

Was bei Überlegungen zu Kopfbeiträgen in der GKV noch zu bedenken ist

Korreferat zu dem Beitrag von Mathias Kifmann:
„Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
durch Kopfbeiträge aus verfassungsökonomischer Sicht“

Von Achim Wambach*

1 Ausgangssituation

Viele westliche Länder haben ein staatliches Krankenversicherungssystem mit einkommensabhängigen Beiträgen. Damit stellt das staatliche Gesundheitssystem eine zweifache Solidarität bereit:

1. Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken
2. Umverteilung zwischen Arm und Reich

Die vorliegende Arbeit von Mathias Kifmann geht der Frage nach, welche Gründe dafür sprechen, beide Umverteilungsziele im Rahmen einer staatlichen Gesundheitsversorgung zu verwirklichen.

Diese Thematik ist insofern relevant, da, wie Kifmann darstellt, einige Autoren kritisieren, dass die Kombination der beiden Aspekte zumindest im deutschen System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu Ineffizienzen führt. Dies sind u. a. die hohen Lohnnebenkosten, da nur Lohnbeiträge zur Finanzierung berücksichtigt werden. Außerdem sind versicherungsspezifische Anreize in der GKV wie ein Selbstbehalt schwer zu implementieren. Daher argumentieren diese Autoren, dass bei Beibehaltung der Umverteilungsziele diese getrennt verwirklicht werden sollen. Ein Beispiel hierfür wäre das Schweizer Modell, bei dem Beiträge zur Krankenversicherung pro Kopf konstant sind (somit nur eine Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken stattfindet), während die Umverteilung zwischen Arm und Reich über die Einkommensteuer erfolgt.

In der Literatur gibt es nur wenige Arbeiten, die sich mit möglichen Gründen der Kombination der beiden Umverteilungsaspekte in der GKV auseinander setzen. Die meisten Arbeiten nehmen diese Funktionen als gegeben hin und diskutieren dann die sich daraus ergebenden Konsequenzen. Eine Ausnahme ist die Arbeit von Henriët und Rochet (1998). Diese Autoren gehen von der Annahme aus, dass die Einkommensteuer als Instrument zur Umverteilung zwischen Arm und Reich nicht optimal ist, da sie die Anreize zur Arbeitsaufnahme verzerrt. In der Literatur über optimale Steuerlehre wird dieser Problematik Rechnung getragen, in dem so genannte „Second-Best“-Lösungen untersucht werden. Henriët und Rochet argumentieren nun, dass die Gesetzliche Krankenversicherung diese Umverteilung (zwischen Arm und Reich) unterstützen kann, falls eine negative Korrelation zwi-

* Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, E-Mail: achim.wambach@wiso.uni-erlangen.de

sehen Einkommen und Morbidität vorliegt. Der Grund hierfür ist, dass, falls Arme öfter krank werden, eine gesetzliche Krankenversicherung implizit zwischen Reichen und Armen umverteilt und dies somit als Ergänzung zur Umverteilung über die Steuer fungieren kann. Dieser Ansatz kann aber nicht erklären, warum die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung einkommensabhängig sein müssen. Dasselbe Ergebnis ließe sich auch mit Kopfbeiträgen erzielen. Das Phänomen der einkommensabhängigen Beiträge ist nun die Thematik der Arbeit von Kifmann.

2 Der Ansatz von Kifmann

Mathias Kifmann geht davon aus, dass die Ausgestaltung des Gesundheitssystems Bestandteil eines demokratischen Prozesses ist. Dies ist sehr plausibel; man betrachte hierzu nur die öffentliche Diskussion über die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge. Da geringere Beiträge auch gleichzeitig ein niedrigeres Niveau der Gesundheitsversorgung implizieren, kann man davon ausgehen, dass in Deutschland ein demokratischer Prozess das Niveau der staatlichen Gesundheitsversorgung (mit-)bestimmt. Eine zweite Annahme von Kifmann ist, dass in der Gesellschaft die Niedrigrisiken, d. h. der Personenkreis, der ein geringes Risiko bezüglich schwerer Erkrankungen hat, die Mehrheit darstellt.

