestärkt.

Arbeitende und nicht arbeitende Ehegatten werden künftig gleich belastet. Durch die Beseitigung dieses Gerechtigkeitsdefizits kann es für die Betroffenen zu Mehrbelastungen kommen.

Folgerichtig bestimmt sich die Belastungsgrenze von 7% nicht nach dem Erwerbseinkommen, sondern nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Sie stellt sicher, dass Bezieher niedriger Einkommen nur entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Beitragszahlung herangezogen werden, ohne zugleich finanziell überfordert zu werden. Er beseitigt bestehende Verteilungsgerechtigkeiten zwischen Beziehern von Lohneinkommen und Beziehern sonstiger Einkünfte, die bislang nicht der Beitragspflicht unterlagen. Bei der Ermittlung eines möglichen Zuschusses wird die Belastung durch die eigenständige Krankengeldversicherung in die 7%ige Belastungsgrenze einbezogen.

Auch Kinder von privat krankenversicherten Eltern werden künftig beitragsfrei gestellt. Diese Lösung ist auch verfassungsrechtlich geboten. Denn auch privat krankenversicherte Eltern beteiligen sich über ihre Einkommensteuer an dem Kinderausgleich. Damit werden insbesondere niedrig verdienende Privatversicherte, wie z.B. »kleine« Selbständige und Beamte, familienpolitisch konsequent entlastet. Umgekehrt leisten die privat Krankenversicherten bei typisierender Betrachtungsweise den größten Beitrag zur Steuerfinanzierung der Kinderkosten.

*Beibehaltung der Versicherungspflichtgrenze, keine Zerstörung der PKV*

Die solidarische Gesundheitsprämie behält die Versicherungspflichtgrenze bei. Wie im bereits genannten Gutachten von B. Rürup und E. Wille bildet die Beibehaltung der privaten Krankenversicherung als substitutive Vollversicherung auch hier den Rahmen.

Dafür sprechen auch handfeste verfassungsrechtliche Gründe:

- Bislang privat Versicherte haben Leistungsansprüche und Anwartschaften wie z.B. Altersrückstellungen erworben, die Eigentum darstellen und damit unter den Schutzbereich des Grundgesetzes (Art. 14) fallen.
- Die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze hätte zur Folge, dass die private Krankenversicherung als substitutive Sicherungsform verschwinden und auf die Funktion einer Zusatzversicherung zurückgedrängt würde. Dies käme einer Beschränkung der Berufsfreiheit gleich.
- Die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze würde einen gravierenden Eingriff in die Grundrechte des künftigen zu versichernden Personenkreises bedeuten.

Diese und andere Aspekte lassen unter anderem F. Kirchhof zu dem Ergebnis kommen, das Modell einer »Bürgerversicherung« sei verfassungsrechtlich bedenklich.

Die PKV entbindet dies freilich nicht von der Verpflichtung, ihrerseits über ihre Rolle in einem wettbewerblichen System nachzudenken. Der Wettbewerb um Versichertenbestände auf dem Markt der privaten Krankenversicherung kann allenfalls als rudimentär bezeichnet werden. Dies liegt in erster Linie an der fehlenden Portabilität der Rückstellungen, die im Ergebnis dazu führt, dass Versicherte bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens eine deftige Prämienhöhung einkalkulieren muss.

### **Angebliche Nachteile der solidarischen Gesundheitsprämie**

#### *Keine vollständige Abkoppelung vom Erwerbseinkommen*

Kritisiert wird teilweise, bei einer Festschreibung des Arbeitgeberanteils würden die Gesundheitsausgaben nur zu einem bescheidenen Teil von den Arbeitskosten entkoppelt. Zudem würde damit der »Abgabenkeil« im Prinzip unverändert bleiben. Das Berliner Institut für Gesundheit und Sozialforschung kommt hingegen zu dem Ergebnis, eine Fixierung der Arbeitgeberbeiträge entfalte eine identische Wirkung wie ihre Auszahlung als Bruttolohnbestandteil. Aus Sicht des Arbeitgeberinteresses ist es verständlich, dass diese der ökonomisch »saubereren« Lösung, nämlich der Aus-

bezahlung des Arbeitgeberanteils gerne den Vorzug gegeben hätten. Lassen wir in diesem Punkt die Ökonomen weiter streiten – wissend, dass manch eine ökonomische Theorie, die früher als Irrlehre galt, heute die herrschende Meinung ist.

#### *Beibehaltung der Versicherungspflichtgrenze*

Vielfach wird die Auffassung vertreten, mit der Beschränkung der Versicherungspflicht auf die einkommensschwächeren Gruppen ergäben sich aus dem deutschen System regressive Umverteilungswirkungen, die einer sozialpolitischen Rechtfertigung entbehren. Es entstehe ein segmentierter Krankenversicherungsmarkt mit einer gesetzlichen Krankenversicherung einerseits, in der nicht risikodifferenzierte, einkommensabhängige Beiträge erhoben werden, und einer privaten Krankenversicherung andererseits, die prinzipiell risikoorientierte Pauschalprämien mit einem Sparanteil (Kapitaldeckung) kalkuliert.

Schiebt man die bereits aufgezeigten verfassungsrechtlichen Bedenken einmal beiseite, bleibt immer noch die ordnungspolitisch zu beantwortende Frage, ob nicht unser plurales Gesellschaftsmodell ein Nebeneinander von solidarisch finanzierter gesetzlicher Krankenversicherung und eine auf dem Äquivalenzprinzip basierende private Krankenversicherung in sich rechtfertigt.

### **Fazit**

Das solidarische Gesundheitsprämien-Modell ist – unbestritten – ein Kompromiss, aber das Modell ist besser als alle anderen Vorschläge wie zum Beispiel die Bürgerversicherung als Zwangsversicherung oder die Alternativen von z.B. Rürup/Wille, die zwar ökonomisch puristischer sind, freilich aber so viele Fragen offen lassen, dass man das auf Kiel gelegte Schiff besser wieder auf der Werft zerlegt, bevor man es vom Stapel lässt:

- Die Refinanzierung der fehlenden Mittel für den Finanzausgleich über einen Zuschlag von 11,9 Prozentpunkten zum Solidaritätszuschlag, ist standortpolitisch und damit auch arbeitsmarktpolitisch letal. Es würden hierdurch mehr Arbeitsplätze vernichtet, als das Modell jemals generieren kann. Zu Recht hat deshalb Rürup die arbeitsmarktpolitischen Auswirkungen seines Modells weder thematisiert noch quantifiziert.
- Die Refinanzierung über eine Umsatzsteuererhöhung in Höhe von 2,5 Prozentpunkten ist verteilungspolitisch inakzeptabel.
- Und die dritte, von Rürup/Wille selbst nicht sehr geschätzte Alternative einer zusätzlichen Beitragserhebung nur von den GKV-Versicherten in Höhe von 2,9 Prozent-

punkten ist modelltheoretisch inkonsistent und bürokratisch.

Ein Gesundheitsprämien-Modell in Deutschland wird es nur über den CDU/CSU-Vorschlag zur Gesundheitspauschale geben. Dieses Modell beseitigt die Ungerechtigkeiten im gegenwärtigen System, es ist solidarisch, gerecht und unbürokratisch, entlastet die Arbeit von steigenden Gesundheitskosten, schafft Transparenz und mehr Wettbewerb.



Andreas Hauffer\*

### **Pauschalprämien im Gesundheitswesen – Wechsel der Diskussionsebene ist nötig**

Die Einführung einer Pauschalprämie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die alternativ auch als Kopfpauschale oder Gesundheitsprämie bezeichnet wird, wird von wirtschaftswissenschaftlichen Expertengremien schon seit Jahren gefordert. Der Sachverständigenrat hat diese Reform in seinen letzten Jahresgutachten ausführlich gewürdigt, und in diesem Jahr hat der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen ein Gutachten mit derselben Stoßrichtung vorgelegt. Nachdem die Rürup-Kommission mehrheitlich, wenn auch nicht einstimmig, ebenfalls für die Pauschalprämie votiert hat, hat dieser Reformvorschlag über die Herzog-Kommission Eingang in das Programm der CDU und damit in die unmittelbare politische Diskussion gefunden. Nun ist nach langem Ringen zwischen CDU und CSU ein Kompromiss gefunden worden, der die Pauschalprämie zwar im Grundsatz erhält, ihre verteilungspolitischen, damit aber auch ihre effizienzsteigernden Wirkungen gegenüber dem reinen Konzept jedoch deutlich abschwächt.

Nach diesem Kompromiss der Unionsparteien soll die Pauschalprämie für den einzelnen Bürger 109 € betragen. Dies entspricht nur ungefähr der Hälfte der für eine vollständige Finanzierung der GKV-Ausgaben notwendigen Pauschalprämie, die sich gegenwärtig auf ca. 200 bis 220 € belaufen würde. Weiterhin soll jeder Bürger nur maximal 7% seines Bruttoeinkommens für die pauschale Gesundheitsprämie aufbringen. Das bedeutet, dass für alle Einkommensbezieher mit einem Monatseinkommen unterhalb von ca. 1 550 € ein einkommensabhängiger GKV-Beitrag erhalten bleibt. Für diese Bürger ändert sich also faktisch nichts am Status quo. Auch die Arbeitgeberbeiträge sollen einkom-

\* Prof. Dr. Andreas Hauffer ist Leiter des Seminars für Wirtschaftspolitik an der Universität München.

mensabhängig bleiben und damit für einen sozialen Ausgleich innerhalb des GKV-Systems sorgen. Sie werden leicht von 7 auf 6,5% des Bruttoeinkommens abgesenkt und sollen auf diesem Niveau eingefroren werden. Damit stellt dieser politische Kompromiss sicher, dass niemand höhere GKV-Beiträge bezahlt als bisher. Da aber alle Bürger mit Monatseinkommen zwischen 1 550 € und der Bemessungsgrenze der GKV, die 2005 bei 3 900 € liegt, entlastet werden, muss zwangsläufig ein Finanzierungsdefizit bleiben. Dieses soll nach dem gemeinsamen Vorschlag dadurch aufgefangen werden, dass die ebenfalls von den Unionsparteien geplante Steuerreform Gutverdienende nicht so stark entlastet, wie dies ohne die Einführung der Pauschalprämie geplant gewesen ist und der Spitzensteuersatz nicht auf 36%, sondern lediglich auf 39% abgesenkt werden soll.