Nun macht Kifmann folgende interessante Beobachtung: In einem System mit Kopfbeiträgen würden Niedrigrisiken für ein minimales staatliches Gesundheitssystem stimmen, da es für sie kostengünstiger ist, ihre Versicherung auf dem Privatmarkt zu risikoadäquaten Prämien zu kaufen, während sie im gesetzlichen System die Hochrisiken mitfinanzieren müssen. Aus einer Ex-ante-Betrachtung ist dies aber nachteilig, da niemand im Vorhinein weiß, ob er später im Leben zu der Gruppe der Gesunden oder Kranken, d. h. zu den Niedrig- oder Hochrisiken gehört.

Im Gegensatz dazu gilt, dass bei einer einkommensabhängigen Finanzierung der Krankenversicherung nicht nur die Hochrisiken, sondern auch die einkommensschwächeren Haushalte, selbst wenn sie nur ein geringes Krankheitsrisiko haben, dafür sind, dass das staatliche Gesundheitssystem ausgebaut wird. Die Hochrisiken plädieren dafür, da sie so vor hohen Prämienzahlungen geschützt werden. Die einkommensschwächeren Niedrigrisiken sind für einen Ausbau des Gesundheitssystems, da in einem System mit einkommensabhängigen Beiträgen dadurch eine Umverteilung zu ihren Gunsten stattfindet. Mit anderen Worten: Ein System wie die deutsche GKV bewirkt, dass Kranke und Arme dieselben Interessen haben und diese politisch auch umsetzen können.

3 Diskussion

Die geschilderte Argumentation von Kifmann ist plausibel, aber nicht völlig überzeugend. Zum einen ist es so, dass in einem demokratischen Prozess die Bevölkerung nicht nur über das Niveau des Gesundheitssystems abstimmt, sondern auch über die Höhe der Steuern. Man betrachte in diesem Zusammenhang das Konzept der CDU/CSU zur Bundestagswahl 2002 (Programm „3 x 40“), das u. a. vorsieht, sowohl die Sozialversicherungsbeiträge wie auch den Spitzensteuersatz auf unter 40 % zu senken. Mit derselben Argumentation wie in der Arbeit von Kifmann ist nun zu erwarten, dass die einkommensschwächeren Haushalte für einen hohen Steuersatz plädieren (zur Einkommensumverteilung) und gleichzeitig für

ein niedriges Gesundheitssystem (gegen eine Umverteilung von Gesunden zu den Kranken). Warum dies nicht geschieht, bedarf einer weiter gehenden Analyse.

Als zweiter Kritikpunkt sei zu nennen, dass die Ausgestaltung des Gesundheitssystems ein multidimensionales Problem darstellt. Nicht nur die Höhe der Beiträge ist relevant, sondern auch das Leistungsspektrum. Hier wäre zu erwarten, dass „gesunde“ einkommensschwache Haushalte zwar eventuell für einen höheren Beitrag und damit für mehr Leistungen stimmen würden, sie aber im Leistungspaket tendenziell die Behandlungsformen präferieren, die für sie attraktiver sind: lange Kuraufenthalte, alternative Behandlungsformen, Versorgung nach Sportunfällen etc. Gleichzeitig würden sie die Leistungen, die sie eher nicht betreffen, „abwählen“. Ein Beispiel hierfür wäre die Behandlung chronisch Kranker. Wie die momentane Diskussion über „disease-management“-Programme zeigt, ist es eventuell in der Tat so, dass in der GKV chronisch Kranke suboptimal behandelt werden. Es wäre sinnvoll, in der Arbeit auch der Frage nachzugehen, wie das vielschichtige Leistungspaket in einem demokratischen Prozess zusammengestellt wird.