In der Summe kommen diese Regelungen einer Reform nahe, die alle Verteilungswirkungen eines Übergangs zu Pauschalprämien entweder ausschaltet oder über das Steuersystem kompensiert. Allenfalls, und abhängig von der genauen Ausgestaltung der gleichzeitigen Steuerreform, verbleibt noch ein Umverteilungseffekt von den Hocheinkommensbeziehern, die über der Beitragsbemessungsgrenze liegen, zu den Beziehern mittlerer und höherer Einkommen unterhalb der Bemessungsgrenze. Die Kehrseite dieser weitgehend verteilungsneutralen Reform ist jedoch, dass von ihr auch keine nennenswerten Effizienzgewinne zu erwarten sind. Letztere könnten nur dann entstehen, wenn die Grenzbelastung der Arbeit sinkt, der zusätzliche Verdienst einer weiteren Arbeitsstunde also weniger stark mit Steuern und Abgaben belegt wird, als dies gegenwärtig der Fall ist. Dies kann aber bei einem gegebenen Finanzierungsbedarf des Sozialsystems nur dadurch erreicht werden, dass möglichst viele Versicherten – und damit eben gerade auch die Einkommensbezieher in der Nähe und unterhalb des Durchschnittseinkommens (das gegenwärtig bei einem Jahresverdienst von etwa 27 000 € liegt) tatsächlich eine pauschale Gesundheitsprämie bezahlen. Eine solche Pauschalprämie wird aber gegenüber dem gegenwärtigen, einkommensabhängigen Finanzierungssystem notwendigerweise die Einkommensstärkeren entlasten und die Einkommensschwächeren belasten, mithin also als »ungerecht« wahrgenommen werden. So stellt auch der Sachverständigenrat in seinem jüngsten Jahresgutachten fest, dass »... der soziale Ausgleich selbst und seine Finanzierung verzerrende Wirkungen hervorrufen, die den grundsätzlichen allokativen Vorteilen einer Pauschalbeitragsfinanzierung teilweise zuwiderlaufen« (SVR 2004, Randziffer 498).

Damit sind wir beim Kern des Dilemmas, das sich bei der Einführung von pauschalen Gesundheitsprämien stellt. Solange die politische Diskussion nämlich nur um die Finanzierungsseite kreist, wie das bisher in Deutschland der Fall ist, ergeben sich keine systematischen Vorteile dieses Instrumentes. Dies zeigt sich daran, dass dieselben Effekte, die

bei einem Wechsel zur pauschalen Gesundheitsprämie auftreten, grundsätzlich auch mit einer Steuerreform erreicht werden könnten, die die Progressionswirkung des gegenwärtigen Systems verringert. Damit stellt sich auch für die Pauschalprämie der aus den Diskussionen zur Einkommensteuerreform hinlänglich bekannte Zielkonflikt zwischen einer möglichst unverzerrenden Belastung mit Steuern und Abgaben einerseits und einer Angleichung der Nettoeinkommen durch ein progressiv wirkendes Steuer- und Abgabensystem andererseits.

Um eine Pauschalprämie systematisch zu begründen, muss man also von der Finanzierungs- auf die Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung überwechseln. Und hier lassen sich tatsächlich grundsätzliche Argumente finden, warum eine Pauschalprämie mehr Effizienz im Gesundheitswesen hervorbringen kann, ohne gleichzeitig zu unerwünschten Verteilungswirkungen zu führen. Denn selbst wenn alle Verteilungseffekte der Pauschalprämie durch das Steuersystem neutralisiert werden und sich somit finanzierungsseitig keinerlei Änderungen ergeben, erlaubt es die Pauschalprämie, ausgabenseitige Reformen durchzuführen, die direkt auf den Gesundheitssektor wirken. Insbesondere könnten für die Versicherten Selbstbeteiligungstarife eingeführt werden, die mit einer entsprechenden Prämienreduktion verbunden sind. Solche Tarife sind im gegenwärtigen deutschen GKV-System nicht erlaubt. Ein entscheidender Grund für diese Vollversicherungspflicht liegt darin, dass bei einkommensabhängigen Tarifen ein eindeutiger Anreiz für Gutverdienende besteht, hohe Eigenanteile und damit hohe Prämienreduktionen zu wählen, weil damit auch der Solidarbeitrag für die Einkommensschwächeren reduziert werden kann. Aus dem gleichen Grunde lohnen sich für Geringverdiener Selbstbehalte in aller Regel nicht, weil damit auch der Solidarzuschuss aus der GKV sinken würde. Unter einem System einkommensabhängiger GKV-Prämien führen Selbstbehaltoptionen also zu einer systematischen Verzerrung bei der Wahl der Selbstbehalte und damit zu einer (Einkommens-) Entsolidarisierung des Systems. Deshalb müssen sie, wie etwa in der Schweiz, mit pauschalen Gesundheitsprämien gekoppelt werden. Dies bedeutet wiederum, dass der gesellschaftlich gewünschte Einkommensausgleich vollständig über das Steuersystem stattfinden muss.

Dass solche Selbstbehalte wirksam sind, hat schon die betragsmäßig geringe Zehn-Euro-Pauschale gezeigt, die seit Januar 2004 in jedem Quartal an den Hausarzt bezahlt werden muss. Ist diese Pauschale in einem bestimmten Zeitraum jedoch einmal bezahlt, entfaltet sie keine weiteren Steuerungswirkungen mehr. Eine weitergehende Reform wäre es also, einen festen Prozentsatz (z.B. 10%) der Arztkosten bis zu einem jährlichen Maximum selbst zu bezahlen, wie dies bei Arzneimitteln bereits der Fall ist. Dieser Eigenanteil könnte wahlweise auch aufgestockt werden. Der Vorteil der-

artiger genereller Selbstbehalte läge zum einen darin, dass Patienten unnötige (zusätzliche) Arztbesuche unterlassen, zum anderen würden sie auch bei den vom Arzt angebotenen Leistungen einen sehr viel intensiveren Kosten-Nutzen-Vergleich anstellen, als dies heute der Fall ist. Ein solches System müsste sicherlich behutsam eingeführt werden, ist aber ein notwendiger Baustein einer Reform, die vorhandene Einsparpotentiale im deutschen Gesundheitswesen ausschöpft. So zeigen internationale Vergleiche, dass die Deutschen einen geringeren Anteil an den Gesundheitsausgaben durch eigene Zuzahlungen tragen als ihre Nachbarn, während sie gleichzeitig die angebotenen Gesundheitsleistungen quantitativ stärker in Anspruch nehmen (Osterkamp 2001).

Diese Argumente sind zwar den gesundheitspolitischen Experten geläufig, eine breite politische Diskussion über Selbstbehalte und ihr Einsparpotential hat bisher jedoch in Deutschland nicht stattgefunden. Der Unionskompromiss geht in dieser Hinsicht in die falsche Richtung, weil er große Teile des Einkommensausgleichs innerhalb des Gesundheitssystems belässt und damit die Einführung von generellen Selbstbehaltstarifen erschwert. Es wird Zeit, dass sich die politische Diskussion um Reformen im deutschen Gesundheitssystem von der isolierten Betrachtung der Einnahmenseite löst und die Wechselwirkungen zwischen Finanzierungs- und Ausgabenstruktur der GKV in die Überlegungen einbezieht.

## Literatur

Osterkamp, R. (2001), »Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich: Bewertung und Reformalternativen«, *ifo Schnelldienst* 54(10), 9–16. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004), *Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland*, Jahresgutachten 2004/05.



Hans Fehr\*

## Das Gesundheitsprämien-Modell der Union – Ein langer Anlauf, aber nur ein kurzer Sprung

Nach langer Diskussion haben sich nun CDU und CSU auf zentrale Eckpunkte einer Reform der gesetzlichen Krankenversicherung verständigt. Damit konnte der offene Streit zwischen den Unionsparteien über die Gesundheitspolitik gerade noch rechtzeitig vor dem CDU-Parteitag beendet werden. Bei einem Regierungswechsel soll das gegenwärtige einkommensbezogene Beitragssystem der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschafft und an dessen Stelle eine »solidarische Gesundheitsprämie« eingeführt werden.

## Das Konzept der solidarischen Gesundheitsprämie

Jeder gesetzlich Versicherte zahlt dann eine persönliche Gesundheitsprämie von 109 €. Sofern dieser Betrag 7% des Einkommens übersteigt, erhält der Versicherte Ausgleichszahlungen in Höhe dieser Differenz erstattet. Der Arbeitgeberbeitrag wird auf 6,5% des beitragspflichtigen Einkommens festgeschrieben und in eine Clearingstelle eingezahlt. Diese zahlt an jede Kasse einen einheitlichen Betrag pro Versicherten (Arbeitgeberprämie), der sich an den durchschnittlichen Gesundheitskosten orientiert und nach derzeitigem Stand rund 60 € betragen würde. Die Clearingstelle finanziert auch den Solidarausgleich, welcher die persönliche Gesundheitsprämie auf 7% des Einkommens begrenzt. Ehepartner ohne eigenes Einkommen müssen damit Prämien abführen, die bislang prämiensfreie Mitversicherung von Kindern soll dagegen aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden.

\* Prof. Hans Fehr ist Inhaber des Lehrstuhls für Finanzwissenschaft an der Universität Würzburg.

Mit dem beschlossenen Wechsel vom Beitrags- zum Prämiensystem käme es zu einem weitreichenden Umbau des bestehenden Gesundheitssystems. Entscheidend für die Beurteilung des Reformmodells sind die zur Auswahl stehenden Alternativen. Allein bei den Prämienmodellen werden gegenwärtig mindestens drei Varianten diskutiert, welche vom Gesundheitsprämien-Modell der Rürup-Kommission über die jüngst vom Sachverständigenrat vorgeschlagene Bürgerpauschale bis hin zum kapitalgedeckten Gesundheitssystem reichen, wie es etwa der Kronberger Kreis befürwortet. Darüber hinaus gibt es unterschiedliche Varianten der Bürgerversicherung, die von SPD und Grünen propagiert werden. Innerhalb der CDU hatte man sich zunächst auf den Ansatz von Bernd Rürup verständigt, welcher die vollständige Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge sowie eine maximale Belastungsgrenze von 12,5% des Einkommens vorsah.

### Die Mechanik unterschiedlicher Prämienmodelle im Vergleich

Im Folgenden soll deshalb die beschlossene Reform vor allem an der ursprünglichen Konzeption gemessen werden. Tabelle 1 vergleicht die Methodik und erläutert die zentralen Unterschiede der beiden Berechnungsmodelle für einen ledigen Arbeitnehmer. Die beiden ersten Spalten zeigen das monatliche Bruttoeinkommen und die dazugehörigen aktuellen GKV-Beiträge, wobei ein Gesamtbeitragsatz von 14% zugrunde gelegt wird. Zu beachten ist, dass nicht zwischen den Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen unterschieden wird. Die paritätische Finanzierung der Beiträge mag formaljuristisch wichtig sein, sie ist aber unerheblich für die Belastungs- und Beschäftigungswirkung der Beiträge. Denn die Arbeitgeber führen zwar die Beiträge an die Sozialkassen ab, aber diese Kosten werden über die Löhne an die Arbeitnehmer weitergereicht. Deshalb ist es folgerichtig, in

Spalte (1) von Tabelle 1 den gesamten Beitrag auszuweisen und nicht den hälftigen Arbeitnehmeranteil.

Nach dem ursprünglichen Reformkonzept sollte der Arbeitgeberanteil an den Versicherten ausbezahlt werden. Das Bruttoeinkommen würde damit um jeweils 7 Prozentpunkte ansteigen. Jeder erwachsene Versicherte müsste dann 169 € an die Kasse abführen. Sofern dieser Betrag 12,5% des Einkommens übersteigt, wird die Differenz durch Transferzahlungen ausgeglichen. Bei einem (ursprünglichen) Einkommen von 1 000 € beträgt die Belastungsobergrenze 134 € (0.125 · 1 070 €). Der Solidarausgleich beläuft sich damit auf 35 €, so dass der Versicherte unter dem Rürup-Modell monatlich 29 € an Beiträgen einsparen würde. Mit zunehmendem Einkommen sinkt der Solidarausgleich, schon bei 1 500 € ist keine Ausgleichszahlung mehr nötig. Unter dem Unions-Modell ergibt sich die tatsächliche Beitragsbelastung aus der Summe des Arbeitgeberbeitrags (in Höhe von 7% des Bruttolohns) sowie der persönlichen Gesundheitsprämie von 109 €. Nun wird allerdings die persönliche Gesundheitsprämie auf maximal 7% des Bruttolohns begrenzt, deshalb erhält der Versicherte mit einem monatlichen Einkommen von 1 000 € nun 39 € als Transfer. Insgesamt wird er damit in gleicher Weise belastet wie unter dem gegenwärtigen System. Bei steigendem Einkommen werden keine Transfers mehr fällig, und der Versicherte erfährt eine Absenkung der Beitragsbelastung im Vergleich zum Status quo.

Tabelle 2 zeigt den Solidarausgleich sowie die Entlastungswirkung der beiden Modelle bei einem verheirateten Alleinverdiener. Weil nun für den nicht berufstätigen Ehegatten ebenfalls Prämien in Höhe von 169 € bzw. 109 € fällig werden, steigt der Solidarausgleich im unteren Einkommensbereich im Vergleich zu Tabelle 1 erheblich an. Zu beachten ist, dass der Solidarausgleich unter dem Rürup-Modell zwar zunächst höher ausfällt, er jedoch mit zunehmen-

**Tab. 1**  
Gesundheitsprämienmodelle im Vergleich (Lediger)

| Einkommen<br>(in €) | GKV-<br>Beitrag<br>(1) | Rürup-Modell              |                              |                                      | Unions-Modell             |                              |                                      |
|---------------------|------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
|                     |                        | Kopf-<br>pauschale<br>(2) | Solidar-<br>ausgleich<br>(3) | monatl.<br>Entlastung<br>(1)-(2)+(3) | Gesamt-<br>Beitrag<br>(4) | Solidar-<br>ausgleich<br>(5) | monatl.<br>Entlastung<br>(1)-(4)+(5) |
| 1 000               | 140                    | 169                       | 35                           | 29                                   | 179                       | 39                           | 0                                    |
| 1 500               | 210                    | 169                       | 0                            | 41                                   | 214                       | 4                            | 0                                    |
| 2 000               | 280                    | 169                       | 0                            | 111                                  | 249                       | 0                            | 31                                   |
| 2 500               | 350                    | 169                       | 0                            | 181                                  | 284                       | 0                            | 66                                   |
| 3 000               | 420                    | 169                       | 0                            | 251                                  | 319                       | 0                            | 101                                  |
| 3 500               | 490                    | 169                       | 0                            | 321                                  | 354                       | 0                            | 136                                  |
| 4 000               | 490                    | 169                       | 0                            | 321                                  | 354                       | 0                            | 136                                  |



**Tab. 2**  
**Gesundheitsprämienmodelle im Vergleich (Verheirateter Alleinverdiener)**

| Einkommen<br>(in €) | GKV-<br>Beitrag<br>(1) | Rürup-Modell              |                              |                                      | Unions-Modell             |                              |                                      |
|---------------------|------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
|                     |                        | Kopf-<br>pauschale<br>(2) | Solidar-<br>ausgleich<br>(3) | monatl.<br>Entlastung<br>(1)-(2)+(3) | Gesamt-<br>Beitrag<br>(4) | Solidar-<br>ausgleich<br>(5) | monatl.<br>Entlastung<br>(1)-(4)+(5) |
| 1 000               | 140                    | 338                       | 204                          | 6                                    | 288                       | 148                          | 0                                    |
| 1 500               | 210                    | 338                       | 138                          | 10                                   | 323                       | 113                          | 0                                    |
| 2 000               | 280                    | 338                       | 70                           | 12                                   | 358                       | 78                           | 0                                    |
| 2 500               | 350                    | 338                       | 4                            | 16                                   | 393                       | 43                           | 0                                    |
| 3 000               | 420                    | 338                       | 0                            | 82                                   | 428                       | 8                            | 0                                    |
| 3 500               | 490                    | 338                       | 0                            | 152                                  | 463                       | 0                            | 27                                   |
| 4 000               | 490                    | 338                       | 0                            | 152                                  | 463                       | 0                            | 27                                   |

dem Einkommen auch schneller abgebaut wird. Dies wird im Folgenden noch eine wichtige Rolle spielen.

### Bewertung der Reformmodelle

Bei der Beurteilung der Reform kann man sich direkt an den gesundheitspolitischen Leitsätzen der Union orientieren. Danach sollen mit der Reform vor allem Arbeitsplätze geschaffen und die Verteilungsgerechtigkeit verbessert werden. Darüber hinaus soll die Transparenz der Gesundheitskosten erhöht und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gefördert werden, um den Anstieg der Gesundheitskosten zu dämpfen. Schließlich sollen die Einnahmen der Krankenkassen von der Konjunkturentwicklung abgekoppelt und der bürokratische Aufwand auf Seiten der Krankenkassen reduziert werden.

Positive Beschäftigungswirkungen für den Arbeitsmarkt erhofft man sich durch den Übergang zu Pauschalbeiträgen in zweifacher Hinsicht. Erstens sinkt sofort die Grenzbelastung des Arbeitseinkommens, so dass auf Seiten der Arbeitnehmer die Anreize für die Ausweitung des Arbeitsangebotes oder zur Aufnahme einer (legalen) Beschäftigung steigen. Zweitens wird der künftige Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen nicht mehr automatisch auf die Lohnkosten durchschlagen. Sofern die gesamten Arbeitskosten aufgrund der Reform auf mittlere Sicht langsamer steigen, werden die Arbeitgeber entsprechend die Arbeitsnachfrage ausweiten. Soweit die Theorie, bei der praktischen Umsetzung müssen einige Einschränkungen beachtet werden. Natürlich erhält man nur dann eine Absenkung der Grenzbelastung, wenn die Pauschalprämie unter der Belastungsobergrenze liegt. Bei Versicherten mit Anspruch auf Solidarausgleich bleibt das Anreizproblem zunächst völlig unverändert. Gerade im unteren Einkommensbereich werden sich deshalb kaum positive Beschäftigungseffekte aufgrund des Prämienystems einstellen. Die Tabellen zeigen aber, dass der

Solidarausgleich unter dem Rürup-Modell schneller abgebaut wird. Folglich schneidet dieser Ansatz in Hinblick auf die Beschäftigungswirkungen vermutlich günstiger ab. Allerdings ist zu beachten, dass die Tabellen die Gegenfinanzierung der beiden Reformmodelle völlig ausblenden. Für die langfristige Anreizwirkung wird entscheidend sein, wie sich künftig der Solidarausgleich bei steigenden Gesundheitsausgaben verändern wird. Bleibt die Belastungsobergrenze trotz steigender Prämienzahlungen konstant, wirkt dies positiv auf die Beschäftigung. Umgekehrt dämpft jede Anpassung der Belastungsobergrenze nach oben den Beschäftigungsanstieg. Auch die positiven Wirkungen auf die Arbeitsnachfrage stellen sich nicht automatisch ein. Wenn die Gewerkschaften die steigenden Gesundheitskosten bei den Lohnforderungen berücksichtigen und daraus hohe Tarifabschlüsse resultieren, werden die Arbeitgeber ihre Arbeitsnachfrage nur beschränkt ausweiten.

Wenn die Beschäftigungswirkungen der Reform anscheinend eher schwach und unbestimmt ausfallen, sollten wenigstens deren Verteilungswirkungen eindeutig positiv sein. Hier gibt es auch einiges zu verbessern. Zwar werden von Seiten der Politik immer wieder die »sozialen« Komponenten des GKV-Systems hervorgehoben, jedoch sind die Umverteilungswirkungen dieses Systems alles andere als sozial. Denn die sozialpolitisch erwünschte Förderung von Familien und Begrenzung der Beiträge im unteren Einkommensbereich wird im Wesentlichen von den Arbeitnehmern im mittleren Einkommenssegment finanziert. Selbständige und Arbeitnehmer oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können sich dieser Umverteilung durch Ausstieg entziehen (sofern sie dadurch belastet werden), Beamte werden erst gar nicht einbezogen. Problematisch ist schließlich auch, dass die Umverteilung am Lohneinkommen ansetzt und keine individuellen Lebensumstände berücksichtigt. Mehr Verteilungsgerechtigkeit kann also nur bedeuten, dass die Einkommensumverteilung innerhalb der Krankenversicherung abgestellt und in das staatliche Steuer- und Transfersystem

übergeführt wird. Mit den vorliegenden Prämienmodellen wird zweifellos auch diese Zielsetzung verfolgt. Nicht erwerbstätige Ehepartner müssen eigene Beiträge abführen, die Versicherung von gesetzlich und privat versicherten Kindern soll aus allgemeinen Steuermitteln erfolgen. Das Prämienmodell der Union entlastet die Arbeitnehmer im mittleren Einkommensbereich allerdings nur halbherzig, weil der Arbeitgeberanteil auch weiterhin proportional zum Lohn-einkommen abgeführt wird. Der ursprüngliche Ansatz ist in dieser Hinsicht wesentlich konsequenter, weil die Arbeitgeberanteile an die Arbeitnehmer ausbezahlt werden. Wie die Tabellen deutlich zeigen, führt dies zu höheren monatlichen Entlastungen vor allem bei den mittleren Einkommen. Damit werden aber lediglich die völlig willkürlichen Verteilungseffekte des gegenwärtigen GKV-Systems beseitigt. Der Solidarausgleich wird vollständig aus allgemeinen Steuermitteln finanziert und belastet zielgenau alle Beschäftigten in Relation zu ihrem steuerlich verfügbaren Einkommen. Beim Modell der Union fällt die Entlastung schwächer aus, weil auch weiterhin die Arbeitnehmer im mittleren Einkommensbereich überproportional mit dem Solidarausgleich belastet werden.