Ich möchte noch einen dritten Punkt anführen, bei dem meines Erachtens noch Handlungsbedarf besteht, nämlich die empirische Evidenz. Auch wenn in der vorliegenden Arbeit über das Gesundheitssystem in den USA rasoniert wird, so ist die Analyse doch recht knapp und nur bedingt überzeugend. Der Autor sollte der Frage nachgehen, wie die Voraussetzungen in den USA (und den anderen von ihm diskutierten Ländern) waren, als das Krankenversicherungssystem entstand, und nicht Rückschlüsse von der heutigen Situation auf die Struktur der Krankenversicherung schließen.

Weitere interessante Fragen, die sich stellen, sind: Warum hat die Schweiz ihr System geändert? Wieso hat Großbritannien so geringe Gesundheitsausgaben?

Zum Abschluss der Diskussion seien noch einige kleinere Punkte aufgeführt:

- Die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland hat einige spezifische Elemente, die einer Erklärung bedürfen. So findet in der GKV eine Umverteilung hin zu den kinderreichen Familien statt. Außerdem werden nur Lohnempfänger zur Finanzierung herangezogen, weitere Einkünfte werden nicht berücksichtigt. Zusätzlich gibt es eine Einkommensgrenze. Arbeitnehmern mit einem höheren Einkommen wird die Teilnahme in der GKV nicht verpflichtend vorgeschrieben. Es wäre interessant, wenn mit dem vorliegenden Modell ein Erklärungsansatz für diese Phänomene gefunden werden könnte.
- Eine wesentliche Voraussetzung für das Modell ist, dass der Gesundheitszustand und die Behandlungsformen langfristig nicht eindeutig beschrieben werden können. Die Theorie der unvollständigen Verträge beschäftigt sich seit einiger Zeit mit dieser Problematik der „unforeseen contingencies“. Mich würde interessieren, was diese Theorie zu der vorliegenden Thematik zu sagen hat.
- Im Modell wird davon ausgegangen, dass sich die Wähler für g , die Höhe der Ausgaben entscheiden. Da aber, wie in dem Modell angenommen, die Ausgaben nicht eindeutig beschrieben werden können, ist t , der Beitragssatz, vermutlich die sinnvollere Größe, die in einem demokratischen Prozess festgelegt wird. Die Ergebnisse des Modells bleiben davon aber unberührt.

- Es wird in der Arbeit nicht ganz klar, wann genau eine beitragsfinanzierte GKV eine Pareto-Verbesserung darstellt. Insbesondere wäre eine hinreichende Bedingung hierbei hilfreich.

4 **Fazit**

In der Arbeit wird argumentiert, dass einkommensabhängige Beiträge einen Nutzen schaffen können. Dürfen wir nun daraus schließen, dass das deutsche System der GKV mit lohnabhängigen Beiträgen so bestehen bleiben soll?

Zunächst, die Argumentation von Kifmann ist sehr plausibel: Wir benötigen ein Element der Einkommensumverteilung in der GKV, um eine Lobby für Kranke bzw. Hochrisiken zu schaffen. Diese Lobby sind die einkommensschwächeren Haushalte, die, wie die Kranken, von einem gut ausgebauten Gesundheitssystem profitieren.

Wie obige Diskussionspunkte zeigen, sind meines Erachtens sowohl in der Empirie wie auch in der Theorie des vorgestellten Modells noch einige Fragen offen. Hier besteht sicherlich noch Forschungsbedarf, bevor politische Schlussfolgerungen gezogen werden können. Es kann dem Autor nur nahe gelegt werden, noch mehr Energie in diese Arbeit zu investieren, da die Thematik hochaktuell, relevant und aus akademischer Sicht sehr innovativ ist.

Literaturverzeichnis

Henriet, D. und J. C.-Rochet (1998): Is Public Health Insurance an Appropriate Instrument for Redistribution. *GREMAQ (Toulouse) Paper Series*, 98, 512.