Auch in Hinblick auf die Transparenz der Gesundheitskosten hat das Unionsmodell nicht viel zu bieten. Während im Rürup-Modell die Prämie in Höhe von 169 € sowohl die durchschnittlichen Gesundheitskosten als auch die tatsächliche Belastung anzeigt, verschleiert die persönliche Gesundheitsprämie von 109 € sowohl die individuellen Gesundheitskosten als auch die tatsächliche Belastung, welche noch über der Gesamtgesundheitsprämie liegt (vgl. Tab. 1 und 2). Positiv zu beurteilen ist lediglich, dass die Kassen künftig für jeden Versicherten einen identischen Beitrag erhalten sollen. Damit wird sowohl der Wettbewerb zwischen den Kassen gestärkt als auch die Problematik des Risikostrukturausgleichs etwas entschärft. Es muss jedoch bezweifelt werden, dass mit dem Unionsmodell die Bürokratie im Gesundheitssektor sinkt. Die Arbeitgeber müssen ihre Beiträge an die Clearingstelle überweisen, welche die einkommensabhängigen Beiträge in Pauschalzahlungen an die Versicherungen umwandelt und den Solidarausgleich finanziert. Die Krankenkassen müssen die Einkommensverhältnisse ihrer Mitglieder prüfen und bei Überschreiten der Belastungsobergrenze den Solidarausgleich von der Clearingstelle einfordern. Auch in dieser Hinsicht schneidet das ursprüngliche Modell günstiger ab, weil die Pauschalbeiträge direkt an die Kassen fließen und keine Clearingstelle benötigt wird.

Für die Kassen steigt nicht nur der bürokratische Aufwand, auch die Unstetigkeit und Konjunkturabhängigkeit der Beitragseinnahmen wird nur wenig vermindert. Während beim Rürup-Modell der gesamte Beitrag von der konjunkturellen Entwicklung abgekoppelt wird, bleibt im Unions-Modell der Arbeitgeberbeitrag weiter abhängig vom Wachstum der

Lohnsumme. Der Unionskompromiss bringt also eine Verbesserung im Vergleich zur gegenwärtigen Situation, aber die ursprüngliche Konzeption war wesentlich zielgenauer.

Zu guter Letzt muss auch die Finanzierung der solidarischen Gesundheitsprämie kritisch hinterfragt werden. Die Union rechnet damit, dass die Arbeitgeber 65 Mrd. € an die Clearingstelle überweisen. Hinzu kommen rund 7 Mrd. € aus der geplanten Anhebung des Spitzensteuersatzes um 3 Prozentpunkte. Für die Arbeitgeberprämie werden laut Union rund 41 Mrd. € benötigt, deshalb blieben noch 31 Mrd. € für die Finanzierung der Kinderbeiträge und den Solidarausgleich. Ob dies ausreicht muss bezweifelt werden, denn im Rürup-Modell werden für Letztere insgesamt 34,6 Mrd. € angesetzt. Während die Kinderpauschalen in beiden Modellen identisch sind, ist nicht eindeutig klar, welcher Ansatz höhere Aufwendungen für den Sozialausgleich impliziert. Entscheidend sind die Einkommensverteilung und der Familienstand der Versicherten (vgl. Tab. 1 und 2). Hinzu kommt, dass im Unionsmodell die Belastungen aus einer eigenständigen Krankengeldversicherung noch nicht enthalten sind und der angesetzte Arbeitgeberbeitrag von 65 Mrd. € wohl allzu optimistisch ausfällt. In den letzten Jahren belief sich letzterer auf rund 59 Mrd. €. Insgesamt erhält man damit eine Finanzierungslücke von fast 10 Mrd. €.

### Fazit

Die Unionsparteien haben zwar einen langen Anlauf genommen, am Ende trauten sie sich dann aber doch nicht richtig zu springen. Denn das nun vereinbarte Kompromissmodell fällt in nahezu allen relevanten Kriterien gegenüber dem ursprünglichen Konzept zurück. Darüber hinaus steht die Finanzierung auf tönernen Füßen. Es ist schwer vorstellbar, dass die solidarische Gesundheitsprämie bei einem Regierungswechsel in dieser Form umgesetzt wird. Aber vielleicht konnte man sich gerade deswegen auf diesen Kompromiss einigen.



Friedrich Breyer\*

## Der CDU/CSU-Vorschlag: Kontra

Die politische Debatte über eine mögliche Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung leidet unter zwei Mängeln. Der erste ist die Verengung auf die Alternative »Bürgerversicherung« oder »Kopfpauschale«. Sie ist der Rürup-Kommission zuzuschreiben, die mit ihrem »Y-Modell« den irreführenden Eindruck erweckt hat, man könne entweder den Kreis der Pflichtversicherten erweitern – und müsse dann die Einkommensabhängigkeit der Finanzierung beibehalten – oder die Beiträge vom Einkommen abkoppeln – und dabei den Versichertenkreis so belassen, wie er ist. Der Irrtum ist deshalb besonders fatal, weil gerade die Einbeziehung von Bevölkerungsgruppen in die Versicherungspflicht, die nicht Arbeitnehmer sind, sondern z.B. Selbständige, eine Änderung der Bemessungsgrundlage Lohn Einkommen zwingend notwendig macht.

Der zweite Mangel ist die Ideologisierung der Debatte. Diese ist daran abzulesen, dass die Anhängerschaft der beiden Modelle fast deckungsgleich mit den beiden politischen Lagern ist und dass die Befürworter eines Modells dem jeweils anderen Modell Nachteile zuschreiben, die ebenso für den Status quo gelten, ohne dass dieser Umstand offen ausgesprochen würde. Die folgenden besonders markanten Beispiele dafür findet man leider bisweilen auch in den Äußerungen prominenter Ökonomen:

1. »Die Bürgerversicherung ist eine Bürger-Zwangsversicherung.« Diese Aussage ist richtig, aber irreführend, da auch die heutige GKV für knapp 80% der Bevölkerung einen Mitgliedschaftszwang beinhaltet.
2. »Bei der Bürgerversicherung handelt es sich in Wahrheit um eine zweite Einkommensteuer.« Auch dies ist vermutlich richtig – die genauen Pläne der SPD, welche

Einkommen in die Beitragserhebung einbezogen werden sollen, stehen ja noch aus –, lenkt aber von der Tatsache ab, dass der heutige GKV-Beitrag »in Wahrheit« eine zweite Lohnsteuer ist.

3. »Das Prämienmodell ist ungerecht, weil der Topmanager den gleichen Beitrag zahlen muss wie seine Sekretärin.« Dieses Argument ist dann besonders perfide, wenn es von Verfechtern des Status quo vorgebracht wird, weil jetzt der Topmanager überhaupt nicht pflichtversichert ist, sondern den Vorteil der Wahlmöglichkeit einer Privatversicherung genießt.
4. »Das Prämienmodell mit steuerfinanziertem Beitragszuschuss führt zu Steuererhöhungen und ist damit untragbar, da die Steuern gesenkt und nicht erhöht werden müssen.« Auch diese Ansicht ist nicht zwingend, da eine Verzerrung der Arbeitsanreize durch die Summe der Belastungen auf zusätzliches Einkommen entsteht und es nicht auf deren Benennung (»Steuern« oder »Beiträge«) ankommt.

Eine sachliche Diskussion über die Neugestaltung der GKV muss demgegenüber zunächst die Frage der Pflichtmitgliedschaft und anschließend die der Beitragserhebung klären.

## Warum eine Pflichtversicherung?

Die Prinzipien eines liberalen Rechtsstaats verlangen, dass jede Einschränkung persönlicher Freiheiten durch den Staat, auch die Zwangsmemberschaft in einer sozialen Krankenversicherung, damit begründet wird, dass ohne diese Maßnahme ein noch größerer Verlust an Handlungsfreiheit drohen würde. Worin besteht dieser konkret im Fall der Krankenversicherung?

1. Zum einen kann der Zwang mit dem Ziel begründet werden, die Ausbeutung der Gesellschaft durch »Trittbrettfahrer« zu verhindern, die bewusst auf einen Versicherungsschutz verzichten, weil sie sich im Krankheitsfall auf die Hilfe durch staatliche Fürsorge verlassen. Dieser Gedanke war bei Gründung der GKV Ende des 19. Jahrhunderts durchaus relevant, als mehr als 50% der Ausgaben auf Lohnersatzleistungen (Krankengeld) entfielen. Die Mitgliedschaftspflicht zwang den Einzelnen, zu dem Versicherungsschutz einen Beitrag zu leisten, und erhöhte somit die Freiheitsspielräume der Steuerzahler, die nun nur noch für echte Notfälle aufkommen mussten. Besser Verdienende wurden – in Form der Versicherungspflichtgrenze – vom entsprechenden Zwang ausgenommen, weil ihnen der Staat zutraute, durch Ersparnis für die Wechselfälle des Lebens selbst vorzusorgen. Im Rahmen eines nach dem Äquivalenzprinzip finanzierten Versicherungssystems – höheren Beiträgen standen höhere Geldleistungen im Krankheitsfall gegenüber – war

\* Prof. Dr. Friedrich Breyer ist Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Wirtschafts- und Sozialpolitik, an der Universität Konstanz und Forschungsprofessor am DIW, Berlin.

eine solche Ausnahme von der Mitgliedschaftspflicht nicht problematisch.

Unter den heutigen Bedingungen kann diese Begründung für die Pflichtmitgliedschaft in der GKV (und ihre Abgrenzung) nicht mehr überzeugen: Da das Krankengeld nur noch ca. 5% der Gesamtausgaben der GKV ausmacht, ist das Äquivalenzprinzip weitgehend dem Solidarprinzip gewichen, nach dem die niedrigen Risiken und die besser Verdienenden die Krankenbehandlung der hohen Risiken und der Einkommensschwachen mitfinanzieren, und man benötigt eine andere Rechtfertigung für die Zwangsmemberschaft.

2. Diese findet man in dem Ziel der Herstellung von Chancengleichheit: Bereits bei der Geburt sind Unterschiede zwischen den Menschen bezüglich des Krankheitsrisikos erkennbar, und mit den Fortschritten der genetischen Diagnostik und der Verbreitung solcher Tests, vor allem im pränatalen Bereich, wird die Messbarkeit individueller Risiken noch weiter präzisiert werden. In der privaten Versicherung schlagen sich diese Differenzen im Risiko in Unterschieden in den Prämien für eine Krankheitskostenversicherung nieder, d.h. diejenigen, die von der Natur ohnehin schon mit dem geringeren »Gesundheitskapital« ausgestattet worden sind, müssen auch noch einen größeren Geldbetrag für einen ansonsten identischen Versicherungsschutz zahlen.

Hier wird nun ein Risikoausgleich durch die Verpflichtung aller Bürger bewirkt, eine Krankenversicherung mit einem bestimmten Mindestleistungsumfang abzuschließen – verbunden mit Kontrahierungszwang (d.h. die Kassen müssen jeden Bürger versichern) und Diskriminierungsverbot (d.h. risiko-unabhängige Beiträge). Hinter dem Schleier des Nichtwissens würde jeder eine solche Verpflichtung begrüßen, weil sie ihm im Falle eines ungünstigen Ausgangs der »Gesundheitslotterie« bedeutende Freiheitspielräume sichert, die er ohne sie nicht hätte.

Diese Rechtfertigung der Zwangsmemberschaft mit dem Ziel, Chancengleichheit herzustellen, verliert ihren Sinn, wenn gerade die Leistungsfähigsten, die ohnehin schon von der Natur privilegiert worden sind, nach Lüftung des Schleiers ihre Entscheidung zur Mitgliedschaft daran knüpfen können, ob sie (als hohe Krankheitsrisiken) von dem beschriebenen Ausgleich profitieren oder nicht. Vielmehr ist eine solche Umverteilung nur dann legitim, wenn sie durch Ausdehnung der Mitgliedschaftspflicht auf die gesamte Wohnbevölkerung universellen Charakter hat, wie es etwa in der Schweiz der Fall ist.

Besonders befremdlich an der gegenwärtigen Rechtslage in Deutschland ist die Tatsache, dass der Staat von der Mitgliedschaftspflicht ausgerechnet seine eigenen Diener, die Beamten, sowie – durch die Versicherungspflichtgrenze – die meisten Politiker ausnimmt. In einem liberalen Rechtsstaat erscheint es vollkommen unakzeptabel, dass diejenigen, die die Gesetze formulieren und ihre Anwendung überwachen, sich das Privileg der

Ausnahme genehmigen. Dabei ist auch noch zu bedenken, dass sich in Folge der Mittelknappheit in der GKV und der Steuerung durch feste Budgets eine ausgesprochene Zweiklassenmedizin herausgebildet hat: Eine Rationierung, d.h. zumindest eine zeitliche Verschiebung medizinisch indizierter Leistungen, betrifft GKV-Mitglieder immer häufiger, während sie bei privat Versicherten keine Rolle spielt.

Das CDU/CSU-Modell will an diesem allgemein als ungerrecht empfundenen Zustand festhalten und kann daher in diesem Punkt nicht überzeugen.

### Pauschalprämien oder einkommensbezogene Beiträge?

Viele haben vergessen, dass die historische Begründung für die Orientierung des GKV-Beitrags am Arbeitseinkommen das Äquivalenzprinzip war, da ja zunächst das lohnabhängige Krankengeld eine wesentliche Komponente der Gesamtleistung der GKV darstellte. Spätestens mit der Verlagerung der Lohnfortzahlung für die ersten sechs Krankheitswochen auf den Arbeitgeber im Jahre 1970 ist diese Begründung entfallen.

Die Frage der Beitragserhebung läuft also darauf hinaus, ob innerhalb der Pflichtversicherung neben der Umverteilung von Krankheitslasten (gleicher Beitrag für ungleiche Risiken) zusätzlich eine Umverteilung von Einkommen durch einkommensbezogene Beiträge vorgenommen werden soll oder ob diese ausschließlich ins Steuersystem gehört. Prima facie scheint die Antwort klar zu sein: Da Einkommensumverteilung mit dem Prinzip der Leistungsfähigkeit begründet wird, gehört sie ins Steuersystem, denn dort können sämtliche Merkmale der Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden. Dies spricht für eine einheitliche Pro-Kopf-Prämie für alle Mitglieder einer Kasse, gegebenenfalls zwischen Erwachsenen und Kindern differenziert.

Zudem wird von Anhängern des Prämienmodells argumentiert, dass durch die gegenwärtige Bemessung am Arbeitseinkommen ein zusätzlicher Keil zwischen die Arbeitskosten je Stunde und den Nettolohn getrieben wird, so dass eine Abkopplung positive Arbeitsmarkteffekte haben müsste.

Andererseits scheitert eine reine Pauschalprämie aus den gleichen Gründen wie eine Pauschalsteuer, weil man sie bei Personen ohne eigenes Einkommen nicht erheben kann. Akzeptiert man also, dass

1. der typische Sozialhilfeempfänger ohne Einkommen und Vermögen einen Beitrag von null zahlt, während
2. der Bezieher eines Durchschnittseinkommens eine Prämie zahlt, die den durchschnittlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben entspricht,

so ist es schon mathematisch nicht möglich, eine Belastung zusätzlichen Einkommens über die gesamte Einkommensskala auszuschließen, denn dies entspräche dem Versuch, von Kiel nach Garmisch zu radeln, ohne ein einziges Mal bergauf zu fahren. Die entscheidende Frage lautet daher nicht, ob der effektive Beitrag (unter Berücksichtigung etwaiger Zuschüsse) einkommensabhängig gestaltet wird, sondern wie der Beitragstarif genau aussehen soll.

Eine mögliche Antwort auf diese Frage lautet: Die Prämie soll genau in dem Maß staatlich bezuschusst werden, wie sie einen bestimmten Anteil am Einkommen (Überfordergrenze) übersteigt.<sup>1</sup> Diese Lösung ist jedoch unbefriedigend, da sie de facto darauf hinausläuft, dass der Beitragstarif so bleibt, wie er ist, und dass lediglich die Bemessungsgrundlage Arbeitseinkommen durch das Gesamteinkommen ersetzt wird (Breyer 2002). Haufler (2004) hat jüngst auf überzeugende Weise gezeigt, dass bei dieser Form des »sozialen Ausgleichs«, wenn dieser durch Einkommensteuern finanziert wird, die Alternativen »Gesundheitsprämie« und »Bürgerversicherung« sogar äquivalent sein können.

In dieser Hinsicht schießt das CDU/CSU-Modell den Vogel ab, weil es eine Nicht-Reform mit einem Höchstmaß an Intransparenz verknüpft: Zusammengefasst führen nämlich Arbeitgeber (6,5%) und Arbeitnehmer (7%) bis zur Bemessungsgrenze fast ebenso viel ab wie heute schon (14%). Die angeblich starre Prämie entpuppt sich in Wirklichkeit als 7%ige Einkommensteuer bis zum Einkommen von gut 1 500 € für Singles und 3 000 € für Verheiratete, und Besserverdiener werden über die Einkommensteuer zusätzlich zur Kasse gebeten, um die Prämienzuschüsse zu finanzieren. Dazu braucht man eine Clearingstelle, die das Geld von Arbeitgebern und Versicherten eintreibt, um dann an die Kassen für jeden Versicherten einheitlich 169 € weiterzuleiten. Es bleibt das Geheimnis der Autoren, wie dieses zentralistische Verfahren mit Kassenwettbewerb vereinbart werden soll.

Ein völlig anderer Weg wird in Breyer et al. (2004) gewiesen, auf dem der soziale Ausgleich ausschließlich in den bestehenden Transfersystemen vorgenommen wird:

- Sozialhilfeempfängern wird, wie heute schon, der gesamte Beitrag erstattet,
- das Kindergeld wird um den durchschnittlichen Beitrag pro Kind erhöht (Kosten für den Fiskus ca. 15 Mrd. €),
- der jetzige Arbeitgeberanteil wird bei der Umstellung auf den Lohn aufgeschlagen und zukünftig nicht mehr getrennt ausgewiesen. Das hat den zusätzlichen Vorteil, dass er auch in Zukunft nie mehr erhöht werden kann.
- Der Grundfreibetrag der Einkommensteuer wird um den durchschnittlichen Beitrag Erwachsener erhöht, was be-

wirkt, dass kein Arbeitnehmer schlechter gestellt wird als im Status quo.

- Lediglich Rentner erhalten einen Zuschuss zum Beitrag, der aus Steuermitteln finanziert wird.
- Zur Gegenfinanzierung wird der Grenzsteuersatz im Bereich zwischen 20 000 und 40 000 € (für Singles), in dem die größten Einsparungen anfallen, moderat erhöht.

Im Vergleich zum CDU/CSU-Modell ergibt sich bei diesem Tarif eine höhere Grenzbelastung des Einkommens vor allem bei sehr niedrigen Einkommen: Der Bereich hoher effektiver Steuern (»Transferentzugsraten«) bei Auslaufen des Sozialhilfeanspruchs wird verbreitert. Dafür werden alle Einkommen bis zur jetzigen Bemessungsgrenze von ca. 42 000 € entlastet.

Worin liegen denn nun die Vorteile eines Prämienmodells, wenn die Be- und Entlastungen, die es mit sich bringt, im Steuersystem weitgehend kompensiert werden? Es ist letztlich nicht die Senkung der Grenzbelastung des Einkommens: Die fällt vermutlich relativ mager aus. Der eigentliche Vorteil liegt in der erhöhten Transparenz. Erst die Offenlegung der wahren Pro-Kopf-Kosten unseres Gesundheitssystems erlaubt eine rationale politische Entscheidung über den gewünschten Leistungsumfang (und die Zuzahlungsregelungen) einer solchen Versicherung.

Solange dagegen der Umverteilungsschleier die wahren Verhältnisse vernebelt und dem Einzelnen je nach seiner Stellung in der Einkommenshierarchie geringere oder höhere Kosten der Änderung des Leistungskatalogs vorspiegelt, ist eine solche rationale Entscheidung nie möglich. Der größte Pferdefuß des CDU/CSU-Modells ist es, dass es diese Verschleierung auf die Spitze treibt.

## Literatur

- Breyer, F. (2002), »Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – eine Begriffsklärung«, *Schmollers Jahrbuch* 122, 605–616.
- Breyer, F., W. Franz, S. Homburg, R. Schnabel und E. Wille (2004), *Reform der sozialen Sicherung*, Berlin.
- Breyer, F. und A. Haufler (2000), »Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution«, *International Tax and Public Finance* 7, 445–461.
- Haufler, A. (2004), »Welche Vorteile bringt eine Pauschalprämie für die Finanzierung des Gesundheitswesens? Einige einfache Äquivalenzresultate«, *Schmollers Jahrbuch*, (erscheint demnächst).
- Kommission für die Nachhaltigkeit der Sozialen Sicherungssysteme (2003), *Kommissionsbericht*, Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004), *Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland*, Jahresgutachten 2004/05.

<sup>1</sup> Diese Lösung wurde u.a. von der Rürup-Kommission (2003) und vom Sachverständigenrat (2004) vorgeschlagen und wird in der Schweiz praktiziert.



Gerrit Roth\*

## Gesundheitsprämie und Einkommensabhängigkeit: Der dreifache Pauschal-Irrtum

Zur Reform des deutschen Gesundheitssystems haben der Sachverständigenrat, die Herzog-Kommission, die Rürup-Kommission und die CDU/CSU ähnliche Vorschläge eines pauschalen Krankenversicherungsbeitrags unterbreitet, deren gemeinsame Kernelemente hier analysiert werden sollen. Dabei zeigt sich, dass unter den Hauptargumenten für diese Systeme drei miteinander verwandte Irrtümer bestehen:

- Irrtum 1: Die Gesundheitsprämie ist einkommensunabhängig und bringt die Vorteile einer Pauschalbesteuerung.
- Irrtum 2: Die Gesundheitsprämie sorgt für eine Abkoppelung künftig steigender Gesundheitsausgaben von den Arbeitskosten.
- Irrtum 3: Die Gesundheitsprämie hat positive Effekte auf den Arbeitsmarkt.

Mit den Schlagwörtern »einkommensunabhängig« und »Pauschale« wird bei vielen Ökonomen eine Assoziation mit dem Begriff der *Pauschalbesteuerung* ausgelöst. Diese falsche Assoziation wiederum begünstigt vermutlich das Zustandekommen des zweiten und dritten Irrtums.

Als Hauptelement aller Vorschläge zur Gesundheitsprämie soll hier zuerst die Tarifgestaltung der Gesundheitsprämie auf ihre allokativen Auswirkungen untersucht werden. Andere ebenfalls vorgeschlagene Maßnahmen werden im Anschluss kurz angesprochen und an anderer Stelle analysiert.

\* Gerrit Roth ist Doktorand an der Munich Graduate School of Economics. Der Autor dankt Stefan Bornemann, Wolfgang Meister, Karolin Becker, Ingo Kohlschein und Andreas Leukert für hilfreiche Kommentare.

Der grundlegende Irrtum im Zusammenhang mit der Einkommensabhängigkeit besteht darin, dass diese nur aus umverteilungspolitischen Gründen zu verteidigen wäre. Für die Einkommensabhängigkeit gibt es jedoch auch starke allokative Gründe.

### Irrtum 1: Einkommensabhängigkeit

Warum soll über den Krankenversicherungsbeitrag überhaupt Umverteilung stattfinden? Warum soll der Preis der Krankenversicherung vom Einkommen abhängig sein, während dies beim Brot nicht der Fall ist? Das *Äquivalenzprinzip* würde besagen, dass der Beitrag der Leistung entsprechen sollte. Dieses Prinzip wird bei einem einkommensabhängigen System verletzt, da die Leistungen nicht mit den Beiträgen steigen. Um die Frage zu beantworten, warum ein einkommensabhängiges System dennoch sinnvoll ist, ist es nützlich, das Modell der »echten« Pauschal-Abgabe durchzuspielen.

#### *Krankenversicherung als normales Produkt/echte Pauschale*

- Die persönlichen Beiträge zur Krankenkasse sind vom Einkommen unabhängig.

Der Vorteil einer Pauschal-Besteuerung liegt in der Tatsache, dass die Höhe der Steuer nicht mehr durch das eigene Verhalten beeinflusst wird. Wenn bei steigendem Einkommen der Beitrag zur Krankenkasse nicht mitsteigt, wird das Verhalten, das zu einer Steigerung des Einkommens führt, nicht verzerrt. Das heißt, das Verhalten verändert sich durch die Einführung einer solchen Abgabe nicht.

Das System bringt jedoch zwei notwendige Merkmale mit sich:

- Mittellose erhalten keine (oder nur eine eingeschränkte) kostenlose Gesundheitsversorgung.
- Es besteht keine allgemeine Versicherungspflicht.

Ein diesem Modell nahes System existiert beispielsweise in den USA, wo der Gesundheitssektor zu 80% privat organisiert ist und Bedürftige nur eine eingeschränkte oder gar keine Gesundheitsversorgung erhalten.

Warum dieses System nur ohne uneingeschränkte Gesundheitsfürsorge für Mittellose funktioniert, wird im nächsten Abschnitt ersichtlich.

Der notwendige Verzicht auf die Versicherungspflicht folgt direkt aus dem ersten Merkmal: Wenn Mittellose keine Gesundheitsfürsorge erhalten, kann man auch keine Versicherungspflicht verlangen.

Dieses System hat zwei mögliche Konsequenzen:

- Nicht-Versicherten wird die Behandlung im Krankheitsfall verweigert.
- Nicht-Versicherte werden aus Gründen der Barmherzigkeit kostenlos behandelt.

Die erste Konsequenz ist in Europa kaum vorstellbar und auch sicher von der Mehrheit nicht erwünscht. Die zweite Konsequenz führt jedoch zu einer Aushöhlung der Krankenversicherung überhaupt: Wenn keine Versicherungspflicht besteht und man ohne Versicherung kostenlos behandelt wird – warum soll man sich dann überhaupt versichern? Dieses Problem hat in der Schweiz zur Einführung des Pauschalsystems mit Versicherungspflicht und Beihilfen für Bedürftige geführt, um dieser »Entsolidarisierung« entgegenzuwirken (Schweizer Bundesamt für Sozialversicherung 2001).

*Pauschalbeitrag mit Ausnahmen/einkommensabhängiges Stufenmodell*

- Wer arbeitet, muss den vollen Krankenversicherungsbeitrag zahlen.
- Mittellose erhalten kostenlose Krankenversorgung.

Gewährt man Mittellosen (also Sozialhilfeempfängern) kostenlose Gesundheitsfürsorge (oder zahlt ihnen die Krankenversicherungsbeiträge, was die gleiche Wirkung hat), hat das individuelle Verhalten wieder einen Einfluss auf die zu zahlende Prämie: Eine Sozialhilfeempfängerin zahlt keine Prämie für die Gesundheitsfürsorge.<sup>1</sup> Nimmt sie nun eine Arbeit auf, muss sie den Krankenversicherungsbeitrag bezahlen, erhält aber keine zusätzliche Leistung. Daher wirkt

der Krankenversicherungsbeitrag nun wie eine Steuer auf den Faktor Arbeit. Der Krankenversicherungsbeitrag ist nun einkommensabhängig, wenn auch in »binärer« Form: Wird ein Einkommen erzielt, ist der volle Beitrag fällig, sonst gar nichts. Diese Erhebung in Form einer festen »Stufe« hat gravierende Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt.

Tabelle 1 zeigt, wo das Problem liegt: Im Niedriglohnbereich steigen die Abgaben stark an. Dadurch lohnt es sich für viele Arbeitnehmer der unteren Lohngruppen gar nicht mehr, im regulären Arbeitsmarkt zu arbeiten, da sie keinen nennenswerten Aufschlag auf die Sozialhilfe bzw. auf ihre entsprechenden Lohnersatzleistungen verdienen können. Es ist davon auszugehen, dass viele reguläre Beschäftigungen und Minijobs aufgegeben würden (vgl. Anhang).

Als Variante wäre vorstellbar, dass der Pauschalbeitrag erst bei Überschreiten einer Einkommensgrenze zu bezahlen ist.

Angenommen, die Einkommensgrenze für eine Pauschale von 200 € liege bei 700 € (Arbeitgeber-Brutto). Dies würde dazu führen, dass die Löhne zwischen 700 und 898 € gar nicht mehr gezahlt würden, da dabei netto weniger herauskommt als bei einem Lohn von 699 €, bei dem kein Krankenversicherungsbeitrag fällig würde. Für alle Beteiligten – Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Staat – wäre es von Vorteil, diese Ineffizienzen durch Einführung eines stufenlos einkommensabhängigen Systems abzuschaffen.

<sup>1</sup> Das deutsche Sozialamt zahlt z.B. die Beiträge einer gesetzlichen Krankenkasse oder übernimmt direkt die Erstattung der anfallenden Kosten.

**Tab. 1**  
**Auswirkungen der vorgeschlagenen Systeme (ohne Berücksichtigung der Steuererhöhungen) auf einen alleinstehenden Arbeitnehmer (kinderlos, Westdeutschland)**

| WGP <sup>a)</sup> | Status quo            |                   | Pauschale ohne Sozialausgleich (b)           |                                    | Pauschale mit Sozialausgleich (c)   |                                    | CDU/CSU-Vorschlag                   |                                    |
|-------------------|-----------------------|-------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
|                   | Nettoeinkommen (in €) | KV-Beitrag (in €) | Änderung des Nettoeinkommens (absolut, in €) | Änderung der Grenzbelastung (in %) | Änderung des Nettoeinkommens (in €) | Änderung der Grenzbelastung (in %) | Änderung des Nettoeinkommens (in €) | Änderung der Grenzbelastung (in %) |
| 0                 | 0 <sup>b)</sup>       | 0                 | 0  | + ∞                                | 0                                   | 0                                  | 0                                   | 0                                  |
| 582               | 400                   | 36                | - 197  | - 5,9                              | 0                                   | 0                                  | + 2                                 | 0                                  |
| 1400              | 763                   | 142               | - 177  | - 8,6                              | 0                                   | 0                                  | + 4                                 | - 0,3                              |
| 2300              | 1 118                 | 233               | - 51   | - 7,4                              | 0                                   | - 7,4                              | + 13                                | - 5,3                              |
| 5000              | 2 018                 | 500               | + 130  |                                    | + 130                               | + 0,5                              | + 151                               | 0                                  |
| 7500              | 2 915                 | 500               | + 162  | 0                                  | + 162                               | 0                                  | + 153                               | 0                                  |

<sup>a)</sup> Wertgrenzprodukt der Arbeit: Bruttolohn plus Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung plus 16% Mehrwertsteuer. – <sup>b)</sup> (Sozialhilfe).

Der bei den Pauschalmodellen (b und c) ausgeschüttete Arbeitgeberanteil wird voll versteuert. Daraus ergeben sich die geringeren Entlastungen bei den Pauschal-Systemen als der reine verminderte Krankenkassenbeitrag vermuten ließe.

Quelle: Berechnungen des Autors; Steuer- und Abgabensätze wie für 2005.

Es bleibt also nur die Wahl zwischen zwei Möglichkeiten: Der Rückkehr zum radikalen Pauschalmodell ohne Gesundheitsversorgung für Mittellose oder die Einführung eines stufenlos einkommensabhängigen Modells. Der in allen Pauschalmodellen vorgesehene Sozialausgleich ist also unabhängig von der Verteilungspolitik schon aus allokativen Gründen notwendig, um die Probleme des Stufenmodells und dadurch einen Anstieg der Arbeitslosigkeit zu vermeiden.

*Pauschalmodell mit Sozialausgleich/stufenlos einkommensabhängiges Modell*

- Überschreitet der Pauschalbeitrag einen festgelegten Anteil am Einkommen<sup>2</sup> (Eigenanteilsatz), leistet der Staat einen Zuschuss. Oberhalb des Zuschussbereichs bleibt der Pauschalbeitrag gleich.

Hier handelt es sich also genau um das System der Pauschalprämie mit Sozialausgleich. Oft wird übersehen, dass dieser Sozialausgleich in seiner Wirkung dem bisherigen System des proportionalen Krankenversicherungsbeitrags entspricht. Erhöht sich für einen Arbeitnehmer im Zuschussbereich das Einkommen, vermindert sich der Zuschuss – also erhöht sich sein Beitrag.

Diese Regelung hat die gleiche Wirkung wie die Folgende:

- Ein festgelegter Anteil des Einkommens wird an die Krankenkasse gezahlt, solange das Einkommen unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Überschreitet das Ein-

kommen diese Grenze, ist der Pauschalbeitrag zu bezahlen.

Die Begriffe Beitragsbemessungsgrenze und Pauschalbeitrag sind zwei Seiten derselben Medaille: Die Beitragsbemessungsgrenze ist genau dann erreicht, wenn Einkommen x Eigenanteilsatz = Pauschalbeitrag gilt. Demzufolge ergibt sich der folgende feste Zusammenhang:

Beitragsbemessungsgrenze = Pauschalbeitrag/Eigenanteilsatz

Eine Kopfpauschale in Höhe von 200 € entspricht also einem System mit einer Beitragsbemessungsgrenze von 1 430 €, wenn der Eigenanteilsatz dem Beitragssatz entspricht. Anders ausgedrückt: Das bisherige System der gesetzlichen Krankenversicherung mit durchschnittlich 14,2% Beitrag bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 3 525 € entspricht einer Kopfpauschale von 500 €!

Aus einem dritten Blickwinkel betrachtet: Soll durch die Einführung der Kopfpauschale mit Sozialausgleich keine Finanzierungslücke entstehen, gibt es genau eine mögliche Lösung: Die Kopfpauschale beträgt 500 €, das System entspricht exakt dem bisherigen mit einer Beitragbemessungsgrenze von 3 525 €. Die Forderung, die Pauschale müsse nur hoch genug liegen, um die Finanzierungslücke zu schließen, ist also eine Forderung nach dem Status quo.

Aus diesen Betrachtungen wird deutlich, was die Einführung einer »Pauschale«, also eines Maximalbeitrags, von kleiner als 500 € de facto bedeutet: Eine Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage, die eine Finanzierungslücke entstehen lässt.

<sup>2</sup> Wie das Einkommen hier definiert ist, ob als reines Lohnneinkommen oder als die Summe aller Einnahmen, bleibt hier zunächst unberücksichtigt.

**Tab. 2**  
**Vergleich der vorgeschlagenen Systeme**

|  | Status quo           | Pauschale ohne Sozialausgleich (b) | Pauschale mit Sozialausgleich (c)  | CDU/CSU-Vorschlag   |
|--|----------------------|------------------------------------|--|---|
| Maximalbeitrag (= Gesundheitsprämie)   | 500 €                | 228 €                              | 228 €  | 171 + 109 = 280 € <sup>b)</sup>   |
| Beitragsbemessungsgrenze bei Bruttolohn (entspricht WGP <sup>a)</sup> )  | 3 525 €<br>(4 946 €) |                                    | 1 715 €<br>(2 250 €)   | Arbeitgeber: 3 525 €<br>(4 921 €)<br>Arbeitnehmer: 1 557 €<br>(2 174 €) |
| Beitragssatz (Eigenanteilsatz) vom Bruttolohn  | 14,2%                |                                    | 13,3%  | Arbeitgeber: 6,5%<br>Arbeitnehmer: 7%                                   |
| Beitragssatz vom Wertgrenzprodukt der Arbeit   | 10,1%                |                                    | 10,1%  | Bis WGP 2 174 €: 9,6%<br>Zwischen WGP 2 174 € und 4 921 €: 5%           |
| Anmerkung  |                      |                                    | Steuererhöhung zur Finanzierung notwendig (hier nicht berücksichtigt)<br>Volumen der Steuererhöhungen strittig, aber im CDU-Modell geringer. |   |
| <sup>a)</sup> Wertgrenzprodukt der Arbeit: Bruttolohn plus Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung plus 16% Mehrwertsteuer. – <sup>b)</sup> Der Maximalbeitrag des Arbeitgebers von 171 € wird bei 3 525 € Bruttolohn erreicht, der Maximalbeitrag des Arbeitnehmers von 109 € bereits bei 1 557 €. Die von der CDU angegebene Größe von 169 € ergibt sich nur, wenn man den Arbeitgeberbeitrag nur als durchschnittliche Größe in Höhe von 60 € berücksichtigt, spiegelt aber nicht die tatsächliche Abgabenbelastung wider. |                      |                                    |  |   |

Quelle: Berechnungen des Autors; Steuer- und Abgabensätze wie für 2005.



Die vorgeschlagenen Pauschalssysteme verdienen diesen Namen also gar nicht, da sie auf die gleiche Art einkommensabhängig sind wie das bisherige System. Ein Vergleich der Parameter der Vorschläge ist in Tabelle 2 ersichtlich. Ein Modell mit einer »Pauschale« (Maximalbeitrag) von 228 € und Sozialausgleich entspricht einer Absenkung der Beitragsbemessungsgrenze von 3 525 € auf 1 715 €. Das zuletzt vorgeschlagene Kompromissmodell der CDU/CSU ist äquivalent zur Einführung zweier unterschiedlicher Beitragsbemessungsgrenzen. Die erste liegt weiterhin bei 3 525 € (für Arbeitgeber, 6,5% Beitragssatz), die zweite bei 1 557 € (für Arbeitnehmer, 7% Beitragssatz).

Was diese Absenkung der Beitragsbemessungsgrenzen bringt, ist in Tabelle 1 ersichtlich: Entlastet werden vor allem mittlere Einkommen, die nun über den gesenkten Beitragsbemessungsgrenzen liegen. Die Steuererhöhungen würden vor allem die höheren Einkommen belasten, so dass es de facto zu einer Umverteilung von höheren zu mittleren Einkommen kommt.

Auch das viel zitierte Prämiensystem der Schweiz ist auf die gleiche Art einkommensabhängig wie die Gesundheitsprämie: Immerhin 33% der Bevölkerung (41% der Haushalte) erhalten wegen ihres geringen Einkommens »Prämienverbilligung«, das heißt einkommensabhängige Zuschüsse zur Krankenversicherung (Schweizer Bundesamt für Gesundheit 2004).

### Irrtum 2: Abkopplung der Gesundheits- von den Arbeitskosten

Mit dem Argument der *Abkopplung der Gesundheits- von den Arbeitskosten* sind vor allem zwei verschiedene Effekte gemeint:

- die Verringerung der Grenzbelastung des Faktors Arbeit;
- die Vermeidung künftiger Abgaben-Steigerungen, die den Faktor Arbeit weiter verteuern.

#### *Grenzbelastung der Arbeit*

Diese Aussage ist nur richtig, wenn man die zur Finanzierung des Sozialausgleichs nötigen Steuererhöhungen außer Acht lässt. Denn durch die Absenkung der Beitragsbemessungsgrenze fällt zweifelsohne in dem Bereich, der nun nicht mehr mit steigenden Krankenkassenbeiträgen belegt wird, die Marginalbelastung genau um den Krankenkassenbeitrag. Notwendigerweise steigt jedoch an anderer Stelle die Marginalbelastung durch die Steuererhöhungen. Selbst durch eine Mehrwertsteuererhöhung steigt die Grenzbelastung des Wertgrenzprodukts der Arbeit, in dem diese Steuer mit enthalten ist.<sup>3</sup>

#### *Künftige Kostensteigerung*

Die vorgeschlagenen Änderungen auf der Einnahmeseite führen jedoch nicht zu Auswirkungen auf die Ausgaben. Auch ein »Pauschalssystem« bräuchte bei steigenden Ausgaben notwendigerweise höhere Einnahmen. Dazu gibt es drei Möglichkeiten:

- Erhöhung des Eigenanteilsatzes (= Beitragssatz),
- Erhöhung des Pauschalbeitrags (= Maximalbeitrag → Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze),
- Erhöhung der Steuerzuschüsse (und damit der Steuern).

Genau diese drei Möglichkeiten gibt es auch im heutigen System schon. Alle drei Möglichkeiten erhöhen die Arbeitszusatzkosten<sup>4</sup>, den Keil zwischen dem Wertgrenzprodukt der Arbeit und dem Nettoeinkommen.

### Irrtum 3: Die Gesundheitsprämie hat positive Effekte auf den Arbeitsmarkt

Die Reform führt nicht zu den positiven Arbeitsmarkteffekten, die damit assoziiert werden. Grund für diese falsche Assoziation sind neben Irrtum 1 und 2 wahrscheinlich auch irreführende Berechnungen des Sachverständigenrates (SVR 2003, 212 ff.), die im Anhang besprochen werden.

Weder durch Angebotseffekte, noch durch (gesamtwirtschaftliche) Nachfrageeffekte kommt es bei einem Gesundheitsprämiensystem zu einem Abbau von Arbeitslosigkeit.

#### *Angebotseffekte im unteren Lohnbereich*

Ausgangsproblem: Staat mit Lohnersatzleistungen als Wettbewerber der Privatwirtschaft. Relevant vor allem im Bereich bis 1 200 € netto Monatsverdienst (Sinn 2003, 182).

Reformwirkung: Im unteren Einkommensbereich findet bei keinem der Vorschläge eine nennenswerte Entlastung statt. Der Keil zwischen Arbeitskosten und Nettolohn bleibt im entscheidenden Bereich gleich groß, es kommt nicht zu einem Abbau von Arbeitslosigkeit.

#### *Angebotseffekte im mittleren/oberen Lohnbereich*

Ausgangsproblem: Sinkende Nachfrage nach deutschen Arbeitnehmern wegen stärker werdender internationaler Konkurrenz.

<sup>3</sup> Die durch eine Mehrwertsteuererhöhung hervorgerufene Verzerrung kann allerdings durchaus kleiner sein als die entsprechende Verzerrung durch eine Lohnsteuer.

<sup>4</sup> Lohnzusatzkosten plus sonstige Zusatzkosten des Einkommens.

Reformwirkung: Die Abgabenbelastung sinkt bei allen Vorschlägen vor allem im mittleren Bereich zwischen 1 700 € und 3 500 € (Bruttoeinkommen), während sie durch die Steuererhöhungen im höheren Einkommensbereich ansteigt. Dadurch steigt die in Nettolöhnen ausgedrückte Arbeitsnachfrage im mittleren Bereich, während sie im oberen Bereich zurückgeht. In beiden Lohnbereichen ist jedoch davon auszugehen, dass das Arbeitsangebot (die Zahl der Arbeitnehmer) weitgehend fix ist, d.h. wenig sensibel auf den Lohn reagiert (im Gegensatz zur individuellen Arbeitszeit, die jedoch hier irrelevant ist). Die Nettolöhne steigen im mittleren Einkommensbereich um den Betrag der Entlastung. Im oberen Einkommensbereich sinken die Nettolöhne um den Betrag der Belastung. Es kommt in keinem der beiden Bereiche zu einer Änderung der Beschäftigung<sup>5</sup>, da es in diesem Bereich keine nennenswerten angebotsbedingte Arbeitslosigkeit wie im unteren Lohnbereich gibt. Die Entlastungen sind also reine Mitnahmeeffekte. Die entsprechenden Belastungen können als entgegen gesetzte Mitnahmeeffekte (»Wegnahmeeffekte«) bezeichnet werden.

#### *Gesamtwirtschaftliche Nachfrage*

Da den Entlastungen im mittleren Einkommensbereich entsprechende Belastungen im oberen Einkommensbereich gegenüberstehen, kommt es nicht zu einer Ausdehnung der gesamtwirtschaftlichen Nachfrage.

Nach der hier angestellten Betrachtung wird klar, dass die angenommenen allokativen Vorteile auf dem Arbeitsmarkt durch die Tarifgestaltung der Gesundheitsprämie nicht erreicht werden. Damit bleibt als Auswirkung nur eine Umverteilung von höheren zu mittleren Einkommen.

#### **Andere Maßnahmen**

Sinnvoller als eine allokativ neutrale Reform wäre eine Reform, die zielgenau dort entlastet, wo es dem Abbau der Arbeitslosigkeit dient: Im unteren Lohnbereich, der bei der Gesundheitsprämie unangetastet bleibt. Die Senkung des allgemeinen Beitragssatzes, wie mit der Bürgerversicherung vorgeschlagen, entlastet zwar im sensiblen Bereich, aber auch darüber und ist deshalb wegen dieser zu finanzierenden Mitnahmeeffekte ebenso abzulehnen.

Sowohl die Modelle der Gesundheitsprämie, als auch der Bürgerversicherung enthalten jedoch weitere Maßnahmen, die sich auch ohne die jeweiligen Tarifänderungen durchführen ließen. Bei einer Analyse dieser Maßnahmen, die

<sup>5</sup> Selbst wenn man eine Preiselastizität des Angebots an Arbeitnehmer  $> 0$  annimmt, ergibt sich im Saldo kein Zuwachs an Beschäftigung, da sich die Effekte der Ent- und Belastung gegenseitig aufheben würden.

aus Platzgründen an anderer Stelle stattfinden muss, zeigt sich:

- Die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung kann allokativ neutral durchgeführt werden. Bei allokativ positiver Verwendung der zusätzlich erhobenen Beiträge sollte sie also befürwortet werden.
- Die Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf Einkommen außerhalb des Lohnes, die sowohl im Gesundheitsprämienmodell als auch in der Bürgerversicherung vorgeschlagen werden, ist sinnvoll und möglich.
- Die Einführung von Wahlтарifen mit Selbstbehalt ist nicht an eine Einführung des »Pauschaltarifs« geknüpft, wie Haufler (2004) argumentiert hat.
- Die Abgrenzung zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung wird weder aktuell, noch durch die in der Bürgerpauschale (SVR 2004) oder Bürgerversicherung vorgeschlagenen Systeme zufriedenstellend geregelt. Ein alternatives System ist allerdings denkbar, das die Anreize zur adversen Risikoselektion völlig abschafft.

#### *Integriertes Gesamtkonzept*

Die vier analysierten Elemente zusammen und die Abgabentlastungen im unteren Lohnbereich sollten im Rahmen eines integrierten Ansatzes umgesetzt werden, bei dem das Zusammenspiel aller Abgaben und auch die Anrechnung auf Lohnersatzleistungen wie die Sozialhilfe berücksichtigt werden. Das ifo Institut hat mit der Aktivierenden Sozialhilfe bereits entsprechende Vorschläge gemacht. Auch der jüngste Vorschlag des RWI, die Minijob-Regelung selektiv und zeitlich begrenzt für Arbeitslose auf höhere Einkommen auszuweiten, geht in diese Richtung.

#### **Fazit**

Die Tarifgestaltung in Form einer Gesundheitsprämie ist abzulehnen. Die Senkung der Beitragsbemessungsgrenze hat keine positiven Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt, somit wird das wichtigste Ziel verfehlt. Auch die Bürgerversicherung ist als Gesamtkonzept abzulehnen, weil die Entlastungen nicht genau genug wirken.

Stattdessen sollte ein Gesamtkonzept umgesetzt werden, das den größtmöglichen Abbau der Arbeitslosigkeit bewirkt, also die geringsten Streuverluste hat. Dies bedeutet einen Abbau der Belastungen im unteren Lohnbereich im Zusammenhang mit einer Neugestaltung der Anrechnung auf die Sozialhilfe. Ein Konzept, das die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung, die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage und die Neuregelung des Versicherungskreises enthält, brächte die größten allokativen Wirkungen.

## Literatur

- Bundesministerium der Finanzen (2004), *Datensammlung zur Steuerpolitik*, Berlin.
- Fehr, H. (1999), *Welfare Effects of Dynamic Tax Reforms*, Tübingen.
- Gesellschaft für Konsumforschung (GfK, 2004), *Investmentbarometer, Umfrage unter 14 383 Personen in 18 Ländern*, September/Oktober, Nürnberg.
- Haufler, A. (2004), »Welche Vorteile bringt eine Pauschalprämie für die Finanzierung des Gesundheitswesens? Einige Einfache Äquivalenzresultate«, Discussion Paper 2004-22 der Volkswirtschaftlichen Fakultät der LMU München.
- Herzog-Kommission (2003), *Bericht der Kommission »Soziale Sicherheit« zur Reform der sozialen Sicherungssysteme*.
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI, 2004), *Aspekte der Entwicklung der Minijobs, Gutachten im Auftrag der Minijob-Zentrale*, Projektbericht November.
- Rürup-Kommission (2003), *Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme*, Abschlussbericht.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, *Berichte 2004 und 2003*.
- Schweizer Bundesamt für Gesundheit (2004), *Statistik über die obligatorische Krankenversicherung 2002*, Bern.
- Schweizer Bundesamt für Sozialversicherung, (2001), *Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz: Synthesebericht*, Bern.
- Sinn, H.-W. (2003), *Ist Deutschland noch zu retten?*, Econ Verlag, München.
- Sinn, H.-W., Chr. Holzner, W. Meister, W. Ochel und M. Werding (2002), »Aktivierende Sozialhilfe. Ein Weg zu mehr Beschäftigung und Wachstum«, *ifo Schnelldienst*, 55(9).

## Anhang

Berechnung des Sachverständigenrates (2003, 212–215):

Die Simulationsrechnungen des Sachverständigenrates prognostizieren nach Einführung des Pauschalmodells (228 € pro Versichertem im Jahr 2005) ohne Sozialausgleich eine Zunahme der Beschäftigung um 5%, bei Einführung des Pauschalmodells mit verschiedenem finanziertem Sozialausgleich eine Zunahme der Beschäftigung um noch 1,7 bis 3,6% (im Jahr 2005).

Die Interpretation, dies bedeute einen entsprechenden Abbau der Arbeitslosigkeit ist jedoch irreführend. Das Modell, das der Simulation zugrunde liegt, beschreibt eine Volkswirtschaft mit Vollbeschäftigung, in der eine sinkende Grenzbelastung der Arbeit zu einer Erhöhung der individuellen Arbeitszeit führt (Fehr 1999).

Die Arbeitslosigkeit ist also naturgemäß ausgeklammert. Die implizite Annahme, eine wie so modellierte Verlängerung der individuellen Arbeitszeit entspräche in der Realität einem Abbau der Arbeitslosigkeit, ist aus mehreren Gründen abzulehnen:

- Der im Modell unterstellte Zusammenhang zwischen Nettolohn (bzw. dessen Grenzbelastung) und Arbeitszeit gründet sich auf der empirisch gemessenen Preiselastizität des Arbeitsangebots.<sup>6</sup> Es ist jedoch fraglich, ob sich diese Beobachtungen direkt auf bestehende abhängige Beschäftigungsverhältnisse übertragen lassen. In Lohn-

verhandlungen wird üblicherweise über ein Gesamtpaket aus Lohn und Arbeitszeit verhandelt, wobei die Arbeitnehmer die Arbeitszeit als Substitut für den Lohn behandeln: Anstelle einer Lohnkürzung wurde beispielsweise diese Jahr Arbeitszeitverlängerungen bei DaimlerChrysler, Siemens und VW.

- Wenn sich durch eine Verringerung der Grenzbelastung die individuellen Arbeitszeiten und Löhne der Arbeitnehmer erhöhen sollten, erscheint es problematisch, hiervon auf einen Abbau der Arbeitslosigkeit zu schließen. Auch sich insgesamt dadurch ergebende Nachfrageeffekte sind nicht unzweifelhaft.
- In der Frage, ob Arbeitslose wieder eine Arbeit aufnehmen, ist der Vergleich des erreichbaren Nettoverdienstes mit ihrem Arbeitslosengeld/ihrer Sozialhilfe entscheidend (vgl. Sinn 2003, 155 ff.; Sinn et al. 2002). Hier spielt die absolute Belastung des Lohns eine große Rolle. Dieser wichtige Zusammenhang ist in dem Modell gar nicht erfasst. Da es dort keine Arbeitslosigkeit gibt, gibt es auch keine Sozialleistungen.

Durch den letzten Effekt kommt es zu einer gravierenden Fehlbeurteilung vor allem des Pauschalmodells ohne Sozialausgleich. Durch dieses System steigt die absolute Belastung im unteren Lohnbereich stark an (vgl. Tab. 2), wodurch viele Arbeitnehmer in die Arbeitslosigkeit gedrängt würden.

Mit 6,9 Mill.<sup>7</sup> geringfügig Beschäftigten und etwa 2,7 Mill.<sup>8</sup> Beschäftigten mit einem Bruttomonatseinkommen von 400 bis 1 000 € stehen allein in diesem Bereich fast 10 Mill. Arbeitsplätze auf dem Spiel. Es würde also mit Sicherheit nicht zu der prognostizierten Beschäftigungszunahme, sondern im Gegenteil zu einem Anstieg der Arbeitslosigkeit kommen.

<sup>6</sup> Die für Männer sowohl negativ als auch positiv und für Frauen positiv, also zusammen leicht positiv gemessen werden.

<sup>7</sup> Minijob-Zentrale, September 2004.

<sup>8</sup> Eigene Berechnung anhand der Schichtungs-Daten von 1998 (BMF 2004).

Die Beiträge sind auszugsweise in englischer Sprache im CESifo Internet Forum auf unserer Website [www.cesifo.de](http://www.cesifo.de) zu finden.